

TRABAJO DE GRADO:
**“PERCEPCIÓN DE LA COMUNIDAD DE BASE DE LA DE CIUDAD
BICENTENARIO SOBRE LA PROTECCIÓN JURÍDICA DESDE LA
PERSPECTIVA DE LOS DERECHOS HUMANOS A LA VIDA SALUD SEXUAL Y
REPRODUCTIVA DE LOS ADOLESCENTES ENTRE 15 A 19 AÑOS”.**

**YULIS PAOLA BELEÑO URRUTIA.
VANESSA CUETO ÁLVAREZ.**

Trabajo de grado para optar el título de abogado.

**PROGRAMA DE DERECHO.
UNIVERSIDAD LIBRE SEDE CARTAGENA.
CARTAGENA D.T Y C.
2017.**

TRABAJO DE GRADO:
**“PERCEPCIÓN DE LA COMUNIDAD DE BASE DE LA DE CIUDAD
BICENTENARIO SOBRE LA PROTECCIÓN JURÍDICA DESDE LA
PERSPECTIVA DE LOS DERECHOS HUMANOS A LA VIDA SALUD SEXUAL Y
REPRODUCTIVA DE LOS ADOLESCENTES ENTRE 15 A 19 AÑOS”.**

**YULIS PAOLA BELEÑO URRUTIA.
VANESSA CUETO ÁLVAREZ.**

**TUTOR.
ELIZABETH RAMÍREZ LLERENA. PhD**

**PROGRAMA DE DERECHO.
UNIVERSIDAD LIBRE SEDE CARTAGENA.
CARTAGENA D.T Y C.
2017.**

PÁGINA DE ACEPTACIÓN.

Presidente de Tesis.

Jurado No 1.

Jurado No 2.

Cartagena de Indias, D.T. y C., Octubre de 2017.

TABLA DE CONTENIDO.

| | | Pág. |
|-----------|---|-------------|
| 1 | RESUMEN..... | 6 |
| 1.1.- | ABSTRACT..... | 7 |
| 1.2.- | OBJETIVOS..... | 7 |
| 1.2.1.- | Objetivo General..... | 7 |
| 1.2.2.- | Objetivos Específicos..... | 8 |
| 1.3.- | METODOLOGÍA..... | 8 |
| 1.3.1.- | Formas de la investigación..... | 8 |
| 1.3.2.- | Tipo de investigación..... | 8 |
| 1.3.3.- | Método de investigación..... | 9 |
| 1.4.- | PALABRAS CLAVES..... | 9 |
| 2 | INTRODUCCIÓN..... | 10 |
| 2.1.- | PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA..... | 11 |
| 2.2.- | OBJETIVOS. | 13 |
| 2.2.1.- | Objetivo General..... | 13 |
| 2.2.2.- | Objetivos Específicos. | 13 |
| 2.3.- | JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA..... | 14 |
| 2.4.- | HIPÓTESIS. | 14 |
| 2.5.- | ESTRATEGIAS METODOLÓGICAS..... | 15 |
| 2.5.1.- | Formas de la investigación..... | 15 |
| 2.5.2.- | Tipo de investigación..... | 15 |
| 2.5.3.- | Método de investigación..... | 15 |
| 2.5.4.- | Fuentes, Técnicas e Instrumentos de Recolección de la Información..... | 16 |
| 2.5.4.1.- | Fuentes de Recolección de la información..... | 16 |

| | | |
|-----------|--|----|
| 2.5.4.2.- | Técnicas de Recolección de la información..... | 16 |
| 3.- | CAPÍTULOS..... | |
| 3.1.- | PRIMER CAPÍTULO: CARACTERIZACIÓN DEL DERECHO A LA ATENCIÓN A LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE LOS JÓVENES ENTRE 15 A 19 AÑOS EN COLOMBIA..... | 17 |
| 3.2.- | SEGUNDO CAPÍTULO: EL DERECHO A LA ATENCIÓN A LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE LOS JÓVENES ENTRE 15 A 19 AÑOS, DESDE LA POSTURA DE LOS DERECHOS HUMANOS..... | 34 |
| 3.3.- | TERCER CAPÍTULO: SONDEO ESTADÍSTICO PARA ESTABLECER LA PERCEPCIÓN DE LA COMUNIDAD DE BASE DE CIUDAD BICENTENARIO SOBRE LA PROTECCIÓN JURÍDICA DESDE LA PERSPECTIVA DE LOS DERECHOS HUMANOS A LA VIDA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE LOS ADOLESCENTES ENTRE 15 A 19 AÑOS..... | 66 |
| 4.- | CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES..... | 79 |
| 4.1.- | CONCLUSIONES..... | 79 |
| 4.2.- | RECOMENDACIONES..... | 85 |
| 5.- | REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... | 88 |

TRABAJO DE GRADO:
**“PERCEPCIÓN DE LA COMUNIDAD DE BASE DE LA DE CIUDAD
BICENTENARIO SOBRE LA PROTECCIÓN JURÍDICA DESDE LA
PERSPECTIVA DE LOS DERECHOS HUMANOS A LA VIDA SALUD SEXUAL Y
REPRODUCTIVA DE LOS ADOLESCENTES ENTRE 15 A 19 AÑOS”.**

1.- RESUMEN.

Consideramos de suma importancia que el Estado colombiano tenga una política formulada para responder a los problemas más serios que tiene nuestro país en un campo tan decisivo para el desarrollo individual y social, como lo es el de la salud sexual y reproductiva; la política debe tener diversos antecedentes jurídicos y políticos, nacionales e internacionales, que respaldan la propuesta estratégica incluida, entre los que se destacan: las conferencias mundiales convocadas por la Organización de Naciones Unidas, particularmente la de Población y Desarrollo (El Cairo, 1994) y la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing, 1995), y la Constitución Nacional y sus desarrollos, entre otros. El planteamiento básico es que los DSR son parte de los derechos humanos y, por lo tanto, deben trabajarse desde esta perspectiva, al igual que desde la perspectiva que reconoce que la salud es un servicio público, por ello en este trabajo de investigación hemos abordado la percepción de la comunidad de base de la de ciudad bicentenario sobre la protección jurídica desde la perspectiva de los derechos humanos a la vida salud sexual y reproductiva de los adolescentes entre 15 a 19 años.

1.1.- ABSTRACT.

We consider it of the utmost importance that the Colombian State has a policy formulated to respond to the most serious problems that our country has in a field as crucial to individual and social development as that of sexual and reproductive health; the policy must have a diverse legal and political background, both national and international, which supports the strategic proposal, including the world conferences convened by the United Nations, particularly Population and Development (Cairo, 1994) and the Fourth World Conference on Women (Beijing, 1995), and the National Constitution and its developments, among others. The basic approach is that RSDs are part of human rights and, therefore, must be worked from this perspective, as well as from the perspective that recognizes that health is a public service, so in this research we have addressed the perception of the basic community of the bicentennial city on the legal protection from the perspective of human rights to life sexual and reproductive health of adolescents between 15 and 19 years.

1.2.- OBJETIVOS.

1.2.1.- Objetivo General.

Establecer la percepción de la comunidad de base de Ciudad Bicentenario sobre la protección jurídica desde la perspectiva de los Derechos Humanos a la vida salud sexual y reproductiva de los adolescentes entre 15 a 19 años.

1.2.2.- Objetivos Específicos.

- Caracterizar el derecho a la atención a la salud sexual y reproductiva en el barrio Ciudad Bicentenario en la ciudad de Cartagena.
- Revisar el derecho a la atención a la salud sexual y reproductiva de los jóvenes entre 15 a 19 años, desde la postura de los Derechos Humanos.
- Realizar un sondeo estadístico para establecer la “percepción de la comunidad de base de la de ciudad bicentenario sobre la protección jurídica desde la perspectiva de los derechos humanos a la vida salud sexual y reproductiva de los adolescentes entre 15 a 19 años”.

1.3.- METODOLOGÍA.

1.3.1.- Formas de la investigación.

Esta es una investigación Cuantitativa.

1.3.2.- Tipo de investigación.

Esta es una investigación aplicada para el derecho; es una investigación socio jurídica. Esta investigación será cuantitativa con fundamento en el análisis descriptivo del sondeo estadístico.

1.3.3.- Método de investigación.

El método de esta investigación es el cuantitativo, ya que con un sondeo estadístico, revisar la **PERCEPCIÓN DE LA COMUNIDAD DE BASE DE CIUDAD BICENTENARIO SOBRE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE LOS ADOLESCENTES ENTRE 15 A 19 AÑOS.**

1.4.- PALABRAS CLAVES.

Políticas Publicas, Salud Sexual, Salud Reproductiva, Adolescentes, Ciudad Bicentenario.

TRABAJO DE GRADO:
**“PERCEPCIÓN DE LA COMUNIDAD DE BASE DE LA DE CIUDAD
BICENTENARIO SOBRE LA PROTECCIÓN JURÍDICA DESDE LA
PERSPECTIVA DE LOS DERECHOS HUMANOS A LA VIDA SALUD SEXUAL Y
REPRODUCTIVA DE LOS ADOLESCENTES ENTRE 15 A 19 AÑOS”.**

2.- INTRODUCCIÓN.

La Universidad Libre Sede Cartagena tiene un convenio interinstitucional con la Fundación Mario Santo Domingo, la cual nos invitó a que les apoyáramos a realizar un muestreo para la aplicación de la encuesta de Identificación de necesidades de salud sexual y salud reproductiva en la comunidad que habita a Ciudad Bicentenario, un barrio de desplazados y población vulnerable que ellos ayudaron a construir con el apoyo del Viceministerio de Vivienda en Colombia; de allí surge esta investigación como trabajo de grado en la cual se establecerá la percepción de la comunidad de base de ciudad bicentenario sobre la salud sexual y reproductiva de los adolescentes entre 15 a 19 años, bajo una mirada desde los derechos humanos. Dice Jorge Peláez Mendoza¹ Los derechos del cuerpo están arraigados en los fundamentos esenciales de los derechos humanos. En términos generales, los derechos del cuerpo en todo lo relativo a la sexualidad y la reproducción abarcan dos principios básicos: el derecho a la atención a la salud sexual y reproductiva, y el derecho a la autodeterminación sexual y reproductiva, esta última también implica el derecho a estar libre de todas las formas de violencia y coerción que afectan la vida sexual o reproductiva.

¹ Mendoza Jorge Peláez. Salud sexual y reproductiva de adolescentes y jóvenes: una mirada desde la óptica de los derechos humanos. Centro Internacional de Retinosis Pigmentaria "Camilo Cienfuegos". La Habana, Cuba.

2.1.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Hoy día es muy importante abordar la temática de la adolescencia y la juventud, debido a la trascendencia de este grupo etario para el desarrollo y a su impacto en la población mundial, particularmente en América Latina y el Caribe, donde según Jorge Peláez Mendoza² la población comprendida entre 10 y 24 años de edad representa un 30 % y los adolescentes entre 11 y 19 años, un 20 %, ³ con una distribución equitativa entre ambos sexos. Se espera que el envejecimiento de la población afecte a la región en las venideras décadas, la situación actual en Colombia es un claro ejemplo de ello, por tanto el tema de la juventud y la adecuada promoción de la salud reproductiva continúan presentes. Ciertamente consideramos que la actividad sexual temprana en la adolescencia, representa un problema de salud pública por las consecuencias que conlleva, como el embarazo adolescente, el aumento de las infecciones de transmisión sexual, la infección por HIV/SIDA⁴ (segunda causa de muerte en los adolescentes) y los problemas familiares, económicos y sociales que se generan. El adolescente se ha convertido en una población de mayor riesgo en salud por la inequidad y las diferentes barreras a las que se enfrenta en materia de accesibilidad a los servicios de salud, en especial a los de salud sexual y reproductiva. Toda esta problemática ha hecho que esta población se vea enormemente afectada por morbilidades como las infecciones de transmisión sexual e infección por HIV/SIDA, a su vez con un mayor riesgo de morbilidad y mortalidad materna y peri-natal. Es por ello que la

² Máster en Atención Integral a la Mujer. Diplomado en Ginecología Infanto Juvenil y Salud Reproductiva Adolescente. Profesor Auxiliar y Médico Especialista de II Grado en Obstetricia y Ginecología. Centro Internacional de Retinosis Pigmentaria "Camilo Cienfuegos". La Habana, Cuba.

³ Peláez Mendoza Jorge. Salud sexual y reproductiva de adolescentes y jóvenes: una mirada desde la óptica de los derechos humanos. La Habana, Cuba.

⁴ Mendoza Tascón Luis Alfonso, Claros Benítez Diana Isabel, Claudia Bibiana Peñaranda Ospina. Actividad sexual temprana y embarazo en la adolescencia: estado del arte. Rev. Chile. Obstet. Ginecol. vol.81 no.3 Santiago jun. 2016.

educación sexual en el hogar, escuelas, colegios y servicios de salud, unido a la estimulación de habilidades para la vida, el retraso del inicio de la actividad sexual entre adolescente, la promoción de la abstinencia sexual y las prevención del embarazo y las infecciones de transmisión sexual, son una las estrategias más eficaces para enfrentar estas problemáticas.

Es preciso que la atención de las políticas públicas del Distrito de Cartagena de Indias se centre en la atención de la Salud Sexual y Reproductiva de mujeres y hombres entre 15 y 17 años por ello hemos tomado el barrio Ciudad Bicentenario, para hacer esta investigación puesto que es esta población la que heredará el futuro de nuestro país, resulta entonces prioritario preservar la fecundidad futura de los adolescentes y jóvenes colombianos. La actual situación de pobreza e inequidad que reina en gran parte de los países de nuestra región constituye una amenaza para el desarrollo de ese capital humano, es el caso de los jóvenes que habitan en ciudad Bicentenario en la ciudad de Cartagena, por ello tomaremos el espacio que nos brinda el realizar un trabajo de investigación como trabajo de grado en el pregrado de Derecho para analizar los aspectos relativos a las estrategias y políticas de salud sexual y reproductiva dirigidas a los jóvenes cartageneros con un enfoque que priorice sus derechos humanos, sexuales y reproductivos. Esta perspectiva se basa en compromisos contraídos por los países al ratificar la Declaración Universal de los Derechos Humanos⁵, la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer⁶, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales⁷ y la

⁵ La Declaración Universal de Derechos Humanos. Naciones Unidas. Disponible en: www.un.org/es/universal-declaration-human-rights. Consultada el día 25 de mayo de 2017.

⁶ Convención Sobre la eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer. Disponible en: www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/text/sconvention.htm. Consultada el día 25 de mayo de 2017.

⁷ Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales Disponible en: www.ohchr.org. Consultada el día 25 de mayo de 2017.

Convención sobre los Derechos del Niño⁸, así como en las conclusiones de las conferencias mundiales sobre Población y el Desarrollo (CIPD)⁹ y la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer¹⁰ por ello nos preguntamos: ¿Cuál es la percepción de la comunidad de base de la de Ciudad Bicentenario sobre la protección jurídica desde la perspectiva de los Derechos Humanos a la vida salud sexual y reproductiva de los adolescentes entre 15 a 19 años?

2.2.- OBJETIVOS.

2.2.1.- Objetivo General.

Establecer la percepción de la comunidad de base de Ciudad Bicentenario sobre la protección jurídica desde la perspectiva de los Derechos Humanos a la vida salud sexual y reproductiva de los adolescentes entre 15 a 19 años.

2.2.2.- Objetivos Específicos.

- Caracterizar el derecho a la atención a la salud sexual y reproductiva en el barrio Ciudad Bicentenario en la ciudad de Cartagena.
- Revisar el derecho a la atención a la salud sexual y reproductiva de los jóvenes entre 15 a 19 años, desde la postura de los Derechos Humanos.

⁸ Convención sobre los Derechos del Niño. www.un.org/es/events/childrenday/pdf/derechos.pdf. Consultada el día 25 de mayo de 2017.

⁹ Conferencias mundiales sobre Población y el Desarrollo (CIPD)⁹ Disponible en: www.un.org/es/development/devagenda/population.shtml. Consultada el día 25 de mayo de 2017.

¹⁰ Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer. Disponible en: www.un.org/womenwatch/daw/beijing/pdf/Beijing%20full%20report%20S.pdf. Consultada el día 25 de mayo de 2017.

- Realizar un sondeo estadístico para establecer la “percepción de la comunidad de base de la de ciudad bicentenario sobre la protección jurídica desde la perspectiva de los derechos humanos a la vida salud sexual y reproductiva de los adolescentes entre 15 a 19 años”.

2.3.- JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA.

Es necesario identificar las necesidades en la atención en Salud Sexual y Reproductiva de mujeres y hombres entre 15 y 17 años en el barrio Ciudad Bicentenario, para partir de ahí hacia la planeación e implementación de estrategias orientadas hacia el mejoramiento de los programas y servicios comunitarios para los jóvenes de la ciudad de Cartagena a fin proponer políticas públicas de salud sexual y reproductiva dirigidas a adolescentes y jóvenes con un enfoque que priorice sus derechos humanos, sexuales y reproductivos. Este estudio puede Ofrecer elementos conceptuales y de contexto acerca de la adolescencia y la juventud, la salud sexual y reproductiva de las personas jóvenes, el desarrollo juvenil y la normatividad existente, que faciliten a prestadores de servicios de salud reconocer a sus adolescentes y jóvenes, así como sus contextos.

2.4.- HIPÓTESIS.

Es necesario identificar las necesidades en la atención en Salud Sexual y Reproductiva de mujeres y hombres entre 15 y 19 años en el barrio Ciudad Bicentenario, para partir de ahí hacia la planeación e implementación de estrategias orientadas hacia el mejoramiento de los programas y servicios comunitarios para los jóvenes de la ciudad de Cartagena a fin proponer políticas públicas de salud sexual y reproductiva dirigidas a adolescentes y jóvenes con un enfoque que

priorice sus derechos humanos, sexuales y reproductivos. Este estudio puede Ofrecer elementos conceptuales y de contexto acerca de la adolescencia y la juventud, la salud sexual y reproductiva de las personas jóvenes, el desarrollo juvenil y la normatividad existente, que faciliten a prestadores de servicios de salud reconocer a sus adolescentes y jóvenes, así como sus contextos.

2.5.- ESTRATEGIAS METODOLÓGICAS.

2.5.1.- Formas de la investigación.

Esta es una investigación Cuantitativa.

2.5.2.- Tipo de investigación.

Esta es una investigación aplicada para el derecho; es una investigación socio jurídica. Esta investigación será cuantitativa con fundamento en el análisis descriptivo del sondeo estadístico.

2.5.3.- Método de investigación.

El método de esta investigación es el cuantitativo, ya que con un sondeo estadístico, revisar la **PERCEPCIÓN DE LA COMUNIDAD DE BASE DE CIUDAD BICENTENARIO SOBRE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE LOS ADOLESCENTES ENTRE 15 A 19 AÑOS.**

2.5.4. FUENTES, TECNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN.

2.5.4.1.- Fuentes de Recolección de la información.

Las fuentes que se utilizaran para la recolección de la información será la primaria ya que es la encuesta, la que nos permiten desde el sondeo estadístico revisar la percepción de la comunidad de base ciudad bicentenario.

2.5.4.2.- Técnicas de Recolección de la información.

El instrumento para recoger la información serán las encuestas.

2.5.4.3.- Instrumentos de Recolección de la información.

La información se recolectará mediante la aplicación de los formatos de encuestas.

3.- CAPÍTULOS:

3.1.- PRIMER CAPÍTULO: CARACTERIZACIÓN DEL DERECHO A LA ATENCIÓN A LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE LOS JÓVENES ENTRE 15 A 19 AÑOS EN COLOMBIA.

En este primer capítulo hablaremos sobre la caracterización del derecho a la atención a la salud sexual y reproductiva de los jóvenes entre 15 a 19 años en Colombia. Empezamos diciendo que en Colombia existe un marco legal y normativo para la prestación de servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes entre 15 a 19 años. En este capítulo tiene por objeto presentar la globalidad del marco legal y normativo que soporta la creación e implementación de servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes, con énfasis en salud sexual y reproductiva, a la vez que actualiza y resume los principales aportes de cada norma.

3.1.1. Prestación de servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes entre 15 a 19 años.

La Prestación de servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes entre 15 a 19 años es un punto integrante del Plan Decenal de Salud Pública, PDSP, 2012 – 2021, que a su vez es producto del Plan Nacional de Desarrollo 2010 – 2014 y busca la reducción de la inequidad en salud planteando los siguientes objetivos: garantizar el goce efectivo del derecho a la salud para todos, mejorar las condiciones de vida que modifican la situación de salud y disminuyen la carga de enfermedad existente manteniendo cero tolerancia frente a la mortalidad, la morbilidad y la discapacidad evitables.

Uno de los mayores desafíos del Plan Decenal de Salud Pública, PDSP, 2012 – 2021, es afianzar el concepto de salud como el resultado de la interacción armónica de las condiciones biológicas, mentales, sociales y culturales del individuo, así como con su entorno y con la sociedad, a fin de poder acceder a un mejor nivel de bienestar como condición esencial para la vida.

a.- Plan Nacional de Salud Pública.¹¹

Mediante el Decreto 3039 de 2007¹² se adoptó el Plan Nacional de Salud Pública para 2007 a 2010, de obligatorio cumplimiento, en el ámbito de sus competencias y obligaciones por parte de la Nación, las entidades departamentales, distritales y municipales de salud, las entidades promotoras de salud de los regímenes contributivo y subsidiado, las entidades obligadas a compensar, las entidades responsables de los regímenes especiales y de excepción y los prestadores de servicios de salud. El Ministerio de la Protección Social definió las siguientes líneas para el desarrollo de la política en salud:

- 1.- La promoción de la salud y la calidad de vida.
- 2.- La prevención de los riesgos.
- 3.- La recuperación y superación de los daños en la salud.
- 4.- La vigilancia en salud y gestión del conocimiento.
- 5.- La gestión integral para el desarrollo operativo y funcional del Plan Nacional de Salud Pública.

¹¹ Servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes. Un modelo para adecuar las respuestas de los servicios de salud a las necesidades de adolescentes y jóvenes de Colombia. Ministerio de la Protección Social. Fondo de Población de las Naciones Unidas –UNFPA– Colombia. Bogotá. 2008.

¹² Ver Decreto 3039 de 2007.

Dentro de los objetivos del Plan Nacional de Salud Pública se destaca mejorar la salud sexual y reproductiva y salud mental, a través de estrategias en:

Promoción de la salud y la calidad de vida: Abogar por el desarrollo en instituciones educativas de programas de formación para la sexualidad, construcción de ciudadanía y habilidades para la vida, que favorezcan el desarrollo de un proyecto de vida autónomo, responsable, satisfactorio, libremente escogido y útil para sí mismo(a) y la sociedad, teniendo en cuenta la diversidad étnica y cultural.

Prevención de riesgos, recuperación y superación de daños en la salud: Promover la utilización de métodos anticonceptivos modernos, mediante la inducción de la demanda, la eliminación de barreras de acceso y el seguimiento de su uso por parte de los servicios de salud, de acuerdo con las características y necesidades de la población en edad fértil e Implementar el modelo de servicios amigables para atención en salud sexual y reproductiva para los adolescentes, con énfasis en consejería, oferta anticonceptiva de emergencia y de métodos modernos.

b.- Marco Político.

En el país se han adelantado esfuerzos en términos de definición y aplicación de los marcos constitucionales. En este sentido, la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (SSR) de 2003 busca mejorar la salud sexual y reproductiva y promover el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos para toda la población. Hace especial énfasis en la reducción de los factores de vulnerabilidad y los comportamientos de riesgo, el estímulo de los factores protectores y la atención a los grupos con necesidades específicas. Los principios orientadores de la PNSSR son:

- Concepción de los derechos sexuales y reproductivos como derechos humanos
- Equidad social y de género. Empoderamiento de las mujeres
- Calificación de la demanda

La Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva establece seis líneas de acción como respuesta a los problemas prioritarios:

- Maternidad segura
- Planificación familiar
- Salud sexual y reproductiva de la población adolescente
- Detección temprana del cáncer de cuello uterino
- ITS y VIH/Sida
- Violencia doméstica y sexual

c.- Marco legal y normativo.

La Ley 1122 de 2007¹³, que modifica el SGSSS, en su artículo 33 enuncia que en el Plan Nacional de Salud Pública se encuentra prevista la promoción de la salud sexual y reproductiva; así mismo, el objetivo del Plan es la atención y prevención de los principales factores de riesgo para la salud y la promoción de condiciones y estilos de vida saludables, fortaleciendo la capacidad de la comunidad y la de los diferentes niveles territoriales para actuar; de la misma forma, el Plan Nacional incluye acciones colectivas que reemplazarán al Plan de Atención Básica.

Para la construcción del Plan Nacional de Salud Pública se tuvo como base la Constitución Política de Colombia de 1991 y las acciones que el Estado colombiano debe realizar para garantizar el bienestar de adolescentes y jóvenes.

¹³ Ver Ley 1122 de 2007.

Es obligación del Estado garantizar los derechos y exigir los deberes del ciudadano consagrados en la Constitución Política: artículo 2. *“Las autoridades de la República están instituidas para proteger a todas las personas residentes en Colombia en su vida, honra, bienes, creencias y demás derechos y libertades, y para asegurar el cumplimiento de los deberes sociales del Estado y de los particulares”*¹⁴; así mismo, el artículo 49 establece que *“la atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud, a través de las entidades administradoras y prestadoras de servicios, en condiciones de calidad y oportunidad, para toda la población, con promoción y garantía de su vinculación a los regímenes de salud, con asignación de recursos y prioridad del aseguramiento a la población pobre y vulnerable, incluidos los adolescentes y jóvenes”*.¹⁵

En esa misma línea, el artículo 45 dice: *“El adolescente tiene derecho a la protección y a la formación integral, donde Estado y Sociedad garantizan la participación activa de los jóvenes en los organismos públicos y privados que tengan a cargo la protección, educación y progreso de la juventud”*.¹⁶

Los siguientes derechos básicos se relacionan con las condiciones necesarias para garantizar el desarrollo individual, económico y social de adolescentes y jóvenes:

¹⁴ Ver Artículo 2 de la Constitución Política de Colombia. Editorial Leyer. Bogotá. 2016.

¹⁵ *Ibíd.*

¹⁶ *Ibíd.*

| ARTÍCULO | DERECHO |
|-----------------|--|
| Artículo 11 | Derecho a la vida |
| Artículo 13 | Derecho a la igualdad |
| Artículo 15 | Derecho a la intimidad personal y familiar y al buen nombre |
| Artículo 16 | Derecho al libre desarrollo de la personalidad |
| Artículo 21 | Derecho a la honra |
| Artículo 43 | Derecho a la igualdad: la mujer y el hombre tienen iguales derechos y oportunidades |
| Artículo 52 | Derecho a la recreación, a la práctica del deporte y al aprovechamiento del tiempo libre |
| Artículo 44 | Los derechos de los niños y las niñas prevalecen sobre todos los derechos |
| Artículo 48 | La Seguridad Social es un servicio público de carácter obligatorio |

La Ley 100 de 1993¹⁷, en la Resolución Reglamentaria 5261 de 1994¹⁸, establece el “Manual de procedimientos e intervenciones” como de obligatorio cumplimiento en el POS, siendo la herramienta jurídica que ampara las acciones realizadas con cargo a la UPC de los regímenes contributivo y subsidiado, y sirve como marco de referencia para los no afiliados.

Se debe tener en cuenta también la Resolución 1995 de 1999, por la cual se establecen las normas para el manejo de la historia clínica (requisitos que debe cumplir la historia clínica de atención a adolescentes y jóvenes). Sobre este mismo tema, mediante el Acuerdo 117 de 1998¹⁹ se establece, además, el obligatorio cumplimiento de los procedimientos, actividades e intervenciones de demanda inducida y la atención de enfermedades de interés en salud pública.

Por otro lado, con la Resolución 412 de 2000²⁰ se adoptan las normas técnicas y guías de atención que definen las actividades, procedimientos e intervenciones de protección específica (atención del parto, atención al recién nacido, atención en planificación familiar a hombres y mujeres); normas de detección temprana (alteraciones del crecimiento y desarrollo de menores de 10 años y alteraciones del desarrollo del joven de 10 a 29 años, alteraciones del embarazo y cáncer de cuello uterino y seno) y guías de atención y recuperación (enfermedades de transmisión sexual, sífilis, VIH/Sida y menor y mujer maltratados).

Igualmente, en esta resolución se definen los lineamientos para la programación, evaluación y seguimiento de las actividades establecidas en las normas técnicas que deben desarrollar estas entidades y las frecuencias mínimas anuales de

¹⁷ Ver Ley 100 de 1993.

¹⁸ Ver Resolución Reglamentaria 5261 de 1994.

¹⁹ Acuerdo 117 de 1998.

²⁰ Ver Resolución 412 de 2000

atención; además de los profesionales de la salud debidamente capacitados, responsables del desarrollo de las mismas.

Por su parte, la norma técnica para la detección temprana de las alteraciones del desarrollo del joven de 10 a 29 años tiene como objetivos específicos identificar oportunamente los problemas que afectan a jóvenes y adolescentes; promover la orientación y los planes de intervención en salud de una manera participativa con el adolescente y coordinada con su familia, colegio y comunidad; crear mecanismos para favorecer la identificación y prevención de factores de riesgo y promover estilos de vida saludables, factores protectores y el auto cuidado.

Posteriormente, con la Resolución 3384 de 2000²¹ se establecen los indicadores de gestión para el seguimiento, monitoreo y evaluación de las normas técnicas y guías de atención contenidas en la Resolución 412 de 2000²².

Esta resolución precisa las responsabilidades de las aseguradoras en lo no cubierto por el Plan Obligatorio de Salud y define las rutas de acceso a la prestación de estos servicios, así:

Para el régimen contributivo se realiza mediante el diligenciamiento del formato para la autorización de acciones no POS y su mecanismo de recobro al Fondo de Solidaridad y Garantía, y para el régimen subsidiado mediante los recursos que desde el Sistema General de Participaciones se gira a las entidades territoriales para el rubro destinado a cubrir las acciones, procedimientos e intervenciones en lo no cubierto o subsidio a la oferta de servicios.

²¹ Ver Resolución 3384 de 2000

²² Ver Resolución 412 de 2000

Así mismo, la Resolución 1896 de 2001²³ establece la clasificación única de procedimientos en salud (C.U.P.S.), que corresponde al ordenamiento lógico y detallado de los procedimientos e intervenciones incluido en el Plan Obligatorio de Salud en Colombia. Esta resolución es la herramienta que permite, en todas las instituciones, diseñar el portafolio básico de servicios en salud, la cual puede ser consultada en el Capítulo 6, anexo número B-7.

El establecimiento de la Ley 715 de 2001²⁴ define las competencias y recursos en salud a cargo de la Nación, los departamentos, los distritos y los municipios; a estos últimos les corresponde el aseguramiento de la población y la ejecución de programas en salud pública. Dicha ley también establece los planes de beneficios y las fuentes de financiación del Sistema General de Seguridad Social en Salud, SGSSS.

3.1.2. Evolución histórica de los términos adolescentes y jóvenes²⁵.

Partimos de la convicción de que conociendo con quién vamos a trabajar esta investigación será más sencillo encontrar la respuesta a cómo hacerlo. Para esto también revisaremos las actitudes que tienen los prestadores de servicios de salud frente a lo que implica el trabajo con adolescentes y jóvenes de nuestra comunidad como el Barrio Ciudad Bicentenario.

²³ Ver Resolución 1896 de 2001.

²⁴ Ver Ley 715 de 2001.

²⁵ OMS y OPS definen la adolescencia como el periodo de 10 a 19 años de edad y la juventud como el periodo entre 15 y 24 años; “Personas jóvenes” es un término que se utiliza para incluir a ambos grupos. OMS. A Picture of Health? Ginebra. 1995. En SCHUTT-AINE, J. y MADDALENO, M. Salud sexual y desarrollo de adolescentes y jóvenes en las Américas: Implicaciones en programas y políticas. Washington, DC: OPS, 2003. p.5. Para efectos de este documento se utilizarán los términos adolescentes y jóvenes para denominar a hombres y mujeres entre los 10 y los 29 años, teniendo en cuenta la normatividad existente en el sector salud y especialmente la establecida a través de la Resolución 412 sobre Normas y Guías de Atención.

La aproximación a la juventud colombiana y a algunos de sus comportamientos y derechos se hará desde distintos ángulos (biológicos, sociales, psicológicos y de derechos). Se pretende que quienes son parte del Sector Salud la conozcan mejor, identifiquen su diversidad y puedan ofrecer respuestas a su medida. Siempre será necesario que cada quien, desde su contexto e institución de salud, complemente esta información, explorando los rasgos que hacen de los adolescentes y jóvenes de su lugar sujetos particulares y personas con diferentes potencialidades.

a.- Conceptualización de la Adolescencia hoy.

Hablar de Adolescencia y Juventud, no ocurría en las civilizaciones primitivas, donde los individuos tenían una corta esperanza de vida y requerían involucrarse rápidamente en la cadena productiva y en aspectos reproductivos. Aunque en ella generalmente ocurre la pubertad, con sus aspectos únicos de crecimiento y maduración tanto biológica como fisiológica, estos se conjugan con desarrollos psicológicos y sociales que trascienden a los hechos biológicos. Así, la adolescencia no puede ni debe considerarse como un hecho biológico.

Durante este proceso, el adolescente apropia y recrea las características y atributos de la historia social de su gente, se individualiza e independiza, transforma el entorno y el mundo que habita, a la vez que también es transformado por éste. Para facilitar la comprensión de esta etapa y la planeación de servicios de atención integral que impacten efectivamente la salud de este grupo poblacional, es recomendable dividir la adolescencia de la siguiente forma:

1.1.- Adolescencia temprana o inicial: Entre los 10 y 13 años²⁶. Esta etapa generalmente, pero no siempre, inicia con los cambios puberales, los cuales rápidamente se acompañan de modificaciones en las relaciones sociales. Los adolescentes iniciales suelen encontrarse ambivalentes. El temor de separarse de sus padres puede existir o no y lo más frecuente es que muestren preferencias por socializar con “pares” del mismo sexo. Suelen tener un pensamiento concreto, con planes vagos hacia el futuro. En estos años se incrementa la curiosidad sexual y pueden experimentar actividades auto estimulatorias como la masturbación.

1.2.- Adolescencia media: Entre los 14 y 16 años En este período es más marcado el distanciamiento afectivo de los padres. La persona adolescente explora diferentes imágenes para expresarse y para que la reconozcan en la sociedad, así como diversos roles de adultos. Socializa con pares de diferente sexo y frecuentemente inicia actividad sexual. Se fascina por la capacidad de pensar diferente y por la abstracción de nuevos conceptos. Es mayor la tendencia a vincularse en actividades colectivas que suplan su necesidad de encontrar identidad y reconocimiento social y cultural.

1.3.- Adolescencia final o tardía: Entre los 17 y 20 años. Es el periodo final de la adolescencia; el límite superior de ésta dependerá del criterio que cada país utilice para otorgar el estatus de mayoría de edad. Las personas adolescentes suelen ser independientes y capaces de integrar su imagen corporal con su identidad o personalidad. Esto les permite establecer y consolidar relaciones que se basen en el cuidado y el respeto por la autonomía y por la intimidad de las otras personas. Prefieren relaciones sociales más con individuos que con grupos o colectividades. De igual modo, desde esta etapa, y cada vez con mayor fuerza, definen planes y

²⁶ 4Para efectos del modelo de atención se retoman los conceptos planteados por la Resolución 412 de 2000, en la Norma Técnica para la Detección Temprana de las Alteraciones del Desarrollo del Joven de 10 a 29 años.

metas específicas, viables y reales. Son capaces de abstraer conceptos, definen su sistema de valores e ideología. Estas transformaciones están condicionadas por determinantes de cultura, sexo, nivel educativo, familia y entorno social, entre otros.

1.4.- Juventud: Según la Organización Mundial de la Salud, OMS, a este grupo pertenecen las personas entre 21 y 24 años de edad, y coincide con la consolidación del rol social (SAM, AAP, OMS).

Durante la adolescencia y la juventud, las personas se consolidan como titulares de derechos a través de las relaciones que establecen como personas; esto se ha reconocido como titularidad individual, social²⁷ y política del sujeto de derechos²⁷.

- Como sujeto individual, la persona se manifiesta en su YO íntimo, con sensibilidad y razón, con sus pasiones y deseos, con sus esperanzas y proyectos, con sus fines y con sus intereses de persona pura y simplemente individual.
- Como sujeto social en el grupo y la comunidad, la persona se manifiesta en su YO SOCIAL, como nosotros y nosotras, los intereses individuales se convierten en posibilidad de relación, en buscar para dar y recibir, en solidaridad, en estar con otras y con otros.
- Como sujeto político, la persona se manifiesta en el grupo y la comunidad con sus intereses y la afirmación de su YO en una perspectiva general, universal;

²⁷ Mejía Gómez Mary Luz. Los derechos sexuales y reproductivos en la pedagogía. Presentación para el encuentro: Hablemos de educación para la sexualidad, avances y proyecciones. Bogotá, agosto 2007.

ejerce PODER, es capaz de asumir el ejercicio de lo público, asume la representación y está en función y beneficio de la comunidad.

3.1.3.- Definición de adolescencia y juventud.

La adolescencia y la juventud son conceptos socialmente contruidos en virtud de los cambios y similitudes que acontecen en los ámbitos biológicos, psicológicos y culturales, por consenso, se ha establecido que la adolescencia transcurre entre los 10 a 19 años.

a.- Análisis a la definición de adolescencia y juventud.

Nosotros asumimos la definición de adolescencia como una etapa de transición de la niñez a la edad adulta, que está marcada por profundos cambios físicos, emocionales, psicológicos y sociales. Entendemos por adolescencia al período de la vida que transcurre desde los 11 años a los 19 años, en tanto definimos a la juventud como el período de la vida comprendido desde los 15 a los 24 años.

Consideramos que dada la importancia creciente que tiene hoy día el garantizar una adecuada instrucción para la inserción exitosa de los jóvenes en el mercado laboral, con vistas a lograr un mundo mejor, resulta impostergable la inclusión de los jóvenes en el trabajo que preconizamos en la esfera de la salud sexual y reproductiva, es por ello que en todo momento estaremos refiriéndonos en este artículo a adolescentes y jóvenes, que es lo mismo que el rango de edad que se mueve entre los 11 y los 24 años.²⁸

²⁸ Rodríguez PO, Peláez MJ. Salud reproductiva de adolescentes y jóvenes. Estado Actual y perspectivas de intervención. En: Peláez J y col, editores. Ginecología Pediátrica y de la

Según define la Organización de Naciones Unidas son considerados jóvenes todos los hombres y mujeres con edades comprendidas entre los 15 y los 24 años de edad.²⁹ Desde una perspectiva sociológica, la juventud se identifica como la fase de tránsito entre la niñez y la vida adulta.³⁰ Este concepto se halla en estrecha relación con la inserción en la vida productiva, la incorporación al empleo estable, el abandono del hogar parental y la culminación de los estudios.

La definición en cada nación de este tránsito depende del contexto social, por lo tanto resulta difícil determinar cuál es el momento en que se produce la completa integración en el mundo adulto. Aunque hay una mayor coincidencia respecto a la importancia de los factores biológicos para establecer el inicio de la adolescencia, ha sido más difícil llegar a un consenso respecto a los límites de edad que se le asignan a la población joven. Esto ha dado origen a una amplia diversidad de criterios para definir quiénes son los hombres y mujeres jóvenes. Existen en cada país distintas normas legales relativas a las edades de sus grupos de población, que responden a sus respectivas realidades políticas y sociales, lo cual da lugar a notables diferencias.

b.- Adolescencia, juventud y salud sexual y reproductiva. A pesar de todos los supuestos derechos promovidos en las diversas convenciones internacionales, los y las adolescentes y jóvenes constituyen hoy una población de millones de personas prácticamente olvidadas en todo lo concerniente a Programas de Salud Sexual y Reproductiva, lo cual se evidencia en el creciente número de jóvenes

Adolescente. Temas para el médico de familia. Capítulo XV. La Habana: Editorial Científico Técnica;2007.

²⁹ Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Panorama Social de América Latina, Santiago de Chile. Organización de Naciones Unidas (ONU);2004.

³⁰ Organización de Naciones Unidas (ONU). Morlachetti A. Políticas de salud sexual y reproductiva dirigidas a adolescentes y jóvenes: un enfoque fundado en los derechos humanos. En: CEPAL-CELADE. Notas de Población. Año XXXIV N° 85. Santiago de Chile;2007.

carentes de información y servicios relativos a su salud sexual y reproductiva. Esto ocurre mayoritariamente en las naciones más empobrecidas, donde muchas veces es mayor el riesgo y los retos que deberán enfrentar.³¹

Las y los adolescentes y jóvenes menores de 25 años de edad son especialmente vulnerables en aspectos relativos a la salud sexual y reproductiva, ya que para que puedan ejercer sus derechos a ella y a la salud en general, existen múltiples obstáculos. Ambos grupos para lograrlo, en especial el de los adolescentes, deberán enfrentarse a restricciones que tienen su origen en la poca autonomía que la sociedad suele otorgarles en relación con estos temas, en los mensajes contradictorios que reciben de diferentes sectores e instituciones sociales, y en los vacíos de las políticas destinadas a fortalecer la educación y la información sobre los tópicos relacionados a sus derechos reproductivos y sexuales.

Además de los factores biológicos, las condiciones sociales y económicas influyen de modo considerable en la determinación de la salud sexual y reproductiva de las y los jóvenes. En América Latina y el Caribe, muchos de sus problemas de salud están vinculados a situaciones de pobreza y exclusión, dado que estas se relacionan con la desigualdad en el acceso a los servicios sanitarios y a los factores determinantes de la salud.

En términos generales, las mujeres y hombres jóvenes que provienen de diversos estratos socioeconómicos presentan trayectorias de emancipación diferentes. Una, más tardía y con baja fecundidad, propia del sector medio y el alto; otra, con abandono temprano de los estudios, maternidad adolescente y mayores tasas de

³¹ Fondo de Población de las Naciones Unidas. La salud reproductiva en las vidas de los adolescentes y juventud, en la travesía sin mapa: adolescentes, pobreza y género, Capítulo 5. Estado de la Población Mundial. UNFPA; 2005.

fecundidad, caracteriza a los sectores más pobres.³² Estas diferencias entre los patrones de comportamiento reproductivo terminan por descargar el mayor peso de la reproducción biológica y social de la población en las y los adolescentes y jóvenes pobres de ambos sexos.

De esta forma se origina un círculo vicioso entre exclusión social y fecundidad adolescente. Es importante hacer notar la elevada frecuencia de embarazos entre la población menor de 20 años y principalmente en aquellos que provienen de los sectores más pobres, lo cual resulta particularmente notorio en el grupo comprendido entre 15 y 17 años, la gran mayoría tiene lugar fuera de uniones estables y/o matrimonios. Estos segmentos estarán expuestos por tanto, a procesos de exclusión prematura del sistema educativo y de inserción precaria y temprana en el mercado laboral.

Con relación a la salud, las y los adolescentes y jóvenes enfrentan múltiples retos y dificultades que precisan ser abordados simultáneamente desde diversos puntos de vista para poder proveer respuestas acordes con la dimensión y la complejidad de los problemas existentes. Esto requiere ser enfocado desde una perspectiva integral cuyo eje central sea la salud sexual y reproductiva, y que busque la correcta articulación entre las distintas intervenciones institucionales, especialmente sobre la base de enfoques en los que la salud se asume como un derecho humano fundamental.^{33 y 34}

³² Organización de Naciones Unidas (ONU). Morlachetti A. Políticas de salud sexual y reproductiva dirigida a adolescentes y jóvenes: un enfoque fundado en los derechos humanos. En: CEPAL-CELADE. Notas de Población. Año XXXIV N° 85. Santiago de Chile; 2007.

³³ Shutt-Aine J, Maddaleno M. Salud sexual y desarrollo de adolescentes y jóvenes en las Américas: implicaciones en programas y políticas. Washington DC. Organización Panamericana de la Salud (OPS);1995.

³⁴ Rodríguez Ernesto. Políticas públicas y marcos legales para la prevención de la violencia relacionada con adolescentes y jóvenes. Estado del arte en América Latina, 1995-2004. Washington DC, Organización Panamericana de la Salud. (OPS); 2006.

Es así, por ejemplo, que está probada la relación existente entre los años de instrucción recibidos y el mejoramiento de la condición de las mujeres en lo relativo a aspectos adversos asociados al matrimonio y el embarazo precoz.

Este último elemento también se relaciona directamente con condicionantes de género que asignan a la mujer un rol reproductivo ajeno a su control y decisión, lo que a su vez se asocia con una baja autoestima femenina y con la falta de un proyecto de vida o de oportunidades para realizarlo. Todo lo anterior se vincula con un bajo nivel de protección anticonceptiva ante embarazos no deseados y temores que impiden o retardan la búsqueda de tratamiento para infecciones de transmisión sexual, como consecuencia de encontrarse inhibidas por normas sociales, restricciones financieras, falta de confidencialidad y escasa información.³⁵

Como consecuencia, existe hoy una creciente conciencia acerca de la necesidad de diseñar estrategias y políticas públicas específicas para adolescentes y jóvenes, dirigidas a una mejora cualitativa de las políticas, programas y normas sobre salud sexual y reproductiva, dentro de las cuales ocupa un destacado sitio la educación y promoción de sus derechos sexuales y reproductivos, constituye un elemento principal el acceso a métodos anticonceptivos adecuados a sus características y necesidades, así como la reducción de las conductas de riesgo que pueden inducir embarazos precoces, infecciones de transmisión sexual y otras consecuencias dañinas a su futuro reproductivo.³⁶

³⁵ Peláez MJ. Conductas de riesgo y sus consecuencias durante la adolescencia. En: Ginecología Pediátrica y de la Adolescente. Temas para el médico de familia, Capítulo XVI, La Habana: Editorial Científico Técnica; 2007.

³⁶ Peláez MJ. El problema de la fecundidad adolescente. En: Ginecología Pediátrica y de la Adolescente. Temas para el médico de familia, Capítulo XVIII. La Habana: Editorial Científico Técnica; 2007.

3.2.- SEGUNDO CAPÍTULO: EL DERECHO A LA ATENCIÓN A LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE LOS JÓVENES ENTRE 15 A 19 AÑOS, DESDE LA POSTURA DE LOS DERECHOS HUMANOS.

En este segundo capítulo hablaremos sobre el derecho a la atención a la salud sexual y reproductiva de los jóvenes entre 15 a 19 años, desde la postura de los derechos humanos. Este capítulo tiene por objeto revisar donde se ha priorizado el tema de la Salud Sexual y Reproductiva de los Adolescentes y Jóvenes y especialmente enfocado en el Desarrollo Humano desde los Derechos Humanos.

3.2.- Adolescencia, juventud y derechos humanos.

Con independencia de los conceptos y definiciones que adopte cada nación, resulta de vital importancia tener en cuenta las conclusiones de la Convención sobre los Derechos del Niño, que dieron fundamento a la llamada doctrina de la protección integral, con la cual se promueve la construcción de una nueva concepción de niño, niña y adolescente y de sus relaciones con la familia, la sociedad y el Estado.³⁷ Dicha concepción se basa en su reconocimiento como sujetos de derecho, que se desprende de su carácter de persona humana, en oposición a la idea de definirlos a partir de su incapacidad jurídica. Los efectos de este enfoque, que comprende a la totalidad de la niñez y la adolescencia, son muy importantes:

³⁷ Comité de los Derechos del Niño. La salud y el desarrollo de los adolescentes en el contexto de la Convención sobre los Derechos del Niño (CRC/GC/2003/4). Nueva York;2003.

- Niños, niñas y adolescentes son personas titulares de derechos y obligaciones, igual que los adultos y, por tanto, sujetos de derechos. Por lo que no pueden ser considerados objetos pasivos de protección del Estado y de los padres.
- Los derechos humanos, reconocidos en las convenciones internacionales sobre derechos humanos, también se aplican a la niñez y la adolescencia.
- Más allá del respeto a los derechos y deberes de los progenitores y representantes, cabe destacar que el artículo 5 de la Convención sobre los Derechos del Niño define con claridad que las facultades otorgadas a los padres se confieren con el objetivo de que impartan a niños, niñas y adolescentes dirección y orientación apropiadas, en consonancia con la evolución de sus facultades, para que ejerzan los derechos reconocidos en ese instrumento internacional.
- Del juego armónico entre los artículos 12 y 24 de la Convención sobre los Derechos del Niño se deduce que niños, niñas y adolescentes, en cuanto titulares del derecho a las prestaciones de salud, tienen que ser oídos y sus opiniones deben ser tomadas en cuenta en consonancia con su edad y madurez.

Como hemos visto, los acuerdos y convenios internacionales que abarcaron la temática de los derechos humanos en los últimos 15 años, defienden con firmeza la salud reproductiva de adolescentes y jóvenes. La Convención sobre los Derechos del Niño (1989), instrumento de derechos humanos más universalmente aceptado, garantiza los derechos de la niñez y la adolescencia, inclusive la protección contra la discriminación, los malos tratos y la explotación, defendiendo la participación de estos en las decisiones que afectan sus vidas, el disfrute de la privacidad y el acceso a la educación y a los servicios de salud, así como a recibir

información adecuada sobre toda esta temática con vistas a garantizarles su seguridad y bienestar³⁸. Todos estos derechos tienen una repercusión directa sobre la salud reproductiva de adolescentes y jóvenes.

3.2.1.- El derecho a la salud y a la salud sexual y reproductiva de las personas adolescentes y jóvenes, desde el enfoque de los Derechos Humanos.

De la REUNIÓN DE EXPERTOS SOBRE POBLACIÓN, DESIGUALDADES Y DERECHOS HUMANOS CELADE, de la División de Población de la CEPAL, de las Naciones Unidas Oficina Regional para América Latina y el Caribe del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, Fondo de Población de las Naciones Unidas reunidos el 26 y 27 de octubre de 2006, en la Sala Celso Furtado de CEPAL en Santiago de Chile, Alejandro Morlachetti escribió el libro *“Políticas de Salud Sexual y Reproductiva Para Adolescentes y Jóvenes: Un Enfoque desde los Derechos Humanos”*. En el texto el autor, dice que en la actualidad ya no caben dudas acerca de la relevancia de abordar específicamente la temática de la adolescencia y especialmente de la juventud, por la trascendencia que para el desarrollo tiene este grupo poblacional y el peso que tiene sobre el total de la población de América Latina y el Caribe. Si bien el desafío del envejecimiento afectará a la región con fuerza, especialmente hacia mediados de este siglo, el desafío del tema de la juventud³⁹ es actual, por lo que debe ser atendido en forma central por las políticas públicas sobre todo en estas

³⁸ GPI/UNFPA. Compromisos legislativos respecto a la salud y los derechos sexuales y reproductivos de El Cairo y Beijing. UNFPA; 1999.

³⁹ La gente joven representa un segmento de la población cada vez más importante. En América Latina y el Caribe, las personas jóvenes entre 10 y 24 años de edad representan el 30% de la población, y los adolescentes entre 10 y 19 años conforman el 20% de la población. Esta distribución se divide de forma igualitaria entre hombres y mujeres (CEPAL, 2000). El número de personas jóvenes en la Región es de 155 millones (según datos del 2000) y se espera que se alcancen los 163 millones para el año 2025 (Population Reference Bureau, 2000).

dos décadas claves.⁴⁰ La actual situación de pobreza e inequidad que enfrentan la mayoría de los países de la región pone en grave peligro el desarrollo de ese capital humano. La mayoría de las personas pobres tienen menos de 30 años de edad y afrontan graves dificultades en el acceso a los servicios básicos, sobre todo en salud y educación.

El objetivo de su trabajo fue el de analizar la cuestión de las políticas de salud sexual y reproductiva desde un enfoque de derechos respecto de los y las adolescentes y jóvenes, teniendo en cuenta sus derechos humanos y en especial los derechos reproductivos, a la luz de los compromisos contraídos por los países al ratificar los tratados internacionales de derechos humanos, como la Declaración Universal de Derechos Humanos, La Convención para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, la Convención de los Derechos del Niño y también en base a las conclusiones de las conferencias mundiales, en particular la CIPD y la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer y sus respectivos exámenes quinquenales y teniendo en vista principios fundamentales, como la no discriminación, la igualdad y la privacidad, así como la integridad, la autonomía, la dignidad y el bienestar del individuo.

⁴⁰ Rodríguez, Ernesto. Políticas Públicas de Juventud En América Latina: Del Año Internacional De La Juventud (1985) A Los Objetivos De Desarrollo Del Milenio (2015) X Congreso Latinoamericano de Ciencias Políticas, Costa Rica, 16 al 20 de Agosto de 2004. La primera gran oportunidad a analizar, está dada por el denominado “bono” o “dividendo” demográfico, cuyas implicancias conviene analizar, recordando que más allá de los términos, lo que se pretende destacar es que las tendencias demográficas pasadas, presentes y futuras, están brindando una gran oportunidad al desarrollo, por cuanto ya no están naciendo los contingentes abrumadores de niños que protagonizaron la demografía en los últimos cincuenta años, y todavía no se cuenta con contingentes demasiado significativos de población anciana (que serán muy importantes a mediados de este siglo), especialmente en los países en desarrollo que todavía no completaron su transición demográfica o están en pleno proceso al respecto, la mayor parte en América Latina (ver UNFPA 2003 y BID 2000)..

La consideración de adolescentes y jóvenes como sujetos de derechos reproductivos, ha sido afianzada en la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo realizada en El Cairo en 1994, lo cual fue reafirmado en las Conferencias Internacionales de Copenhague (Cumbre Mundial del Desarrollo Social) y en la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer, celebrada en Beijing en 1995 y también considerado en la Cumbre del Milenio del año 2005, al sostener que la salud sexual y reproductiva es clave en la reducción de la pobreza y el logro del desarrollo humano.

a.- La Salud.

La salud no es solamente la ausencia de enfermedad. Este es el concepto restringido, negativo, de salud. La afirmación que *“El disfrute del más alto nivel posible de salud es uno de los derechos fundamentales de cualquier ser humano sin distinción de raza, religión, creencia política, ideológica, y condición social o económica.”* se consagró por primera vez en la Constitución de la OMS (1946) y más adelante se reiteró en la Declaración de Alma-Ata de 1978⁴¹ y en la Declaración Mundial de la Salud adoptada por la Asamblea Mundial de la Salud en 1998. Ese derecho ha sido reafirmado en los instrumentos internacionales y regionales de derechos humanos.

Ya en el preámbulo de la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) se afirma que “el beneficio de gozar de elevados niveles de salud es uno de los derechos fundamentales de cada ser humano, sin distinción de raza, religión, credo político, condición social o económica. La noción y el alcance del reconocimiento del

⁴¹ Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, que fue celebrada en Alma - Ata (ex U.R.S.S.) en el año 1978 en donde se reiteró que el concepto de salud como completo estado de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades, es un derecho humano fundamental y que el logro del grado mas alto de salud posibles un objetivo social muy importante que requiere la intervención de múltiples sectores sociales y económicos.

derecho a la salud en el sistema internacional han ido evolucionando, como se puede apreciar de las definiciones consensuadas en las Declaraciones y Tratados adoptados desde el año 1948. Ha sido reconocido en el párr. 1 del artículo 25 de la Declaración Universal de Derechos Humanos⁴²; en el artículo 11 de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre de 1948; en el Pacto Internacional sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales⁴³ adoptado en 1966 en donde se establece por primera vez en un tratado con carácter vinculante el derecho a la salud, en la Convención sobre Eliminación de Toda Forma de Discriminación de La Mujer de 1979⁴⁴; y en la Convención sobre los Derechos del Niño en el artículo 24.⁴⁵

Además, el derecho a la salud se reconoce, entre otros instrumentos, en la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Racial, y en el Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de 1988 (que entró en vigencia en 1999). Asimismo, ha sido proclamado en numerosas declaraciones y

⁴² Declaración Universal de Derechos Humanos, aprobada el 10 de diciembre de 1948, Doc. NU A/810(1948). "toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios".

⁴³ Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, aprobado el 16 de diciembre de 1966, 999 U.N.T.S. 171. Párr. 1 de su artículo 12, que "los Estados Partes reconocen «el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental», mientras que en el Párr. 2 de ese mismo artículo se enumeran, a título de ejemplo, diversas medidas que «deberán adoptar los Estados Partes [...] a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho.»

⁴⁴ Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer Doc. NU A/34/46, fue aprobada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en resolución 34/180 del 18 de diciembre de 1979, entrando en vigor el 3 de septiembre de 1981. Artículo 12, establece que los "Los Estados Partes adoptarán todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica a fin de asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, el acceso a servicios de atención médica, inclusive los que se refieren a la planificación de la familia".

⁴⁵ Convención de los Derechos del Niño A.G. res. 44/25, anexo, 44 U.N. GAOR Supp. (No. 49) p. 167, ONU Doc. A/44/49 (1989). "Los Estados Partes reconocen el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud y a servicios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud. Los Estados Partes se esforzarán por asegurar que ningún niño sea privado de su derecho al disfrute de esos servicios sanitarios".

recomendaciones de la Comisión de Derechos Humanos, Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales⁴⁶ y en la Declaraciones y Programas de Acción de las Conferencias Mundiales.

El derecho a la salud incluye el derecho al acceso a los servicios de salud pública universal sin discriminación para el hombre y la mujer, como el respeto a la autonomía y libertad de las personas, que incluye el control sobre su cuerpo y salud. También abarca el acceso a información relacionada con la salud, incluso sobre salud sexual y reproductiva. Incluye libertades también, por ejemplo, la libertad de todo tipo de discriminación y de la esterilización forzada, y el acceso a un sistema de protección de la salud. Como otros derechos humanos, se aplica y es especialmente relevante para las personas desfavorecidas, vulnerables y que viven en la pobreza, y requiere un sistema de salud eficaz e inclusivo de buena calidad.⁴⁷

La Salud Sexual y Reproductiva de los y las Adolescentes y Jóvenes en el Marco de Derechos Humanos.- Si bien el derecho a la salud fue reconocido por primera vez por la Declaración Universal de Derechos Humanos, y es imposible separar la salud sexual y reproductiva de la salud general, ni la Declaración, ni los dos principales Pactos de derechos humanos, reconocieron explícitamente los derechos reproductivos como un derecho humano.

Fue en realidad, la Conferencia sobre Derechos Humanos de Teherán de 1968, la que reconoció por primera vez como un derecho humano básico el derecho de las

⁴⁶ 2 Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. The Right to the Highest Attainable standard of Health: 11/08/2000. E/C. 12/2000/4 (General Comments)

⁴⁷ Asamblea General de Naciones Unidas - A/59/422 El Derecho De Toda Persona Al Disfrute Del Más Alto Nivel Posible De Salud Física Y Mental. Paul Hunt, Relator Especial de la Comisión de Derechos Humanos sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental Distr. General 8 de octubre de 2004. Párrafo 16, Pág. 6.

parejas a decidir el número de hijos y su espaciamiento.⁴⁸ La primera gran reunión intergubernamental sobre Población, la Conferencia Mundial sobre Población, se realizó en Bucarest en 1974 cuyo Plan de Acción Mundial de Población reconoce la obligación del Estado en asegurar el derecho, incluyendo la información y acceso a métodos de control de la natalidad. Especialmente que toda pareja y todo individuo tienen el derecho fundamental de decidir libremente y con toda responsabilidad el número de hijos y cuándo nacen.⁴⁹

En 1975 en el marco de la Conferencia Mundial del Año Internacional de la Mujer, celebrada en México⁵⁰ se reconoce en la Declaración el derecho a la integridad física y a decidir sobre el propio cuerpo, y los derechos reproductivos, incluyendo la maternidad voluntaria. En las Conferencias Mundiales de Población de 1984, (México) y en las Estrategias de Nairobi aprobadas por la Asamblea de Naciones Unidas en diciembre de 1985 se habla del derecho humano básico de todas las parejas y las personas a decidir libre e informadamente el número y espaciamiento de sus hijos.^{51, 52} En el Programa de Acción de la Conferencia Mundial de

⁴⁸ Conferencia Internacional sobre Derechos Humanos, Conferencia Internacional de Derechos Humanos, Teherán, Irán, 12 de mayo de 1968, NU Doc. A/CONF.32/41, en "16. La comunidad internacional debe seguir velando por la familia y el niño. Los padres tienen el derecho humano fundamental de determinar libremente el número de sus hijos y los intervalos entre los nacimientos".

⁴⁹ De todas maneras, se partía de la necesidad de limitar el crecimiento poblacional como forma de combate de la pobreza, más que del reconocimiento del derecho de la mujer al control de su propio cuerpo y fecundidad.

⁵⁰ En esta primera conferencia los Estados adoptaron un "Plan de Acción", cuyo resultado fue la proclamación por la Asamblea General de la ONU del "Decenio de las Naciones Unidas para la Mujer" (1975-1985).

⁵¹ En las Estrategias de Nairobi (1985) adoptadas en el marco de la III Conferencia Mundial sobre la Mujer, cuyo objetivo fue examinar y evaluar los avances logrados y los obstáculos enfrentados durante el "Decenio de las Naciones Unidas para la Mujer" se reconoce que "la capacidad de la mujer de controlar su propia fertilidad constituye una base importante para el goce de otros derechos."

⁵² En el Programa de Acción de Río de la Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Medio Ambiente y el Desarrollo, NU Doc. DPI/1344, Río de Janeiro, Brasil, se establece la necesidad de que: "se aplicaran, con carácter de urgencia y según las condiciones y sistemas jurídicos de cada país, medidas para lograr que las mujeres y los hombres tuvieran el mismo derecho de decidir de manera libre y responsable el número y el espaciamiento de hijos y tuvieran acceso a la

Derechos Humanos (Viena, 1993)²⁹, se reconoce “...la importancia del disfrute por la mujer del más alto nivel de salud física y mental durante toda su vida...la igualdad de condición y los derechos humanos de la mujer” y en el punto 41, “el derecho de la mujer a tener acceso a una atención de salud adecuada y a la más amplia gama de servicios de planificación familiar...”.

En las Conferencias Mundiales de Población de 1984, (México) y en las Estrategias de Nairobi aprobadas por la Asamblea de Naciones Unidas en diciembre de 1985 se habla del derecho humano básico de todas las parejas y las personas a decidir libre e informadamente el número y espaciamiento de sus hijos.^{53, 54} En el Programa de Acción de la Conferencia Mundial de Derechos Humanos (Viena, 1993)²⁹, se reconoce “...la importancia del disfrute por la mujer del más alto nivel de salud física y mental durante toda su vida...la igualdad de condición y los derechos humanos de la mujer” y en el punto 41, “el derecho de la

información, a la educación y a los medios, según procediera, que les permitiera ejercer ese derecho en consonancia con su libertad, su dignidad y sus valores personales, teniendo en cuenta las consideraciones éticas y culturales. Asimismo en la Declaración de la Cumbre Mundial sobre Desarrollo Social (Copenhague, marzo 1995), se ratificó expresamente el compromiso relativo a la igualdad entre mujeres y varones, el de tomar medidas que aseguren el acceso universal al más amplio espectro de servicios de salud, incluyendo aquellos relativos a la salud reproductiva (compromiso 5, d).

⁵³ En las Estrategias de Nairobi (1985) adoptadas en el marco de la III Conferencia Mundial sobre la Mujer, cuyo objetivo fue examinar y evaluar los avances logrados y los obstáculos enfrentados durante el “Decenio de las Naciones Unidas para la Mujer ” se reconoce que “la capacidad de la mujer de controlar su propia fertilidad constituye una base importante para el goce de otros derechos.”

⁵⁴ En el Programa de Acción de Río de la Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Medio Ambiente y el Desarrollo, NU Doc. DPI/1344, Río de Janeiro, Brasil, se establece la necesidad de que: “se aplicaran, con carácter de urgencia y según las condiciones y sistemas jurídicos de cada país, medidas para lograr que las mujeres y los hombres tuvieran el mismo derecho de decidir de manera libre y responsable el número y el espaciamiento de hijos y tuvieran acceso a la información, a la educación y a los medios, según procediera, que les permitiera ejercer ese derecho en consonancia con su libertad, su dignidad y sus valores personales, teniendo en cuenta las consideraciones éticas y culturales. Asimismo en la Declaración de la Cumbre Mundial sobre Desarrollo Social (Copenhague, marzo 1995), se ratificó expresamente el compromiso relativo a la igualdad entre mujeres y varones, el de tomar medidas que aseguren el acceso universal al más amplio espectro de servicios de salud, incluyendo aquellos relativos a la salud reproductiva (compromiso 5, d).

mujer a tener acceso a una atención de salud adecuada y a la más amplia gama de servicios de planificación familiar...".

Con la Conferencia de Población y Desarrollo realizada en el Cairo en 1994 (CIPD), se da una sólida sustentación a la necesidad de situar la salud reproductiva como un componente central de la salud en general y de la vida de las personas en todo su ciclo vital. La Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (CIPD), permitió debatir el tema de la salud sexual y reproductiva como un derecho humano y estableció un nuevo paradigma en lo que respecta al debate de población y desarrollo superando de los programas de planificación limitados estrictamente a la familia, y situando a la mujer en el centro de un planteamiento integral de la reproducción, y reconociendo que los derechos humanos tienen un papel esencial que desempeñar en relación con la salud sexual y reproductiva.

La Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (CIPD), permitió debatir el tema de la salud sexual y reproductiva como un derecho humano y estableció un nuevo paradigma en lo que respecta al debate de población y desarrollo superando de los programas de planificación limitados estrictamente a la familia, y situando a la mujer en el centro de un planteamiento integral de la reproducción, y reconociendo que los derechos humanos tienen un papel esencial que desempeñar en relación con la salud sexual y reproductiva.

Este nuevo planteamiento se confirmó al año siguiente, en la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, celebrada en Beijing. En la Conferencia se adoptó un Programa de Acción para los veinte años siguientes⁵⁵, donde se tomaron las

⁵⁵ Del 5 al 13 de septiembre de 1994, con representantes de más de 180 países se congregaron en El Cairo para la celebración de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, siendo muy importante el número sin precedentes de países y organizaciones participantes. Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, El Cairo, 5 a 13 de septiembre de 1994, UN Doc. A/CONF.17/1/13/Rev.1. El Programa de Acción ha sido examinado

recomendaciones que habían formulado los diferentes organismos de Naciones Unidas, y de esta forma se introdujo los contenidos del manejo del rol procreativo, el acceso a información confiable, y a los servicios de salud reproductiva de calidad, que incluyan la planificación familiar.⁵⁶ La CIPD fijó como objetivo asegurar el acceso voluntario y universal a una gama completa de servicios de salud reproductiva e información al respecto, antes de 2015.⁵⁷ De este modo, se amplía el alcance de los derechos reproductivos, rompiendo la visión tradicional y restringida al abandonar el enfoque centrado en la fecundidad para sustituirlo por un enfoque que integra la salud reproductiva, la planificación familiar, la educación, la igualdad y la equidad de género.⁵⁸

por la Asamblea General. Reunida en una sesión extraordinaria en junio de 1999, evaluó los progresos ya realizados, examinó las dificultades subsistentes, y presentó recomendaciones y fines prácticos para alcanzar los objetivos de la Conferencia en los próximos veinte años. Esta evaluación es el resultado de un largo proceso, llamado CIPD + 5, del que participaron activamente ONGs, gobiernos y organizaciones internacionales.

⁵⁶ Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) – División de Población de la CEPAL, con la colaboración del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) Población y desarrollo Santiago de Chile, junio de 2004. Conmemoración del décimo aniversario de la celebración de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo: acciones emprendidas para la implementación del programa de acción en América Latina y el Caribe. Después de la Conferencia de El Cairo muchos países revisaron sus marcos legales y adoptaron leyes encaminadas a asegurar el ejercicio de los derechos reproductivos y el acceso sin discriminación a los servicios de salud sexual y reproductiva. En las nuevas constituciones de Ecuador, Perú y Venezuela se consagra explícitamente el derecho a la toma de decisiones libre y responsable, sin discriminación, violencia ni coerción; sobre la vida sexual y el número de hijos que se desee procrear, adoptar, mantener y educar.

⁵⁷ UNFPA. El Estado de la Población Mundial 2004 El Consenso de El Cairo, Diez Años Después: Población, Salud Reproductiva Y Acciones Mundiales Para Eliminar La Pobreza. Pág. 37.

⁵⁸ Capítulo VII "Derechos reproductivos y salud reproductiva". - "La salud reproductiva es un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia. Esta última condición lleva implícito el derecho del hombre y la mujer a obtener información y de planificación de la familia de su elección, así como a otros métodos para la regulación de la fecundidad que no estén legalmente prohibidos, y acceso a métodos seguros, eficaces, asequibles y aceptables, el derecho a recibir servicios adecuados de atención de la salud que permitan los embarazos y los partos sin riesgos y den a las parejas las máximas posibilidades de tener hijos sanos. En consonancia con esta definición de salud reproductiva, la atención de la salud reproductiva se define como el conjunto de métodos, técnicas y servicios que contribuyen a la salud y al bienestar reproductivos al evitar y resolver los problemas relacionados con la salud reproductiva. Incluye también la salud sexual, cuyo objetivo es el desarrollo de la vida y de las

También se afirma que los derechos reproductivos abarcan derechos humanos que ya estaban contemplados en los tratados internacionales y que esos derechos se basan en el reconocimiento del derecho básico de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y el intervalo entre éstos y a disponer de la información y de los medios para ello y el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva. (Párr.7.3.)

Así mismo se asegura que se deben facilitar a los adolescentes la información y los servicios que les ayudarán a comprender su sexualidad y a protegerse contra los embarazos no deseados, las enfermedades de transmisión sexual y el riesgo subsiguiente de infecundidad. (Párrafo 7.4; 7.5.)⁵⁹ Asimismo, se ha afirmado que en la mayoría de los países, los adolescentes son particularmente vulnerables a causa de su falta de información y de acceso a los servicios pertinentes. (Párr.7.3). *“Los países, con la asistencia de la comunidad internacional, deberían proteger y promover los derechos de los adolescentes a la educación, la información y la asistencia en materia de la salud reproductiva, y reducir*

relaciones personales y no meramente el asesoramiento y la atención en materia de reproducción y de enfermedades de transmisión sexual" (Párr.7.2) - "La aplicación del presente Programa de Acción debe orientarse por esta definición amplia de salud reproductiva, que incluye la salud sexual." (Párr.7.4).

⁵⁹ “Se exhorta a los gobiernos a que, en colaboración con las organizaciones no gubernamentales, atiendan las necesidades especiales de los adolescentes y establezcan programas apropiados para responder a ellas. Esos programas deben incluir mecanismos de apoyo para la enseñanza y orientación de los adolescentes en las esferas de las relaciones y la igualdad entre los sexos, la violencia contra los adolescentes, la conducta sexual responsable, la planificación responsable de la familia, la vida familiar, la salud reproductiva, las enfermedades de transmisión sexual, la infección por el VIH y la prevención del SIDA. Deberían establecerse programas para la prevención y el tratamiento de los casos de abuso sexual y de incesto, así como otros servicios de salud reproductiva. Esos programas deberían facilitar información a los adolescentes y hacer un esfuerzo consciente para consolidar valores sociales y culturales positivos. Los adolescentes sexualmente activos requerirán información, orientación y servicios especiales en materia de planificación de la familia, y las adolescentes que queden embarazadas necesitarán apoyo especial de sus familias y de la comunidad durante el embarazo y para el cuidado de sus hijos. Los adolescentes deben participar plenamente en la planificación, la prestación y la evaluación de la información y los servicios, teniendo debidamente en cuenta la orientación y las responsabilidades de los padres.” (Párrafo 7.47)

considerablemente el número de embarazos entre las adolescentes.” (Párrafo 7.46) “Los programas deberían llegar y capacitar a todas las personas que estén en condiciones de dar orientación a los adolescentes en relación con un comportamiento sexual y reproductivo responsable, en particular los padres y las familias, así como las comunidades, las instituciones religiosas, las escuelas, los medios de información y los grupos de la misma edad e intereses. Los gobiernos y las organizaciones no gubernamentales deberían promover programas encaminados a instruir a los padres a fin de mejorar la interacción de estos con sus hijos y permitirles cumplir mejor sus deberes educativos en apoyo del proceso de maduración de sus hijos, sobre todo en las esferas de la conducta sexual y la salud reproductiva.” (Párrafo 7.48)

En el Programa de Acción de El Cairo se sugiere prestar particular atención "a las necesidades de los adolescentes en materia de enseñanza y de servicios con objeto de que puedan asumir su sexualidad de modo positivo y responsable", con lo que se reconoce el derecho de este grupo etario a servicios de salud reproductiva (párrafo 7.3).⁶⁰ También se afirma la importancia de establecer programas de educación de la salud con base en la escuela o la comunidad para niños, adolescentes y adultos, con especial atención en las niñas y las mujeres (Compromiso 6.1), y se establece que se debe satisfacer las necesidades especiales de los adolescentes y los jóvenes, especialmente las jóvenes, en materia de apoyo de la sociedad, la familia y la comunidad, oportunidades económicas, participación en el proceso político y acceso a la educación, la salud, la orientación y servicios de salud reproductiva de alta calidad, teniendo presente la propia capacidad creativa de los adolescentes y jóvenes.⁶¹ En La Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing 1995), se reiteran los conceptos generales vertidos

⁶⁰ Conmemoración del décimo aniversario de la celebración de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo: acciones emprendidas para la implementación del programa de acción en América Latina y el Caribe.

⁶¹ Conferencia Mundial sobre Desarrollo y Población, El Cairo 1994. (párrafo 6.7).

en Cumbres anteriores sobre la necesidad del pleno respeto de todos y cada uno de los derechos humanos de las mujeres y que los derechos reproductivos son derechos humanos (Párr.216).

La Plataforma de la IV Conferencia Mundial de la Mujer en China, en 1995, afirmó el concepto de derechos reproductivos como derechos humanos, pero además añadió el reconocimiento explícito del derecho de las mujeres a decidir y controlar su sexualidad, además de considerar la necesidad de revisión por parte de los países de las leyes que criminalizan el aborto.^{62 63}

En la Conferencia de Beijing se afirmó que en *“el acceso a los servicios de nutrición y atención a la salud, la discriminación contra las niñas pone en peligro su salud y bienestar, tanto presente como futuro. Las adolescentes carecen de adecuado acceso a servicios de salud y nutrición y sufren una insuficiente o inexistente información y asesoramiento en lo que respecta a la salud sexual y reproductiva, ignorando el derecho de las adolescentes a la intimidad, la confidencialidad, el respeto y el consentimiento fundamentado”* (párrafo 93). Estas perspectivas fueron reafirmadas en las respectivas sesiones quinquenales de

⁶² La Plataforma de Acción de Beijing y el Programa de Acción de la CIPD, establecieron que: • No debe promoverse el aborto como un método de planificación familiar. • Debería reducirse la incidencia del aborto mediante el acceso a la planificación familiar. • Donde es legal, el aborto debería ser seguro. • Donde es ilegal, deberían tratarse las consecuencias de los abortos ilegales/inseguros. • Es preciso y urgente considerar la posibilidad de revisar las leyes que prevén medidas punitivas contra las mujeres que han tenido abortos ilegales.

⁶³ De junio 5 al 9 de 2000, alrededor de 2.000 delegados gubernamentales y 2.000 representantes de organizaciones no-gubernamentales (ONG) de más de 180 países se reunieron en Nueva York para una sesión especial de la Asamblea General de las Naciones Unidas para revisar la implementación de la Declaración y Plataforma de Acción de Beijing de 1995 (Plataforma de Beijing). La Sesión Especial, titulada "Mujer 2000: Igualdad de Género, Desarrollo y Paz para el Siglo XXI" (también conocida como Beijing+5, en donde se reafirmaron las metas y objetivos de las otras conferencias y de Cairo+5. El Documento de Revisión instruye a los Estados a "[e]xaminar y revisar las políticas, los programas y las leyes nacionales a fin de aplicar" el documento acordado en Cairo+5, "[c]onsiderar la posibilidad de firmar y ratificar el Protocolo Facultativo de la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer". .

seguimiento tanto de Beijing y Cairo.⁶⁴ En el período extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas celebrado en 1999, CIPD+5, se reconoció el derecho de los adolescentes al disfrute de los más altos niveles posibles de salud y a la provisión de servicios adecuados, específicos, acogedores para los jóvenes y de fácil acceso, para atender eficazmente sus necesidades de salud reproductiva y sexual, inclusive educación, información y asesoramiento sobre salud reproductiva y estrategias de fomento de la salud (párrafo 73).⁶⁵

El Comité de los Derechos del Niño en la Observación General N 4^o establece que para promover la salud y el desarrollo de los adolescentes, los Estados Partes deben respetar en forma estricta el derecho a la privacidad y la confidencialidad, incluyendo la consulta y consejos en temas de salud. Los profesionales de la salud tienen la obligación de observar la confidencialidad de la información médica en lo que concierne a los adolescentes. Esa información solo puede ser revelada con el consentimiento del adolescente o en las mismas situaciones que se permite la excepción a la confidencialidad para los adultos. Los y las adolescentes que puedan considerarse con suficiente madurez podrán requerir tratamiento, además de servicios confidenciales.⁶⁶

A su vez señalo que señaló que en virtud del artículo 3, 17 y 24 de la Convención de los Derechos del Niño, los Estados deben proveer a los adolescentes información sobre salud sexual y reproductiva, incluyendo planificación familiar y anticonceptivos, los peligros de la maternidad temprana, la prevención del HIV y la

⁶⁴ Commission on Human Rights Distr.GENERAL E/CN.4/2004/49 16 February 2004. Original: English - Economic, Social And Cultural Rights. The Right Of Everyone To The Enjoyment Of The Highest Attainable Standard Of Physical And Mental.- Health Report of the Special Rapporteur, Paul Hunt.

⁶⁵ UNFPA. Fondo de Población de las Naciones Unidas, “Estado de la Población Mundial 2003”: Inversiones En Su Salud Y Sus Derechos” 2003.

⁶⁶ Comité de los Derechos del Niño, Observación General N 4 (2003) Adolescent Health and development in the context of the Convention on the Rights of the Child. Par 11. 19 de mayo – 6 de Junio 2003 - CRC/GC/2003/4.

prevención de las enfermedades transmisibles por vía sexual.⁶⁷ En la Sesión Especial celebrada en Nueva York en mayo de 2002, bajo el título “Un mundo apropiado para los niños”, se estableció que para tener una vida sana se debe proveer “acceso a sistemas de atención primaria de la salud efectivos, equitativos y estables; garantizando el acceso a los servicios de información y consulta;...y promoviendo hábitos de vida sanos entre los niños y los adolescentes.”⁶⁸ “[P]ara 2003, establecer y/o fortalecer estrategias...para la ampliación de servicios de buena calidad para los jóvenes en materia de información, educación sobre salud sexual y apoyo psicológico; el fortalecimiento de los programas de salud sexual y reproductiva; y la incorporación en la medida de lo posible de las familias y los jóvenes en la planificación, la ejecución y la evaluación de los programas de atención y prevención del VIH/SIDA.”⁶⁹

En marzo del 2004, en la reunión de la CEPAL en Santiago de Chile se reafirma el compromiso de los países de la región con los principios, objetivos y acciones contenidos en el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y Desarrollo de Cairo +5⁷⁰ Paul Hunt, Relator Especial de la Comisión

⁶⁷ *Ibidem.*

⁶⁸ Resolución aprobada por la Asamblea General - S-27/2. Un mundo apropiado para los niños - Distr. General 11 de octubre de 2002 - 6ª sesión plenaria 10 de mayo de 2000.

⁶⁹ Resolución aprobada por la Asamblea General - S-27/2. Un mundo apropiado para los niños - Distr. General 4. Lucha contra el VIH/SIDA 47. Para lograr esas metas, aplicaremos las estrategias y medidas siguientes:4. Para 2005, poner en práctica medidas para que las mujeres y las adolescentes estén en mejores condiciones de protegerse del riesgo de infección por el VIH, principalmente mediante la prestación de servicios de atención de la salud y de salud, incluidos servicios de salud sexual y reproductiva, y mediante una educación preventiva que promueva la igualdad de género en un marco en que se tengan en cuenta los aspectos culturales y de género

⁷⁰ CEPAL Reunión de la Mesa Directiva Ampliada del Comité Especial sobre Población y Desarrollo del período de sesiones de la CEPAL Santiago de Chile, 10 y 11 de marzo de 2004, ratificado en la reunión de mayo en Puerto Rico. Adolescentes y jóvenes: reiterar la importancia estratégica del fomento de la educación pública de calidad como instrumento de movilidad social ascendente para favorecer un empleo productivo y reforzar su contribución a la reducción de la pobreza y reconocer, promover y proteger el derecho de adolescentes y jóvenes al acceso a información, educación y servicios de salud sexual y reproductiva amigables, salvaguardando el derecho de adolescentes y jóvenes a la privacidad, confidencialidad y consentimiento informado e involucrarlos en el diseño, ejecución y evaluación de estos programas

de Derechos Humanos, señalo que hay tres pautas inspiradas en los consensos de El Cairo y de Beijing:

a.-) En relación con la salud sexual y la salud reproductiva hay varios derechos humanos interrelacionados y complementarios, como los que se plasman en los párrafos 7.2 y 7.3 del Programa de Acción de la CIPD, a saber, "el derecho del hombre y la mujer a obtener información... y acceso a métodos seguros, eficaces, asequibles y aceptables... de planificación de la familia de su elección";

b) De estos derechos, el de mayor alcance es el derecho "a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva", que también se refleja en el principio 8;

c) Aunque existe evidentemente una estrecha relación entre la salud sexual y la salud reproductiva, la CIPD y la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer reconocieron que la salud sexual y la salud reproductiva son dimensiones propias y diferentes del bienestar humano.⁷¹

b.- Los Objetivos de Desarrollo del Milenio y la Salud Sexual y Reproductiva.

Es fundamental considerar a los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), dentro del marco de los derechos humanos, esto es, deben ser entendidos como obligaciones de los Estados respecto de sus ciudadanos. En especial, en lo que respecta al pleno cumplimiento de los derechos económicos, sociales y culturales. Si bien el objetivo de El Cairo de lograr acceso universal a servicios de calidad de salud reproductiva antes de 2015 no forma parte de los Objetivos de Desarrollo del

⁷¹ Commission on Human Rights Distr.GENERAL E/CN.4/2004/49 16 February 2004. Original: English - Economic, Social And Cultural Rights. The Right Of Everyone To The Enjoyment Of The Highest Attainable Standard Of Physical And Mental.- Health Report of the Special Rapporteur, Paul Hunt. Pag.10.

Milenio, se reconoce que la urgente atención de esas necesidades contribuye al exitoso cumplimiento de la mayoría de los ODM.⁷²

Para poder conquistar esas metas, es preciso que se cumplan varias condiciones, atento que todos los Objetivos de Desarrollo del Milenio están relacionados entre sí. Es claro que la posibilidad de alcanzar esos objetivos a depender entre otras cosas del cumplimiento de los objetivos de salud reproductiva y sexual de ICPD e ICPD + 5.⁷³ Así el foco sobre las necesidades de las mujeres respecto de los derechos sexuales y reproductivos es clave para alcanzar el objetivo relacionado con mejorar la salud maternal y combatir el VIH.⁷⁴ En mayo de 2004, la 57ª Asamblea Mundial de la Salud aprobó la estrategia de la Organización Mundial de la Salud sobre salud reproductiva, con el objetivo de acelerar el progreso hacia la conquista de los ODM y los objetivos de salud reproductiva planteados en la CIPD y en el examen al cabo de cinco años de su Programa de Acción.⁷⁵

⁷² UNFPA. El Estado de la Población Mundial 2004. El Consenso De El Cairo, Diez Años Después: Población, Salud Reproductiva Y Acciones Mundiales Para Eliminar La Pobreza. Fondo De Población De Las Naciones Unidas, Pág. 12

⁷³ En el programa de Acción de Cairo se insta a los países a velar porque todas las personas, de acuerdo a su edad, tengan a su alcance servicios de salud reproductiva a través de los sistemas de atención primaria, incluyendo servicios de maternidad segura, salud sexual, planificación familiar y VIH/SIDA, lo antes posible y no más tarde del año 2015.

⁷⁴ UNFPA. El Estado de la Población Mundial 2004. El Consenso de El Cairo, Diez Años Después: Población, Salud Reproductiva Y Acciones Mundiales Para Eliminar La Pobreza. Fondo De Población De Las Naciones Unidas. Pág. 73. Los Adolescentes y Los Objetivos De Desarrollo Del Milenio. Posibilitar que los jóvenes aplacen el embarazo no sólo es un imperativo en materia de salud y derechos humanos, sino que es también la clave para amenguar el continuo impulso de crecimiento de la población y posibilitar que los países en desarrollo recojan los beneficios económicos que pueden aportar las más bajas tasas de fecundidad; por consiguiente, esas iniciativas deben tener prioridad en el empeño mundial por erradicar la pobreza y conquistar los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Otras medidas esenciales para alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio en relación con la igualdad de género, la mortalidad en la infancia, la salud de las madres y el VIH/SIDA, es efectuar inversiones en la salud y la educación de los jóvenes y el desarrollo de sus aptitudes y posibilitar que las niñas sigan asistiendo a la escuela y aplacen el momento de contraer matrimonio.

⁷⁵ UNFPA. El Estado de la Población Mundial 2004. El Consenso de El Cairo, diez años después: Población, Salud Reproductiva Y Acciones Mundiales Para Eliminar La Pobreza. Fondo de Población de las Naciones Unidas, Pág. 38. La Asamblea reconoció el Programa de Acción de la CIPD y exhortó a los países a: Incorporar la salud reproductiva y sexual como parte integrante de la planificación y la presupuestación; Fortalecer la capacidad de los sistemas de salud para

En la Cumbre Mundial de septiembre de 2005, 170 Jefes de Estado y de Gobierno se comprometieron a: "mejorar los sistemas de salud de los países en desarrollo y de los países de economía en transición a fin de que haya suficiente personal sanitario, así como la infraestructura, los sistemas de gestión y los suministros de salud necesarios para que se puedan alcanzar los objetivos de desarrollo del Milenio relativos a la salud a más tardar en 2015."⁷⁶ Allí se reafirmó la importancia de tomar en cuenta el impacto de incrementar el acceso a servicios de salud reproductiva en las estrategias de reducción de pobreza e inequidad en un país. Lograr el acceso universal a la salud reproductiva para 2015, según lo estipulado en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, integrar ese objetivo en las estrategias encaminadas a alcanzar los objetivos de desarrollo convenidos internacionalmente, incluidos los que figuran en la Declaración del Milenio, y orientados a reducir la mortalidad materna, mejorar la salud materna, reducir la mortalidad infantil, promover la igualdad entre los géneros, luchar contra el VIH/SIDA y erradicar la pobreza.

proporcionar acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, en particular los de salud de la madre y del recién nacido, con la participación de las comunidades y las ONG; Velar por que la puesta en práctica de las normas beneficie a los pobres y a otros grupos marginados, incluidos los adolescentes y los hombres; Incluir todos los aspectos de la salud sexual y reproductiva en los informes nacionales sobre el progreso hacia los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

⁷⁶ 2005 World Summit Outcome (A/RES/60/1, para. 57 (a), also 68 (i)). Also see the United Nations Millennium Project's *Investing in Development: A Practical Plan to Achieve the Millennium Development Goals*. and the Project's Task Force report *Who's Got the Power? Transforming Health Systems for Women and Children*.

c.- Jurisprudencia de la Corte Constitucional colombiana sobre el Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva.

En este acápite, revisaremos algunas sentencias de la Corte Constitucional sobre la protección al Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva de los colombianos como un Derecho Fundamental. En Colombia no hay una caracterización de los Derechos Humanos, estos se asimilan a los Derechos Fundamentales:

1.- SENTENCIA T-627 DE 2012

En cuanto al reconocimiento de los DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS DE LAS MUJERES, este alto tribunal dijo: *Tanto hombres como mujeres son titulares de estos derechos, sin embargo es innegable la particular importancia que tiene para las mujeres la vigencia de los mismos ya que la determinación de procrear o abstenerse de hacerlo incide directamente sobre su proyecto de vida pues es en sus cuerpos en donde tiene lugar la gestación. Los derechos reproductivos están implícitos en los derechos fundamentales a la vida digna (artículos 1 y 11), a la igualdad (artículos 13 y 43), al libre desarrollo de la personalidad (artículo 16), a la información (artículo 20), a la salud (artículo 49) y a la educación (artículo 67), entre otros.*

En cuanto al Derecho a la autonomía reproductiva y los DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS: *La autodeterminación reproductiva reconoce, respeta y garantiza la facultad de las personas de decidir libremente sobre la posibilidad de procrear o no, cuándo y con qué frecuencia.*

En cuanto a las obligaciones correlativas en cabeza del Estado y particulares que participan del Sistema General de Seguridad Social en Salud **y el DERECHO FUNDAMENTAL A LA IVE COMO DERECHO REPRODUCTIVO** y sobre el

Derecho fundamental de las mujeres a la interrupción voluntaria del embarazo como derecho reproductivo **DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS DE LAS MUJERES, dijo la Corte Constitucional:** *Acceso a los servicios de interrupción voluntaria del embarazo de forma segura, oportuna y con calidad en aquellos casos en que no es punible de conformidad con la sentencia C-355 de 2006.*

En cuanto al reconocimiento constitucional y bloque de constitucionalidad y el **DERECHO A LA INFORMACION EN MATERIA REPRODUCTIVA, dijo la Corte Constitucional:** *Los Estados están obligados a “abstenerse de censurar, administrativa o judicialmente información en materia reproductiva que vaya acorde con la legislación vigente sobre la materia. Ello exige de los Estados que las políticas públicas y programas respecto de salud sexual y reproductiva se basen en evidencia científica que proporcione certeza.*

En cuanto a la Naturaleza **de la ANTICONCEPCION ORAL DE EMERGENCIA,** dijo: *La anticoncepción oral de emergencia (i) no tiene carácter abortivo sino anticonceptivo, (ii) su uso no está restringido a las hipótesis despenalizadas de aborto, (iii) las mujeres que hacen uso de ella fuera de las causales despenalizadas de aborto no incurrir, en ningún caso, en el delito de aborto y (iv) hace parte de los servicios de salud reproductiva que las mujeres colombianas pueden libremente elegir.*

Y sobre el Abuso o extralimitación y el **DERECHO A LA LIBERTAD DE EXPRESION Y LIBERTAD DE OPINION,** dijo la Corte Constitucional: *Se concluye que la posición oficial de la PGN se basa en un supuesto falso, pues no es cierto que en el ordenamiento jurídico colombiano la AOE sea abortiva. Tanto la OMS como el Consejo de Estado, al menos desde 2005 y 2008 respectivamente, han establecido su naturaleza de anticonceptivo. Por tanto, tampoco es cierto que*

su uso esté restringido a las hipótesis despenalizadas en la sentencia C-355 de 2006 y que las mujeres que la usen fuera de esas causales cometen un delito.

2.- SENTENCIA T-310 DE 2010.

La Corte Constitucional dijo sobre la obligación de la EPS de realizar valoración y análisis específico cuando del servicio médico puede depender la salud sexual y reproductiva de la paciente **DERECHO A LA SALUD:** *La protección del derecho a la salud sexual femenina, por razones culturales, puede ser desconocido judicial o médicamente, por subvalorar factores fisiológicos y psicológicos, que puedan afectar a las mujeres en el disfrute de su vida sexual. La existencia de corrientes de pensamiento tradicionales que llegaban incluso a cuestionar el derecho de las mujeres a disfrutar libremente de su sexualidad, demanda de los operarios del sistema de salud, y de los jueces constitucionales, una especial protección en aquellos casos en que ésta pueda estar en riesgo. En otras palabras, bajo el orden constitucional vigente, cuando una mujer solicita un servicio médico del cual puede depender su salud sexual y, eventualmente, su salud reproductiva, la protección constitucional supone una valoración y análisis específico de esta dimensión de la salud, cualquiera sea su orientación sexual.*

Sobre la Vulneración por negar práctica de ninfoplastia sin realizar valoración y análisis sobre la salud reproductiva y sexual de la paciente y el DERECHO A LA SALUD, dijo este alto tribunal: *La Sala decide que una EPS viola el derecho de una mujer al negarle la práctica del servicio de ninfoplastia (un servicio médico del cual puede depender su salud sexual y, eventualmente, su salud reproductiva), cuando ha considerado que no requiere dicho servicio porque no afecta su vida y su salud, pero el concepto médico en que se funda no hizo una valoración y un análisis específico de la salud reproductiva y, en especial, de la salud sexual de la mujer.*

3.- SENTENCIA T-605 DE 2007.

Dijo este alto tribunal sobre los supuestos fácticos de procedencia para obtener tratamiento de fertilidad en una **ACCION DE TUTELA**: *La jurisprudencia de esta Corporación ha contemplado dos supuestos fácticos en los cuales la acción de tutela es el mecanismo idóneo para obtener el suministro de tratamientos de infertilidad por parte de las EPS, por vulneración de derechos fundamentales de la mujer que los requiera. Estos son: (i) Cuando se presente afectación del principio de la continuidad en la prestación del servicio. Esto es, en aquellos casos en que el tratamiento de infertilidad ya hubiese sido iniciado por parte de la EPS, y sea abruptamente interrumpido. Lo anterior, como garantía de los principios de eficacia en la prestación del servicio de salud, y de confianza legítima. (ii) En el evento en que la infertilidad sea producida por otras patologías que configuren la afectación de derechos fundamentales como la salud, la integridad personal o la vida en condiciones dignas. El tratamiento de enfermedades que afecten el aparato reproductor, como ya fue establecido en esta sentencia, hace parte de los servicios en salud sexual y reproductiva que deben ser garantizados a quienes residen en el territorio nacional, en virtud de instrumentos internacionales de protección de los derechos humanos.*

Sobre la Vulneración por cuanto EPS negó la práctica de cirugía **DERECHO A LA SALUD SEXUAL** y sobre la procedencia para ordenar cirugía por problema de infertilidad **ACCION DE TUTELA**, dijo la Corte Constitucional: *Resulta ostensible la violación del derecho a la salud de la demandante, como quiera que la negativa a practicar la cirugía prescrita no sólo impide su posibilidad de procrear, en detrimento de derechos como la libertad de decidir el número de hijos, a conformar una familia, al libre desarrollo de la personalidad, sino que implica no tener acceso al más alto nivel posible de salud, ya que convive con una patología que puede, eventualmente redundar en complicaciones mayores en su aparato reproductor.*

Adicional a lo anterior, se trata de una prestación que se ubica dentro de los mínimos que dentro del concepto de salud sexual y reproductiva deben ser garantizados en procura de lograr la superación de problemas de infertilidad de los pacientes. En efecto, nótese que se trata de una cirugía que no comporta un gasto muy elevado (\$1'500.000), de manera que la carga que la misma significa para el Estado no deviene desproporcionada, mientras que el hecho de no poder acceder al mismo, por falta de recursos económicos, sí representa un sacrificio importante de los derechos fundamentales de la peticionaria. Así pues, de conformidad con los precedentes en la materia, la Sala observa que la tutela es procedente para ordenar la realización de la cirugía prescrita, como quiera que el problema de infertilidad de la ciudadana tiene origen en una patología que padece en las Trompas de Falopio y en uno de sus ovarios.

Sobre el Cumplimiento de los requisitos establecidos para ordenar cirugía y la **INAPLICACION DE NORMAS DEL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD**, dijo este alto tribunal: *Por tratarse de un procedimiento excluido del POS, la Sala debe examinar si en este caso se cumplen los requisitos establecidos por la jurisprudencia constitucional para que la tutela resulte procedente para inaplicar disposiciones del mismo por resultar contrarias a la Constitución. Estos son: i) que la falta del medicamento o tratamiento excluido, vulnere o amenace los derechos constitucionales fundamentales como la salud, la integridad física o la vida del paciente; ii) que el medicamento, tratamiento o procedimiento médico no pueda ser sustituido por uno de los contemplados en el Plan Obligatorio de Salud o que, pudiendo sustituirse, el sustituto no obtenga el mismo nivel de efectividad que el excluido del Plan, siempre y cuando el nivel de efectividad sea el necesario para proteger el mínimo vital del paciente; iii) que el paciente no pueda sufragar el costo del medicamento o tratamiento requerido, y que no pueda acceder a ellos por ningún otro sistema o plan de salud; y iv) que el medicamento o tratamiento haya sido formulado o dispuesto por un médico adscrito a la EPS a la cual se encuentre*

afiliado el paciente. En este caso, la Sala encuentra cumplidos todos los requisitos exigidos.

4.- SENTENCIA C-355 DE 2006

En cuanto a la Protección **del DERECHO A LA VIDA DEL NASCITURUS**, en la sentencia C-355 de 2006 esta Corte determinó que *“el derecho a la vida solo se reconoce desde el nacimiento”*. En esta sentencia la Corte (i) *distinguió claramente entre “la vida como un bien constitucionalmente protegido y el derecho a la vida como un derecho subjetivo de carácter fundamental”* y (ii) *explicó que “el derecho a la vida supone la titularidad para su ejercicio y dicha titularidad, como la de todos los derechos está restringida a la persona humana, mientras que la protección de la vida se predica incluso respecto de quienes no han alcanzado esta condición”*. En este orden de ideas, *no existe en Colombia un derecho a la vida del nasciturus, del no nacido o del niño por nacer, aunque son objeto de protección constitucional en virtud del bien de la vida.*

Sobre la Inclusión del medicamento misoprostol en el POS y **el DERECHO A LA SALUD**, dijo este alto tribunal: *La suspensión indefinida de la decisión de incluir el misoprostol en el POS, como consecuencia directa del inadecuado ejercicio de funciones por parte de las Procuradoras Delegadas demandadas, vulneró el derecho al acceso a los servicios de salud reproductiva de las peticionarias –y de las demás mujeres colombianas. Ni las accionantes ni las demás mujeres en Colombia tienen acceso a ella como parte de los servicios básicos en salud.*

Como vemos la Corte Constitucional de Colombia ha protegido el Derecho a la Vida Sexual y Reproductiva como un Derecho Fundamental en Colombia.

d.- Jurisprudencia de la Corte Interamericana de Derechos Humanos sobre el Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva.

En este acápite, revisaremos algunas sentencias de la Corte Interamericana de Derechos Humanos, sobre la protección al Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva de los ciudadanos de los Estados miembros de las Organización de Estados Americanos, que tiene en la Convención Americana una caracterización de los Derechos Humanos:

CORTE INTERAMERICANA DE DERECHOS HUMANOS CASO ARTAVIA MURILLO Y OTROS (“FECUNDACIÓN IN VITRO”) VS. COSTA RICA. SENTENCIA DE 28 DE NOVIEMBRE DE 2012 (Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas) En el caso Artavia Murillo y otros (“Fecundación in vitro”), la Corte Interamericana de Derechos Humanos (en adelante “la Corte Interamericana”, “la Corte” o “el Tribunal”), integrada por los siguientes jueces¹ : Diego García-Sayán, Presidente; Leonardo A. Franco, Juez; Margarette May Macaulay, Jueza; Rhadys Abreu Blondet, Jueza; Alberto Pérez Pérez, Juez, y Eduardo Vio Grossi, Juez; presentes además, Pablo Saavedra Alessandri, Secretario, y Emilia Segares Rodríguez, Secretaria Adjunta, de conformidad con los artículos 62.3 y 63.1 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos (en adelante “la Convención” o “la Convención Americana”) y con los artículos 31, 32, 42, 65 y 67 del Reglamento de la Corte² (en adelante “el Reglamento”), dicta la presente Sentencia que se estructura en el siguiente orden:

1.- INTRODUCCIÓN DE LA CAUSA Y OBJETO DE LA CONTROVERSIA:

El 29 de julio de 2011 la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (en adelante “la Comisión Interamericana” o “la Comisión”) sometió a la jurisdicción de

la Corte Interamericana (en adelante “escrito de sometimiento”), de conformidad con los artículos 51 y 61 de la Convención, el caso 12.361 contra el Estado de Costa Rica (en adelante “el Estado” o “Costa Rica”).

La petición inicial fue presentada ante la Comisión Interamericana el 19 de enero de 2001 por el señor Gerardo Trejos Salas. El 11 de marzo de 2004 la Comisión Interamericana aprobó el Informe de Admisibilidad No. 25/043. El 14 de julio de 2010 la Comisión aprobó el Informe de Fondo 85/104, de conformidad con el artículo 50 de la Convención Americana (en adelante también “el Informe de Fondo” o “el Informe No. 85/10”), en el cual realizó una serie de recomendaciones al Estado. Luego de conceder tres prórrogas al Estado para el cumplimiento de dichas recomendaciones, la Comisión decidió someter el caso a la Corte. La Comisión designó como delegados al Comisionado Rodrigo Escobar Gil y al entonces Secretario Ejecutivo Santiago A. Canton, y designó como asesores legales a las señoras Elizabeth Abi-Mershed, Secretaria Ejecutiva Adjunta, y Silvia Serrano Guzmán, Isabel Madariaga, Fiorella Melzi y Rosa Celorio.

La Comisión indicó que el caso se relaciona con alegadas violaciones de derechos humanos que habrían ocurrido como consecuencia de la presunta prohibición general de practicar la Fecundación in vitro (en adelante "FIV") que había estado vigente en Costa Rica desde el año 2000, tras una decisión emitida por la Sala Constitucional de la Corte Suprema de Justicia (en adelante "Sala Constitucional") de dicho país.

Entre otros aspectos, se alegó que esta prohibición absoluta constituyó una injerencia arbitraria en los derechos a la vida privada y familiar y a formar una familia. Asimismo, se alegó que la prohibición constituyó una violación del derecho a la igualdad de las víctimas, en tanto que el Estado les impidió el acceso a un tratamiento que les hubiera permitido superar su situación de desventaja respecto

de la posibilidad de tener hijas o hijos biológicos. Además, se alegó que este impedimento habría tenido un impacto desproporcionado en las mujeres.

La Comisión solicitó a la Corte que declarara la responsabilidad internacional del Estado por la violación de los artículos 11.2, 17.2 y 24 de la Convención Americana, en relación con los artículos 1.1 y 2 de dicho instrumento, en perjuicio de Grettel Artavia Murillo, Miguel Mejías Carballo, Andrea Bianchi Bruna, Germán Alberto Moreno Valencia, Ana Cristina Castillo León, Enrique Acuña Cartín, Ileana Henchoz Bolaños, Miguel Antonio Yamuni Zeledón, Claudia María Carro Maklouf, Víktor Hugo Sanabria León, Karen Espinoza Vindas, Héctor Jiménez Acuña, María del Socorro Calderón Porras, Joaquinita Arroyo Fonseca, Geovanni Antonio Vega, Carlos E. Vargas Solórzano, Julieta González Ledezma y Oriéster Rojas Carranza.

2.- HECHOS:

A) Técnicas de Reproducción Asistida y Fecundación in Vitro.

La infertilidad puede ser definida como la imposibilidad de alcanzar un embarazo clínico luego de haber mantenido relaciones sexuales sin protección durante doce meses o más

Las causas más comunes de infertilidad son, entre otras, daños en las trompas de Falopio, adherencias tubo-ováricas, factores masculinos (por ejemplo, bajo nivel de esperma), endometriosis, factores inmunológicos o pobre reserva ovárica.

Se estima que la incidencia de la infertilidad asciende a un aproximadamente 10% de las mujeres en edad reproductiva

Las técnicas o procedimientos de reproducción asistida son un grupo de diferentes tratamientos médicos que se utilizan para ayudar a las personas y parejas infértiles a lograr un embarazo, las cuales incluyen “la manipulación, tanto de ovocitos como de espermatozoides, o embriones [...] para el establecimiento de un embarazo”.

Entre dichas técnicas se encuentran la FIV, la transferencia de embriones, la transferencia intra-tubárica de gametos, la transferencia intra-tubárica de cigotos, la transferencia intra-túbárica de embriones, la criopreservación de ovocitos y embriones, la donación de ovocitos y embriones, y el útero subrogado

Las técnicas de reproducción asistida no incluyen la inseminación asistida o artificial

Por su parte, la FIV es “un procedimiento en el cual los óvulos de una mujer son removidos de sus ovarios, ellos son entonces fertilizados con espermatozoides en un procedimiento de laboratorio, una vez concluido esto el óvulo fertilizado (embrión) es devuelto al útero de la mujer”

Esta técnica se aplica cuando la infertilidad se debe a la ausencia o bloqueo de las trompas de Falopio de la mujer, es decir, cuando un óvulo no puede pasar hacia las trompas de Falopio para ser fertilizado y posteriormente implantado en el útero, o en casos donde la infertilidad recae en la pareja de sexo masculino, así como en los casos en que la causa de la infertilidad es desconocida. Las fases que se siguen durante el la FIV son las siguientes:

- i) Inducción a la ovulación;
- ii) aspiración de los óvulos contenidos en los ovarios;
- iii) Inseminación de óvulos con espermatozoides;
- iv) Observación del proceso de fecundación e incubación de los embriones, y

v) Transferencia embrionaria al útero materno. 65. Sobre el desarrollo embrionario en la FIV, existen cinco etapas de dicho desarrollo que duran en total cinco días.

En primer lugar, se seleccionan los óvulos maduros, los cuales son fecundados, por lo que se da paso al desarrollo del cigoto. En las primeras 26 horas de desarrollo el cigoto se divide en dos células, las cuales posteriormente se dividen en cuatro células en el día dos, y finalmente se vuelve a dividir para formar ocho células en el día tres. En el día cuatro, se habla de Morula y del día cuatro al día cinco, el embrión llega a su estado de Blastocisto. Los embriones pueden permanecer en cultivo hasta cinco días antes de ser transferidos al útero de la mujer

Por lo tanto, el embrión puede ser transferido desde el día dos y hasta el día cinco. Dependiendo de la caracterización morfológica y dinámica de la división celular, se toma la decisión respecto de cuando transferir el embrión⁶⁷. La transferencia embrionaria puede ser directamente al útero o a las trompas de Falopio. A los 12 días de la transferencia embrionaria, se sabe si la mujer quedó embarazada a través de marcadores

El primer nacimiento de un bebe producto de la FIV ocurrió en Inglaterra en 1978⁶⁹. En Latinoamérica, el nacimiento del primer bebe producto de la FIV y la transferencia embrionaria fue reportada en 1984 en Argentina. Desde que fuera reportado el nacimiento de la primera persona como resultado de Técnicas de Reproducción Asistida (en adelante “TRA”), “cinco millones de personas han nacido en el mundo gracias a los avances de esta [tecnología]”. Asimismo, “[a]nualmente, se realizan millones de procedimientos de TRA.

Las estimaciones para 2008, comprenden 1.600.000 tratamientos que dieron origen a 400.000 personas nacidas entre 2008 y septiembre de 2009” en el

mundo. En Latinoamérica “se estima que entre 1990 y 2010 150.000 personas han nacido” de acuerdo con el Registro Latinoamericano de Reproducción Asistida. De la prueba que obra en el expediente, Costa Rica es el único Estado en el mundo que prohíbe de manera expresa la FIV.

B) El Decreto ejecutivo 68.

En Costa Rica, el Decreto Ejecutivo No. 24029-S de 3 de febrero de 1995, emitido por el Ministerio de Salud, autorizaba la práctica de la FIV para parejas conyugales y regulaba su ejecución.

En su artículo 1° el Decreto Ejecutivo regulaba la realización de técnicas de reproducción asistida entre cónyuges, y establecía reglas para su realización.

En el artículo 2° se definían las técnicas de reproducción asistida como “todas aquellas técnicas artificiales en las que la unión del óvulo y el espermatozoide se logra mediante una forma de manipulación directa de las células germinales a nivel de laboratorio”

Las normas del Decreto Ejecutivo No. 24029-S que regulaban específicamente la técnica de la FIV cuestionada en el recurso de inconstitucionalidad, eran las siguientes:

Artículo 9.- En casos de fertilización in vitro, queda absolutamente prohibida la fertilización de más de seis óvulos de la paciente por ciclo de tratamiento.

Artículo 10.- Todos los óvulos fertilizados en un ciclo de tratamiento, deberán ser transferidos a la cavidad uterina de la paciente, quedando absolutamente

prohibido desechar o eliminar embriones, o preservarlos para transferencia en ciclos subsecuentes de la misma paciente o de otras pacientes.

Artículo 11.- Quedan absolutamente prohibidas las maniobras de manipulación del código genético del embrión, así como toda forma de experimentación sobre el mismo.

Artículo 12.- Queda absolutamente prohibido comerciar con células germinales – óvulos y espermatozoides – para ser destinados a tratamiento de pacientes en técnicas de reproducción asistida, sean éstas homólogas o heterólogas.

Artículo 13.- El incumplimiento de las disposiciones aquí establecidas faculta al Ministerio de Salud para cancelar el permiso sanitario de funcionamiento y la acreditación otorgada al establecimiento en el que se cometió la infracción, debiendo remitirse el asunto en forma inmediata al Ministerio Público y al Colegio Profesional respectivo, para establecer las sanciones correspondientes.

La FIV fue practicada en Costa Rica entre 1995 y 2000⁷⁸ por la entidad privada denominada “Instituto Costarricense de Infertilidad”⁷⁹. En ese lapso nacieron 15 costarricenses. La técnica fue declarada inconstitucional por la Sala Constitucional de Costa Rica mediante de 15 de marzo de 2000.

Como se observa la Corte Interamericana de Derechos Humanos, también ha protegido la vida Sexual y Reproductiva a través de sus fallos.

3.3.- TERCER CAPÍTULO: SONDEO ESTADÍSTICO PARA ESTABLECER LA PERCEPCIÓN DE LA COMUNIDAD DE BASE DE CIUDAD BICENTENARIO SOBRE LA PROTECCIÓN JURÍDICA DESDE LA PERSPECTIVA DE LOS DERECHOS HUMANOS A LA VIDA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE LOS ADOLESCENTES ENTRE 15 A 19 AÑOS.

En este tercer capítulo hablaremos sobre la metodología empleada, podemos decir que esta es una investigación aplicada, descriptiva y de corte transversal, ya que servirá para medir e interpretar la percepción de la población investigada, que consta de los adolescentes entre 15 a 19 años, que acceden día a día de la vida cotidiana de Ciudad Bicentenario, a los cuales se les preguntó la percepción sobre la protección jurídica desde la perspectiva de los derechos humanos a la vida salud sexual y reproductiva.

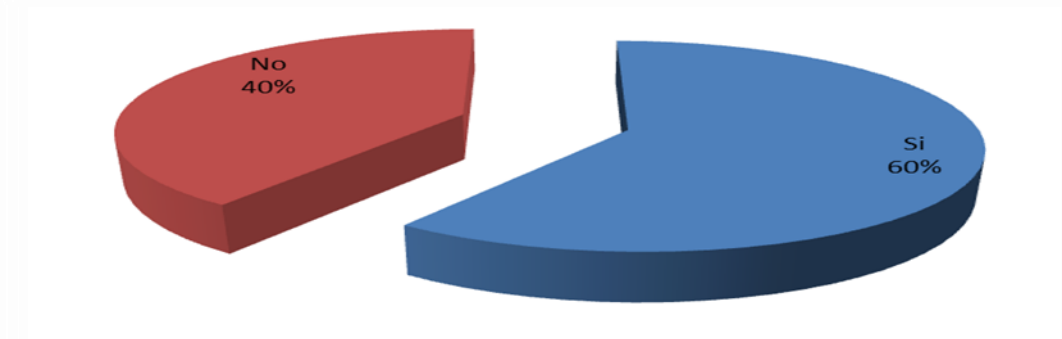
Este capítulo tiene por objeto revisar los resultados estadísticos arrojados por el instrumento aplicado el cual fue una encuesta elaborada por los investigadores la cual fue aplicada a una muestra representativa de la población investigada; se aplicó una encuesta previamente elaborada y consultada que cubre las necesidades básicas de información que se requiere en esta investigación; la misma fue aplicada por los investigadores.

La muestra estratificada se diseñó teniendo en cuenta el margen de error estadístico, que depende, entre otras variables, del número de integrantes de la muestra y la representatividad de la misma con respecto a la población, mediante el uso de variables de segmentación de la muestra; se tomó el 15% de la población investigada. La tabulación de la información que arroja este ítem, es la siguiente:

Grafica No 1.- Considera usted que para tener una maternidad segura se debe reducir la tasa de mortalidad materna evitable; mejorar la cobertura y calidad de la atención institucional de la gestación, parto y puerperio y sus complicaciones, y fortalecer las acciones de vigilancia, prevención y atención de la mortalidad materna y perinatal?

| OPCIÓN | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|--------------|------------|-------------|
| Si | 90 | 60% |
| No | 60 | 40% |
| TOTAL | 150 | 100% |

Fuente: Encuestas realizadas a la población.

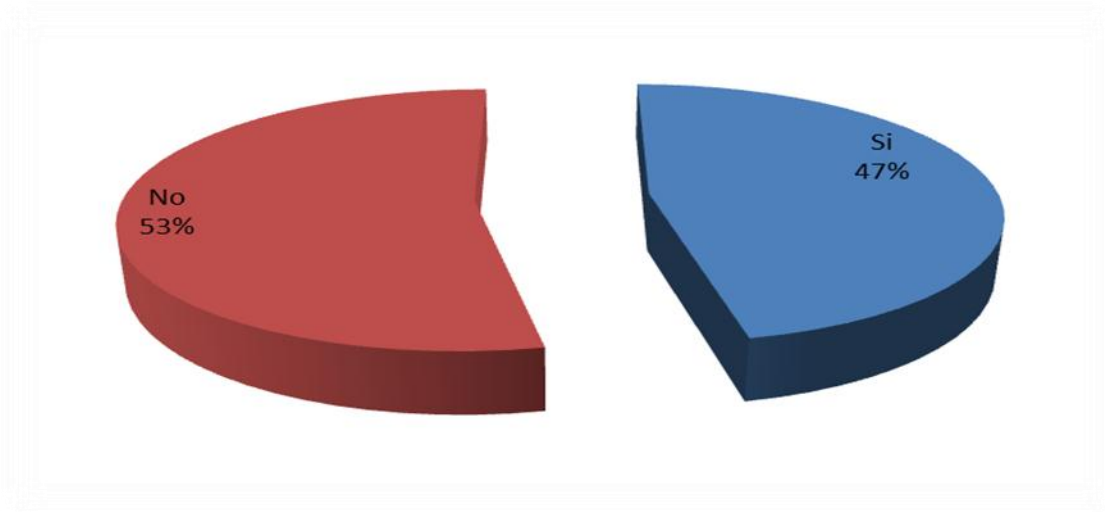


Los encuestados, los adolescentes entre 15 a 19 años, que acceden día a día de la vida cotidiana de Ciudad Bicentenario, dijeron sobre si consideran que para tener una maternidad segura se debe reducir la tasa de mortalidad materna evitable; mejorar la cobertura y calidad de la atención institucional de la gestación, parto y puerperio y sus complicaciones, y fortalecer las acciones de vigilancia, prevención y atención de la mortalidad materna y perinatal; Si en un 60% y que No en un 40%.

Grafica No 2.- Considera usted que para que haya una correcta planificación familiar se debe incrementar el uso correcto de métodos anticonceptivos en la población en edad fértil?

| OPCIÓN | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|---------------|-------------------|-------------------|
| Si | 70 | 47% |
| No | 80 | 53% |
| TOTAL | 150 | 100% |

Fuente: Encuestas realizadas a la población.

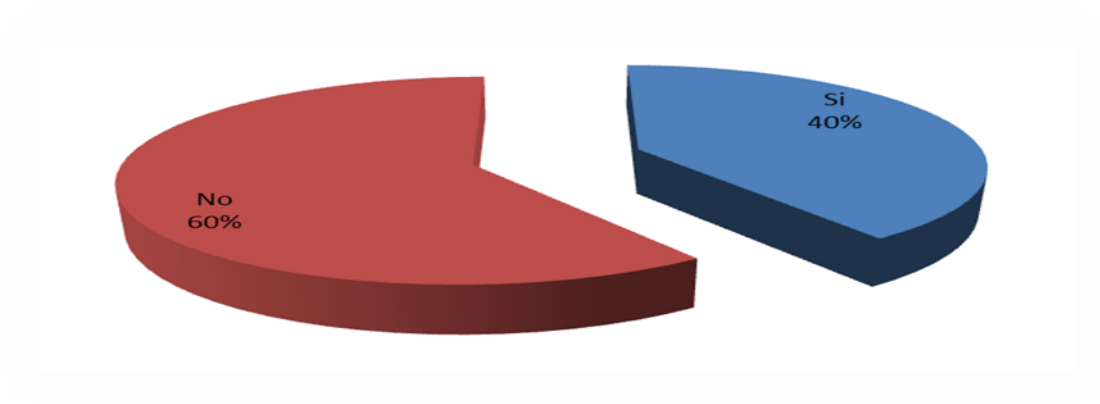


Los encuestados, los adolescentes entre 15 a 19 años, que acceden día a día de la vida cotidiana de Ciudad Bicentenario, dijeron sobre si consideran que para que haya una correcta planificación familiar se debe incrementar el uso correcto de métodos anticonceptivos en la población en edad fértil; Si en un 47% y que No en un 53%.

Grafica No 3.- Considera usted que para que haya una correcta salud sexual y reproductiva en la población adolescente se debe reducir el embarazo en los adolescentes?

| OPCIÓN | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|---------------|-------------------|-------------------|
| Si | 60 | 40% |
| No | 90 | 60% |
| TOTAL | 150 | 100% |

Fuente: Encuestas realizadas a la población.

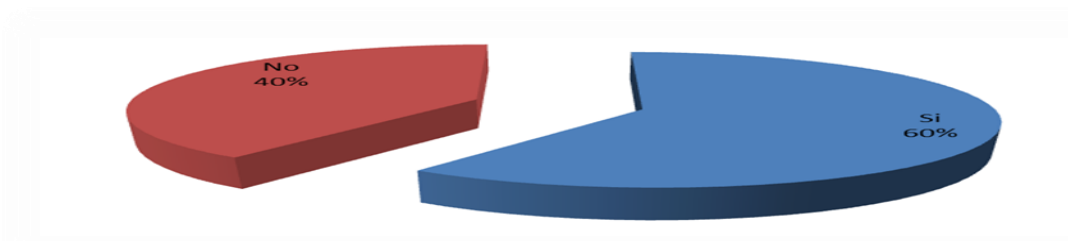


Los encuestados, los adolescentes entre 15 a 19 años, que acceden día a día de la vida cotidiana de Ciudad Bicentenario, dijeron sobre si consideran que para que haya una correcta salud sexual y reproductiva en la población adolescente se debe reducir el embarazo en los adolescentes Si en un 40% y que No en un 60%.

Gráfica No 4.- Considera usted que para prevenir el cáncer de cuello uterino se debe alcanzar coberturas de detección temprana con citología cervicovaginal (CCV) y simultáneamente trabajar en la disminución de la mortalidad por esta causa promoviendo los factores protectores y fomentando la prevención de factores de riesgo, el mejoramiento de la calidad de la CCV y el tratamiento adecuado de los casos?

| OPCIÓN | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|--------------|------------|-------------|
| Si | 90 | 60% |
| No | 60 | 40% |
| TOTAL | 150 | 100% |

Fuente: Encuestas realizadas a la población.

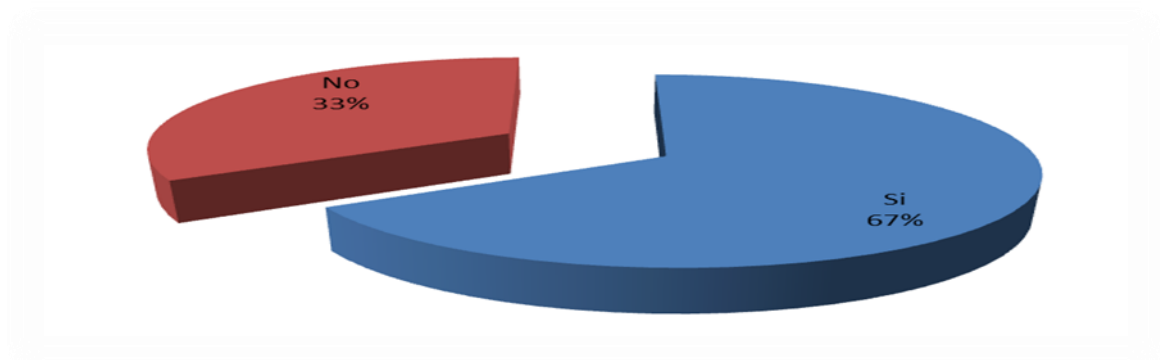


Los encuestados, los adolescentes entre 15 a 19 años, que acceden día a día de la vida cotidiana de Ciudad Bicentenario, dijeron sobre si consideran que para prevenir el cáncer de cuello uterino se debe alcanzar coberturas de detección temprana con citología cervicovaginal (CCV) y simultáneamente trabajar en la disminución de la mortalidad por esta causa promoviendo los factores protectores fomentando la prevención de factores de riesgo, el mejoramiento de la calidad de la CCV y el tratamiento adecuado de los casos; Si en un 60% y que No en un 40%.

Gráfica No 5.- Considera usted que para que haya prevención y atención de las ITS,VIH/SIDA se debe mantener la prevalencia general por debajo del 0.5%; reducir en los recién nacidos la incidencia de sífilis congénita a menos de 0.5 por cada 1.000 nacidos vivos, y eliminar la hepatitis B en los recién nacidos?

| OPCIÓN | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|--------------|------------|-------------|
| Si | 100 | 67% |
| No | 50 | 33% |
| TOTAL | 150 | 100% |

Fuente: Encuestas realizadas a la población.

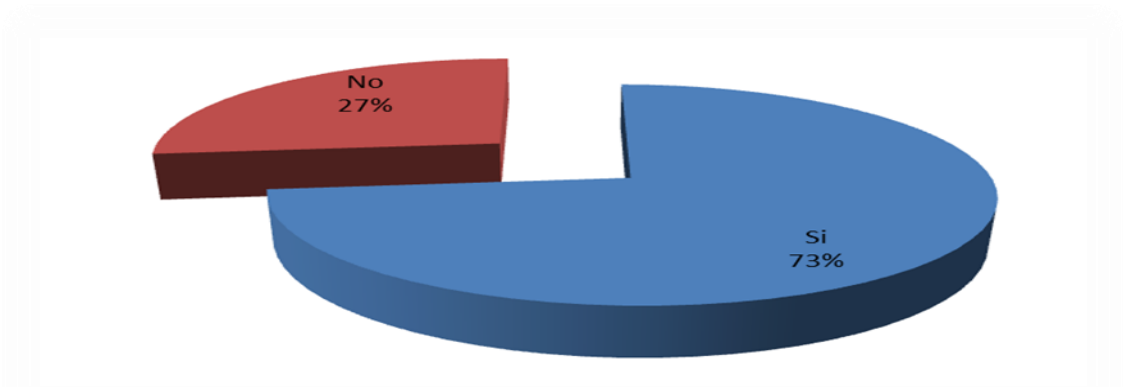


Los encuestados, los adolescentes entre 15 a 19 años, que acceden día a día de la vida cotidiana de Ciudad Bicentenario, dijeron sobre si consideran que para que haya prevención y atención de las ITS,VIH/SIDA se debe mantener la prevalencia general por debajo del 0.5%; reducir en los recién nacidos la incidencia de sífilis congénita a menos de 0.5 por cada 1.000 nacidos vivos, y eliminar la hepatitis B en los recién nacidos; Si en un 67% y que No en un 33%.

Gráfica No 6.- Considera usted que para erradicar la violencia doméstica y sexual se debe incrementar la detección y atención de la violencia intrafamiliar y sexual en mujeres?

| OPCIÓN | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|--------------|------------|-------------|
| Si | 110 | 73% |
| No | 40 | 27% |
| TOTAL | 150 | 100% |

Fuente: Encuestas realizadas a la población.

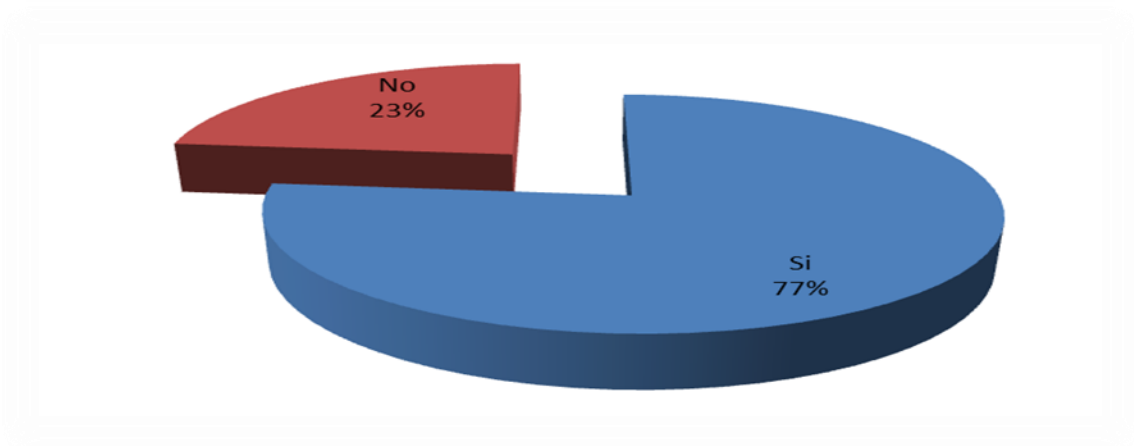


Los encuestados, los adolescentes entre 15 a 19 años, que acceden día a día de la vida cotidiana de Ciudad Bicentenario, dijeron sobre si consideran que para erradicar la violencia doméstica y sexual se debe incrementar la detección y atención de la violencia intrafamiliar y sexual en mujeres; Si en un 73% y que No en un 27%.

Gráfica No 7.- Considera usted que para evitar la mortalidad materna en el parto y postparto se debe proteger a los nacidos vivos para que no mueran por causas asociadas a la maternidad?

| OPCIÓN | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|--------------|------------|-------------|
| Si | 115 | 77% |
| No | 35 | 23% |
| TOTAL | 150 | 100% |

Fuente: Encuestas realizadas a la población.

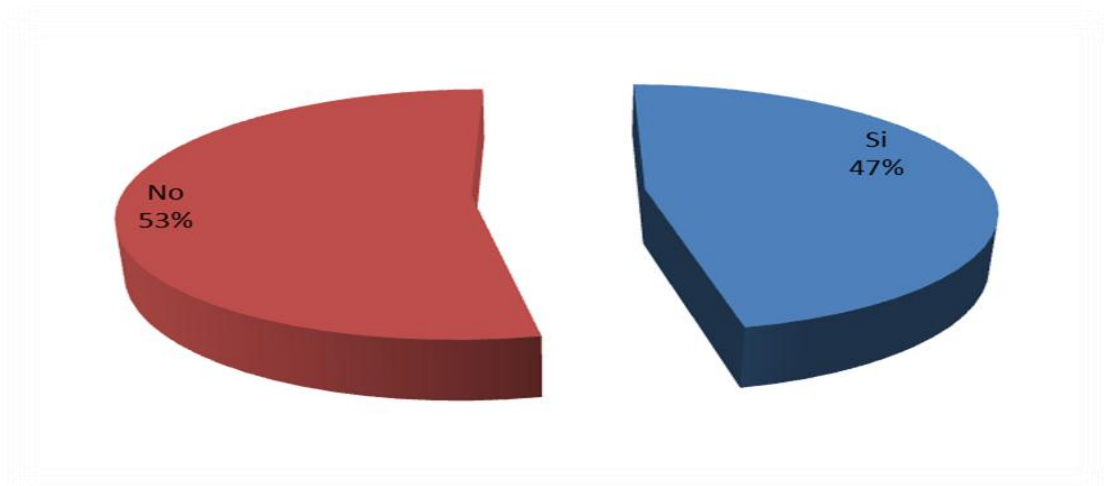


Los encuestados, los adolescentes entre 15 a 19 años, que acceden día a día de la vida cotidiana de Ciudad Bicentenario, dijeron sobre si consideran que para evitar la mortalidad materna en el parto y postparto se debe proteger a los nacidos vivos para que no mueran por causas asociadas a la maternidad; Si en un 77% y que No en un 23%.

Gráfica No 8.- Considera usted que se debe procurar por la planificación familiar ya que el embarazo no planeado pueden convertirse en embarazos de riesgo o favorecer prácticas de riesgo, especialmente el aborto inseguro?

| OPCIÓN | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|--------------|------------|-------------|
| Si | 70 | 47% |
| No | 80 | 53% |
| TOTAL | 150 | 100% |

Fuente: Encuestas realizadas a la población.

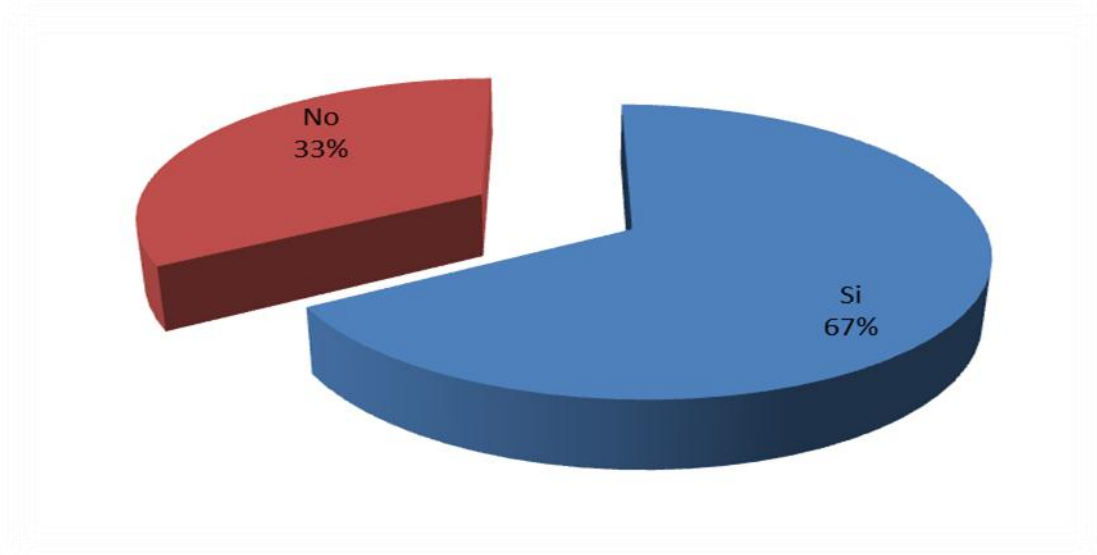


Los encuestados, los adolescentes entre 15 a 19 años, que acceden día a día de la vida cotidiana de Ciudad Bicentenario, dijeron sobre si consideran que se debe procurar por la planificación familiar ya que el embarazo no planeado pueden convertirse en embarazos de riesgo o favorecer prácticas de riesgo, especialmente el aborto inseguro; Si en un 47% y que No en un 53%.

Gráfica No 9.- Considera usted que la población adolescente de hoy están iniciando su vida sexual a una edad cada vez más temprana?

| OPCIÓN | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|--------------|------------|-------------|
| Si | 100 | 67% |
| No | 50 | 33% |
| TOTAL | 150 | 100% |

Fuente: Encuestas realizadas a la población.

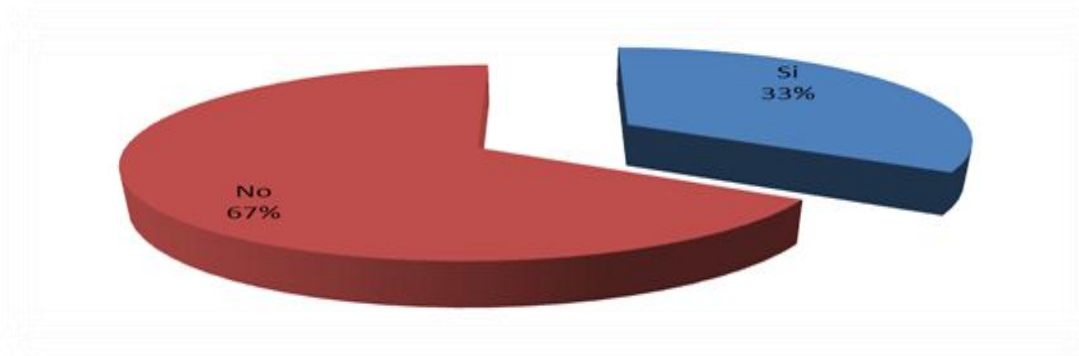


Los encuestados, los adolescentes entre 15 a 19 años, que acceden día a día de la vida cotidiana de Ciudad Bicentenario, dijeron sobre si consideran que la población adolescente de hoy están iniciando su vida sexual a una edad cada vez más temprana Si en un 67% y que No en un 33%.

Gráfica No 10.- Considera usted que los Servicios de Salud como servicio público son prestados con criterios de calidad desarrollados en el Decreto 2309 de 2002 que considerar elementos tales como la confidencialidad, la formación adecuada del recurso humano, no sólo en los aspectos médicos, técnicos, de seguridad, de sistemas de referencia y contrarreferencia y normativos sino en habilidades de comunicación y trato; la incorporación de la perspectiva de género y condiciones que les permitan a los usuarios y usuarias la toma de decisiones informadas.?

| OPCIÓN | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|---------------|-------------------|-------------------|
| Si | 50 | 33% |
| No | 100 | 67% |
| TOTAL | 150 | 100% |

Fuente: Encuestas realizadas a la población.



Los encuestados, los adolescentes entre 15 a 19 años, que acceden día a día de la vida cotidiana de Ciudad Bicentenario, dijeron sobre si consideran que considera que los Servicios de Salud como servicio público son prestados con criterios de calidad desarrollados en el Decreto 2309 de 2002; Si en un 67% y que No en un 33%.

Como conclusión del Sondeo Estadístico podemos inferir que los encuestados, los adolescentes entre 15 a 19 años, que acceden día a día de la vida cotidiana de Ciudad Bicentenario, dijeron sobre si consideran que para tener una maternidad segura se debe reducir la tasa de mortalidad materna evitable; mejorar la cobertura y calidad de la atención institucional de la gestación, parto y puerperio y sus complicaciones, y fortalecer las acciones de vigilancia, prevención y atención de la mortalidad materna y perinatal; Si en un 60% y que No en un 40%.

También, dijeron sobre si consideran que para que haya una correcta planificación familiar se debe incrementar el uso correcto de métodos anticonceptivos en la población en edad fértil; Si en un 47% y que No en un 53%.

Sobre si consideran que para que haya una correcta salud sexual y reproductiva en la población adolescente se debe reducir el embarazo en los adolescentes, dijeron, Si en un 40% y que No en un 60%.

Sobre si consideran que para prevenir el cáncer de cuello uterino se debe alcanzar coberturas de detección temprana con citología cervico vaginal (CCV) y simultáneamente trabajar en la disminución de la mortalidad por esta causa promoviendo los factores protectores fomentando la prevención de factores de riesgo, el mejoramiento de la calidad de la CCV y el tratamiento adecuado de los casos; dijeron, Si en un 60% y que No en un 40%.

Sobre si consideran que para que haya prevención y atención de las ITS, VIH/SIDA se debe mantener la prevalencia general por debajo del 0.5%; reducir en los recién nacidos la incidencia de sífilis congénita a menos de 0.5 por cada 1.000 nacidos vivos, y eliminar la hepatitis B en los recién nacidos; es Si en un 67% y que No en un 33%.

Sobre si consideran que para erradicar la violencia doméstica y sexual se debe incrementar la detección y atención de la violencia intrafamiliar y sexual en mujeres; dijeron los encuestados, Si en un 73% y que No en un 27%.

Sobre si consideran que para evitar la mortalidad materna en el parto y postparto se debe proteger a los nacidos vivos para que no mueran por causas asociadas a la maternidad; dijeron, Si en un 77% y que No en un 23%.

Sobre si consideran que se debe procurar por la planificación familiar ya que el embarazo no planeado pueden convertirse en embarazos de riesgo o favorecer prácticas de riesgo, especialmente el aborto inseguro; es Si en un 47% y que No en un 53%.

Sobre si consideran que la población adolescente de hoy están iniciando su vida sexual a una edad cada vez más temprana, dijeron, Si en un 67% y que No en un 33%.

Sobre si consideran que Considera usted que los Servicios de Salud como servicio público son prestados con criterios de calidad desarrollados en el Decreto 2309 de 2002 que considerar elementos tales como la confidencialidad, la formación adecuada del recurso humano, no sólo en los aspectos médicos, técnicos, de seguridad, de sistemas de referencia y contrarreferencia y normativos sino en habilidades de comunicación y trato; la incorporación de la perspectiva de género y condiciones que les permitan a los usuarios y usuarias la toma de decisiones informadas; dijeron los encuestados, Si en un 67% y que No en un 33%.

4.- CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

4.1.- CONCLUSIONES.

Cuando las niñas y los niños entran en la adolescencia, cuando sus cuerpos cambian y muchos de ellos comienzan a explorar su sexualidad, el acceso a información y a servicios de salud sexual y reproductiva se vuelve crucial para su disfrute de los derechos humanos, su salud y su bienestar (http://www.ohchr.org/Documents/Issues/Women/WRGS/SexualHealth/INFO_Adolescents_WEB_SP.pdf)

Para hacer unas conclusiones de esta investigación se parte de la base de la vigencia de los principios de los derechos humanos como centrales para asegurar el acceso a la ciudadanía de adolescentes y jóvenes a través de su participación en los procesos de construcción de políticas y programas sobre salud sexual y salud reproductiva; en la identificación de prioridades, y en la toma de decisiones, tal como lo confirmó la Comisión de Derechos Humanos de las Naciones Unidas en 2003, *"la salud sexual y la salud reproductiva son elementos esenciales del derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de la salud física y mental"*⁷⁷.

Considerando que los adolescentes y jóvenes son un grupo de población que tiene baja morbilidad y mortalidad asociada a causas naturales o de enfermedad, son pocos los países que han priorizado la salud de las personas adolescentes y jóvenes. No obstante, esta etapa de la vida, definitiva en muchos aspectos, también puede ser decisiva en la adopción de estilos de vida saludables que sean garantía para una vida más protegida de la enfermedad, o bien para la adopción

⁷⁷ Resolución 2003/28 de la Comisión de Derechos Humanos, preámbulo y párrafo 6.

de estilos de vida de riesgo que impliquen graves peligros para el mantenimiento de la salud y de la vida misma. Los y las adolescentes y jóvenes de menos de 25 años son especialmente vulnerables en lo relativo a la salud sexual y reproductiva.

Existen numerosos obstáculos para que ellos y ellas puedan ejercer sus derechos a la salud y a la salud sexual y reproductiva. En el ejercicio de sus derechos reproductivos, los y las jóvenes y en especial los y las adolescentes, suelen enfrentar restricciones, originadas en la escasa autonomía que la sociedad suele darles en estas materias, en las señales contradictorias que reciben de diferentes actores e instituciones sociales, y en los vacíos de las políticas destinadas a fortalecer la educación y la información sobre los asuntos reproductivos y sexuales.

Además de los factores biológicos, las condiciones sociales y económicas influyen de modo considerable en la determinación de la salud sexual y reproductiva de ellos y ellas. En muchos países de América Latina y el Caribe como Colombia, muchos problemas de salud de las personas jóvenes están ligados a la situación de pobreza y exclusión. La pobreza guarda relación con la desigualdad en el acceso a los servicios sanitarios y a los factores determinantes de la salud. En términos generales, las personas jóvenes provenientes de distintos estratos socioeconómicos muestran trayectorias de emancipación diferentes. Una, más tardía y con baja fecundidad, propia de los sectores medios y altos; otra, con abandono temprano de los estudios, maternidad adolescente y los y las adolescentes y jóvenes de menos de 25 años son especialmente vulnerables en lo relativo a la salud sexual y reproductiva. Existen numerosos obstáculos para que ellos y ellas puedan ejercer sus derechos a la salud y a la salud sexual y reproductiva.

En el ejercicio de sus derechos reproductivos, los y las jóvenes y en especial los y las adolescentes, suelen enfrentar restricciones, originadas en la escasa autonomía que la sociedad suele darles en estas materias, en las señales contradictorias que reciben de diferentes actores e instituciones sociales, y en los vacíos de las políticas destinadas a fortalecer la educación y la información sobre los asuntos reproductivos y sexuales. Además de los factores biológicos, las condiciones sociales y económicas influyen de modo considerable en la determinación de la salud sexual y reproductiva de ellos y ellas.

En países de América Latina y el Caribe como Colombia, muchos problemas de salud de las personas jóvenes están ligados a la situación de pobreza y exclusión. La pobreza guarda relación con la desigualdad en el acceso a los servicios sanitarios y a los factores determinantes de la salud. En términos generales, las personas jóvenes provenientes de distintos estratos socioeconómicos muestran trayectorias de emancipación diferentes. Una, más tardía y con baja fecundidad, propia de los sectores medios y altos; otra, con abandono temprano de los estudios, maternidad adolescente y mayores tasas de fecundidad, propia de los sectores más pobres.

Estas diferencias en los patrones de comportamiento reproductivo, terminan descargando el mayor peso de la reproducción biológica y social de la población sobre los y las adolescentes y jóvenes pobres. Tenemos, pues, un círculo vicioso entre exclusión social y fecundidad adolescente. Es importante hacer notar, al respecto, que persisten los embarazos adolescentes entre la población menor de 20 años y de sectores más pobres, sobre todo en el grupo de 15 a 17 años y fuera de uniones o matrimonios.

Estos grupos están expuestos a procesos de exclusión temprana del sistema educativo y a la inserción precaria y temprana en el mercado de trabajo, sin

opciones de progresión ocupacional. Esta persistencia de riesgos demográficos se explica por una combinación compleja de comportamientos tradicionales (unión y embarazo temprano en el caso de la fecundidad adolescente en los grupos pobres) con fenómenos clásicos de exclusión y de patrones culturales, a saber: falta de información sexual, falta de acceso a medios anticonceptivos en el caso de la fecundidad no planificada (CEPAL, 2001), sesgos culturales en las relaciones sexuales, y otros factores asociados a la cultura juvenil.⁷⁸

En lo referente a la salud, los y las adolescentes y jóvenes enfrentan varias dificultades que requieren ser abordadas en varios planos simultáneamente y con respuestas acordes con la dimensión y la complejidad de los problemas existentes, desde una perspectiva integral, tomando como eje central la salud sexual y reproductiva, y procurando la debida articulación entre las diferentes intervenciones institucionales, especialmente desde enfoques que asumen la salud como un derecho humano fundamental.⁷⁹

Así, por ejemplo, está probada la relación existente entre los años de educación y el mejoramiento de la condición de las mujeres, en cuanto a los aspectos adversos del matrimonio o el embarazo temprano. El embarazo precoz tiene relación también con condicionantes de género que asignan a la mujer un rol reproductivo ajeno a su control y decisión, a la presencia de una baja autoestima, y a la falta de un proyecto de vida o de oportunidades para realizarlo. Las personas jóvenes de la región a menudo no se protegen contra el embarazo o no buscan tratamiento para enfermedades de transmisión sexual, inhibidos por normas sociales, restricciones financieras y falta de confidencialidad y escasa información. Si bien

⁷⁸ 6 Organización Iberoamericana de Juventud. Juventud e Inclusión Social en Iberoamérica. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Páginas 11 y 12.

⁷⁹ OPS 1995, Schutt-Aine y Maddaleno 2003, en Rodríguez, Ernesto. Políticas Públicas De Juventud En América Latina: Del Año Internacional De La Juventud (1985) A Los Objetivos De Desarrollo Del Milenio (2015)

existe hoy una conciencia cada vez mayor acerca de la necesidad de diseñar políticas públicas específicas para la adolescencia y juventud, y en general, en la región ha habido una mejora de la calidad de las políticas, programas y normas sobre salud sexual y reproductiva, basada en la concepción de los derechos humanos, en la equidad social y de género, y en el empoderamiento de las mujeres y los adolescentes.⁸⁰

Se impone un mayor apoyo político para que en los procesos de reforma del sector salud se otorgue prioridad a las actividades relacionadas con los derechos y la salud sexual y reproductiva de los adolescentes, considerando que será imposible lograr los Objetivos de Desarrollo del Milenio referentes a la salud materna si no se invierten recursos y se toman medidas eficaces destinadas a adolescentes y jóvenes.

Ante esta situación es clara la necesidad de incrementar la difusión de información y educación en salud sexual y reproductiva desde muy tempranas edades y de ampliar los servicios de salud para adolescentes y jóvenes, garantizando el acceso a una salud integral, a una educación de calidad, oportuna y pertinente, y a una vida digna, y fomentando la posibilidad de convertirse en actores estratégicos de su propio desarrollo.

⁸⁰ Se han desarrollado programas nacionales de salud de los adolescentes y se han creado unidades especiales para su atención en los establecimientos de salud, como también para la prestación de servicios de promoción, prevención y tratamiento, en los que se da especial importancia a la salud sexual y se realizan actividades dirigidas expresamente a la prevención del embarazo no planeado y a la atención de madres adolescentes. Paralelamente, se ha reforzado la formación de recursos humanos sobre prácticas de atención, mejoramiento de la calidad de servicios de salud y oferta de anticonceptivos para la población adolescente, entre otras cosas mediante talleres en los que se dan a conocer a grupos de jóvenes sus derechos a la salud y reproductivos (CEPAL, 2004e). CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe) (2005), Objetivos De Desarrollo Del Milenio: Una Mirada Desde América Latina Y El Caribe Santiago de Chile. 2005.

El planteamiento de estas cuestiones desde una perspectiva de los derechos humanos puede profundizar el análisis y contribuir a identificar políticas eficaces, equitativas y pragmáticas para abordar tan complejos problemas. Es esencial que las normas jurídicas en materia de derechos humanos impongan a los responsables la obligación de hacer todo lo que puedan para dismantelar las barreras a la salud sexual y reproductiva. A este respecto, las normas de derechos humanos ofrecen posibilidades de informar a personas vulnerables y comunidades desfavorecidas, y potenciar su capacidad.

4.2.- RECOMENDACIONES.

Se recomienda como resultado de este trabajo de investigación, la protección de los Derechos sexuales y reproductivos a los adolescentes entre 15 a 19 años que habitan en Ciudad Bicentenario, lo anterior visto desde los derechos humanos; esto implica el reconocimiento de su carácter de universales, intransferibles e inalienables y la obligación del Estado de garantizar las condiciones para su pleno ejercicio. Es importante nuestro reconocimiento a los Derechos sexuales y reproductivos a los adolescentes, desde:

a.- La Equidad Social:

Uno de los factores de inequidad más claramente asociados a la SSR tienen que ver con la situación de desventaja que muestran los elementos de protección de los Derechos sexuales y reproductivos a los adolescentes entre 15 a 19 años que habitan en Ciudad Bicentenario ya que este es un sector de la población más pobre, de menor nivel de escolaridad, sin cobertura del SGSSS, habitantes de las zonas urbanas con cercanía a zonas rurales y, muy especialmente, para la personas en situación de desplazamiento habitantes de las zonas de conflicto. Para estas personas todos los riesgos asociados con la sexualidad y la reproducción son mucho mayores que para el resto de la población. Por lo tanto, compete a la Política Pública del Estado mejorar las condiciones de acceso y la calidad de los servicios para superar un factor de inequidad, lo cual es un elemento importante en la búsqueda de la justicia social.

De otro lado, la política también aborda las inequidades derivadas de las desigualdades en las relaciones entre los sexos, asociadas principalmente con la mayor carga que enfrentan las mujeres en la división sexual tradicional de las

tareas sociales, la baja participación de los hombres y la precariedad de las habilidades de negociación de ambos sexos en los asuntos relacionados con la sexualidad y la reproducción.

b.- El Empoderamiento estatal:

En el mismo orden de ideas, el empoderamiento debe entenderse en dos sentidos: por un lado, el empoderamiento de las mujeres encaminado hacia la construcción de relaciones entre los sexos más equitativas que permitan la toma de decisiones autónomas y en igualdad de condiciones con los hombres, teniendo en cuenta que las mujeres enfrentan inequidades en este sentido que tienen repercusiones no sólo en el acceso real y la calidad de los servicios sino también en el poder para participar en el sector. El empoderamiento de las mujeres y la consecuente mejora en su situación económica, social y cultural, son elementos indispensables para el desarrollo. El empoderamiento de las mujeres debe ir acompañado del estímulo a la participación de los hombres en todos los aspectos relacionados con la sexualidad y la reproducción y, en general, con las responsabilidades domésticas y frente a la crianza de los hijos. El segundo sentido del empoderamiento se refiere a la cualificación de la demanda, es decir, a los mecanismos para dotar a las/os usuarios de los servicios de salud de las herramientas necesarias para exigir y hacer cumplir sus derechos y para asumir la responsabilidad individual y social frente al cuidado de la salud.

c.- Una Intervención focalizada:

Las acciones para desarrollar la política de SSR deben priorizarse con base en criterios de focalización que contribuyan a la equidad y a la justicia social. Por lo tanto, deben implementarse acciones que tengan en cuenta las características y necesidades específicas de las zonas donde los indicadores muestran condiciones

de vida más precarias, como las zonas urbanas con cercanía a las zonas rurales, las zonas de conflicto armado y las zonas marginales urbanas. Así mismo, las intervenciones deben priorizar a las personas con menores niveles de escolaridad, las desplazadas, los jóvenes y, en general, la población en condiciones de pobreza.

d.- Salud como servicio público prestado con criterios de calidad:

Además de los criterios de calidad para la prestación de servicios de salud desarrollados en el Decreto 2309 de 2002, la calidad en la prestación de servicios de SSR debe considerar elementos tales como la confidencialidad, la formación adecuada del recurso humano, no sólo en los aspectos médicos, técnicos, de seguridad, de sistemas de referencia y contrarreferencia y normativos sino en habilidades de comunicación y trato; la incorporación de la perspectiva de género y condiciones que les permitan a los usuarios y usuarias la toma de decisiones informadas. La garantía de calidad incluye, además, el criterio de integralidad que se refiere al acceso a la totalidad de los servicios requeridos sin fragmentar la atención y teniendo en cuenta particularidades y necesidades específicas de los/las usuarios/as según su ciclo vital, sexo, contexto sociocultural o cualquier otro factor que exija adecuar la prestación de servicios a condiciones especiales.

5.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

Libros:

2 Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. The Right to the Highest Attainable standard of Health: 11/08/2000. E/C. 12/2000/4 (General Comments)

Asamblea General de Naciones Unidas - A/59/422 El Derecho De Toda Persona Al Disfrute Del Más Alto Nivel Posible De Salud Física Y Mental. Paul Hunt, Relator Especial de la Comisión de Derechos Humanos sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental Distr. General 8 de octubre de 2004. Párrafo 16, Pág. 6.

CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe) (2005), Objetivos De Desarrollo Del Milenio: Una Mirada Desde América Latina Y El Caribe Santiago de Chile. 2005.

CEPAL Reunión de la Mesa Directiva Ampliada del Comité Especial sobre Población y Desarrollo del período de sesiones de la CEPAL Santiago de Chile, 10 y 11 de marzo de 2004.

Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Panorama Social de América Latina, Santiago de Chile. Organización de Naciones Unidas (ONU) ;2004.

Comité de los Derechos del Niño, Observación General N 4 (2003) Adolescent Health and development in the context of the Convention on the Rights of the Child. Par 11. 19 de mayo – 6 de Junio 2003 - CRC/GC/2003/4.

Comité de los Derechos del Niño. La salud y el desarrollo de los adolescentes en el contexto de la Convención sobre los Derechos del Niño (CRC/GC/2003/4). Nueva York;2003.

Commission on Human Rights Distr. GENERAL E/CN.4/2004/49 16 February 2004. Original: English - Economic, Social And Cultural Rights. The Right Of Everyone To The Enjoyment Of The Highest Attainable Standard Of Physical And Mental.- Health Report of the Special Rapporteur, Paul Hunt. Pag.10.

Conferencia Internacional sobre Derechos Humanos, Conferencia Internacional de Derechos Humanos, Teherán, Irán, 12 de mayo de 1968, NU Doc. A/CONF.32/41, en “16.

Conferencia Mundial sobre Desarrollo y Población, El Cairo 1994. (Párrafo 6.7). Conferencias mundiales sobre Población y el Desarrollo (CIPD). Disponible en: www.un.org/es/development/devagenda/population.shtml. Consultada el día 25 de mayo de 2017.

Convención de los Derechos del Niño A.G. res. 44/25, anexo, 44 U.N. GAOR Supp. (No. 49) p. 167, ONU Doc. A/44/49 (1989).

Convención Sobre la eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer. Disponible en: www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/text/sconvention.htm. Consultada el día 25 de mayo de 2017.

Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer Doc. NU A/34/46.

Convención sobre los Derechos del Niño.
www.un.org/es/events/childrenday/pdf/derechos.pdf. Consultada el día 25 de mayo de 2017.

Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer. Disponible en:
www.un.org/womenwatch/daw/beijing/pdf/Beijing%20full%20report%20S.pdf.
Consultada el día 25 de mayo de 2017.

Declaración Universal de Derechos Humanos, aprobada el 10 de diciembre de 1948, Doc. NU A/810(1948).

Declaración Universal de Derechos Humanos. Naciones Unidas. Disponible en:
www.un.org/es/universal-declaration-human-rights. Consultada el día 25 de mayo de 2017.

Disponible en: www.ohchr.org. Consultada el día 25 de mayo de 2017.

Fondo de Población de las Naciones Unidas. La salud reproductiva en las vidas de los adolescentes y juventud, en la travesía sin mapa: adolescentes, pobreza y género, Capítulo 5. Estado de la Población Mundial. UNFPA; 2005.

GPI/UNFPA. Compromisos legislativos respecto a la salud y los derechos sexuales y reproductivos de El Cairo y Beijing. UNFPA; 1999.

Máster en Atención Integral a la Mujer. Diplomado en Ginecología Infanto Juvenil y Salud Reproductiva Adolescente. Profesor Auxiliar y Médico Especialista de II Grado en Obstetricia y Ginecología. Centro Internacional de Retinosis Pigmentaria "Camilo Cienfuegos". La Habana, Cuba.

Mejía Gómez Mary Luz. Los derechos sexuales y reproductivos en la pedagogía. Presentación para el encuentro: Hablemos de educación para la sexualidad, avances y proyecciones. Bogotá, agosto 2007.

Mendoza Jorge Peláez. Salud sexual y reproductiva de adolescentes y jóvenes: una mirada desde la óptica de los derechos humanos. Centro Internacional de Retinosis Pigmentaria "Camilo Cienfuegos". La Habana, Cuba.

Mendoza Tascón Luis Alfonso, Claros Benítez Diana Isabel, Claudia Bibiana Peñaranda Ospina. Actividad sexual temprana y embarazo en la adolescencia: estado del arte. Rev. Chile. Obstet. Ginecol. vol.81 no.3 Santiago jun. 2016.

OPS 1995, Schutt-Aine y Maddaleno 2003, en Rodríguez, Ernesto. Políticas Publicas De Juventud En América Latina: Del Año Internacional De La Juventud (1985) A Los Objetivos De Desarrollo Del Milenio (2015)

Organización de Naciones Unidas (ONU). Morlachetti A. Políticas de salud sexual y reproductiva dirigidas a adolescentes y jóvenes: un enfoque fundado en los derechos humanos. En: CEPAL-CELADE. Notas de Población. Año XXXIV N° 85. Santiago de Chile;2007.

Organización de Naciones Unidas (ONU). Morlachetti A. Políticas de salud sexual y reproductiva dirigida a adolescentes y jóvenes: un enfoque fundado en los derechos humanos. En: CEPAL-CELADE. Notas de Población. Año XXXIV N° 85. Santiago de Chile; 2007.

Organización Iberoamericana de Juventud. Juventud e Inclusión Social en Iberoamérica. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Páginas 11 y 12.

Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, aprobado el 16 de diciembre de 1966, 999 U.N.T.S. 171.

Peláez Mendoza Jorge. Salud sexual y reproductiva de adolescentes y jóvenes: una mirada desde la óptica de los derechos humanos. La Habana, Cuba.

Peláez MJ. El problema de la fecundidad adolescente. En: Ginecología Pediátrica y de la Adolescente. Temas para el médico de familia, Capítulo XVIII. La Habana: Editorial Científico Técnica; 2007.

Rodríguez Ernesto. Políticas públicas y marcos legales para la prevención de la violencia relacionada con adolescentes y jóvenes. Estado del arte en América Latina, 1995-2004. Washington DC, Organización Panamericana de la Salud. (OPS); 2006.

Rodríguez PO, Peláez MJ. Salud reproductiva de adolescentes y jóvenes. Estado Actual y perspectivas de intervención. En: Peláez J y col, editores. Ginecología Pediátrica y de la Adolescente. Temas para el médico de familia. Capítulo XV. La Habana: Editorial Científico Técnica; 2007.

Rodríguez, Ernesto. Políticas Públicas de Juventud En América Latina: Del Año Internacional De La Juventud (1985) A Los Objetivos De Desarrollo Del Milenio (2015) X Congreso Latinoamericano de Ciencias Políticas, Costa Rica, 16 al 20 de Agosto de 2004.

SCHUTT-AINE, J. y MADDALENO, M. Salud sexual y desarrollo de adolescentes y jóvenes en las Américas: Implicaciones en programas y políticas. Washington, DC: OPS, 2003. p.5.

Shutt-Aine J, Maddaleno M. Salud sexual y desarrollo de adolescentes y jóvenes en las Américas: implicaciones en programas y políticas. Washington DC. Organización Panamericana de la Salud (OPS); 1995.

UNFPA. El Estado de la Población Mundial 2004. El Consenso de El Cairo, diez años después: Población, Salud Reproductiva Y Acciones Mundiales Para Eliminar La Pobreza. Fondo de Población de las Naciones Unidas, Pág. 38.

UNFPA. Fondo de Población de las Naciones Unidas, “Estado de la Población Mundial 2003”: Inversiones En Su Salud Y Sus Derechos” 2003.

Leyes:

Acuerdo 117 de 1998.

Constitución Política de Colombia. Editorial Leyer. Bogotá. 2016.

Decreto 3039 de 2007.

Ley 100 de 1993.

Ley 1122 de 2007.

Ley 715 de 2001.

Ley 1098 de 2006 “ley de infancia y adolescencia”

Resolución 1896 de 2001.

Resolución 2003/28 de la Comisión de Derechos Humanos, preámbulo y párrafo 6.

Resolución 3384 de 2000

Resolución 412 de 2000, en la Norma Técnica para la Detección Temprana de las Alteraciones del Desarrollo del Joven de 10 a 29 años.

Resolución aprobada por la Asamblea General - S-27/2. Un mundo apropiado para los niños - Distr. General 4. Lucha contra el VIH/SIDA 47.

Resolución Reglamentaria 5261 de 1994.