



**Análisis sobre legislaciones y  
políticas que afectan el acceso de  
adolescentes y jóvenes a los  
servicios de SSR y VIH  
en América Latina**







# Análisis sobre legislaciones y políticas que afectan el acceso de adolescentes y jóvenes a los servicios de SSR y VIH en América Latina

2015



© Programa Conjunto de Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA), © Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) y © Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) 2015. Todos los derechos reservados.

Está autorizada la reproducción y divulgación, por cualquier medio, del contenido de este material, siempre que se cite la fuente y el año. Este texto no tiene fines de lucro, por lo tanto, no puede ser comercializado.

La presente publicación es fruto de un proceso de revisión de legislaciones y políticas, realizado bajo la supervisión de las oficinas regionales para América Latina de ONUSIDA, UNFPA y UNICEF.

La información provista en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos no representan la opinión de ONUSIDA, UNFPA y UNICEF y no implican juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites.

La mención de determinados nombres comerciales o ciertos productos no implica que ONUSIDA, UNFPA y UNICEF los aprueben o recomienden con preferencia a otros análogos.

ONUSIDA, UNFPA y UNICEF han adoptado todas las precauciones razonables para verificar la información que figura en la presente publicación; no obstante, no garantizan que la información publicada sea completa y correcta y no serán responsables por ningún daño causado debido la utilización de esta información.

**Equipo de investigación:**

*Coordinación general:* Iancu Cordescu y Carlos Lobos.

*Equipo de trabajo:* Mariana Iacono, Verónica Palavicino, Eduardo Lobos e Ingrid Bretón.

*Colaboradores:* Mauricio Jullian, Oseías Cerqueira y Sebastián Ramírez.

Agradecimientos especiales a las oficinas regionales y de país de UNFPA, ONUSIDA, UNICEF y PNUD en América Latina por su colaboración en la edición y revisión de la información contenida en este análisis.

**Edición:**

Alicia Sánchez, ONUSIDA RSTLA, Lícida Bautista y Ana Elena Badilla, UNFPA/LACRO.

**Diseño gráfico:**

Editora Novo Art, S.A.

Lorena De León, diagramación y cubiertas.

Montserrat de Adames, edición de textos y estilo.



# Índice de contenido

<i>Glosario de siglas</i> .....	5
<b>Resumen ejecutivo</b> .....	6
Principales barreras encontradas .....	6
Recomendaciones .....	8
<b>Antecedentes y contexto</b> .....	10
<b>Marco teórico</b> .....	12
Legislaciones nacionales .....	13
<b>Principales condiciones jurídicas de las personas jóvenes</b> .....	15
Efectos jurídicos en adolescentes y jóvenes .....	15
Relaciones sexuales de las personas jóvenes .....	16
Matrimonio o unión civil .....	18
<b>Políticas públicas orientadas a la juventud</b> .....	20
Políticas públicas nacionales en juventud .....	20
Responsabilidad penal adolescente .....	21
Políticas migratorias en salud .....	22
<b>Servicios de salud sexual y reproductiva</b> .....	24
Servicios de salud diferenciados .....	24
Métodos anticonceptivos .....	27
Anticoncepción oral de emergencia .....	33
Educación integral de la sexualidad .....	37
Aborto .....	40
Servicios de VIH .....	42
<b>Principales barreras</b> .....	46
<b>Recomendaciones</b> .....	49
Normativa jurídica .....	49
Políticas públicas .....	49
Servicios .....	49
<b>Bibliografía</b> .....	51
<b>Anexos</b> .....	57
Anexo 1. Marco metodológico .....	58
Anexo 2. Marco jurídico .....	60
Anexo 3. Firmas y ratificaciones de instrumentos internacionales .....	62

## Índice de cuadros y figuras

<b>Cuadro 1.</b> Mayoría de edad por país .....	16
<b>Cuadro 2.</b> Edad de consentimiento para las relaciones sexuales.....	17
<b>Cuadro 3.</b> Edades mínimas permitidas para el matrimonio o unión civil por país.....	19
<b>Cuadro 4.</b> Rango etario definido para adolescencia y juventud por país.....	20
<b>Cuadro 5.</b> Edad de consentimiento para las relaciones sexuales y límites inferiores de rango etario de adolescencia y juventud por país.....	21
<b>Cuadro 6.</b> Responsabilidad penal adolescente por país.....	21
<b>Cuadro 7.</b> Criminalización de la transmisión o exposición al VIH por país .....	22
<b>Cuadro 8.</b> VIH como barrera para la permanencia en el país.....	23
<b>Cuadro 9.</b> Servicios de atención para adolescentes y jóvenes por país.....	26
<b>Cuadro 10.</b> Provisión gratuita de condones por país.....	28
<b>Cuadro 11.</b> Edad mínima para acceso libre a condón masculino y condón femenino por país.....	29
<b>Cuadro 12.</b> Situación legal de la anticoncepción oral de emergencia por país.....	34
<b>Cuadro 13.</b> Situación actual de la educación integral de la sexualidad por país.....	39
<b>Cuadro 14.</b> Causales para la despenalización del aborto por país .....	40
<b>Cuadro 15.</b> Acceso a la prueba de VIH por país .....	43
<b>Cuadro 16.</b> Gratuidad de los servicios de VIH por país.....	44
<b>Cuadro 17.</b> Listado de instrumentos internacionales jurídicos vinculantes.....	61
<b>Cuadro 18.</b> Listado de instrumentos internacionales jurídicos no vinculantes.....	61
<b>Figura 1.</b> Países de América Latina cuya Constitución hace mención a SSR o planificación familiar .....	14
<b>Figura 2.</b> Países de América Latina con leyes que hacen mención a la SSR o planificación familiar.....	14
<b>Figura 3.</b> Características de los servicios de salud diferenciados.....	25



## Glosario de siglas

<b>AOE</b>	Anticoncepción Oral de Emergencia
<b>ARV</b>	Antirretroviral
<b>CEDAW</b>	Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (por sus siglas en inglés)
<b>CEPAL</b>	Comisión Económica para América Latina y el Caribe
<b>CIPD</b>	Conferencia Internacional de Población y Desarrollo
<b>CV</b>	Carga Viral
<b>CD4</b>	Linfocitos T CD4 son un tipo de células que constituyen una parte esencial del sistema inmunitario
<b>DDHH</b>	Derechos Humanos
<b>DIU</b>	Dispositivos intrauterinos
<b>EIS</b>	Educación integral de la sexualidad
<b>IPPF</b>	Federación Internacional de Planificación Familiar (por sus siglas en inglés)
<b>ITS</b>	Infecciones de transmisión sexual
<b>ODM</b>	Objetivos de Desarrollo del Milenio
<b>ODS</b>	Objetivos de Desarrollo Sostenibles
<b>OEA</b>	Organización de los Estados Americanos
<b>ONU</b>	Organización de las Naciones Unidas
<b>ONUSIDA</b>	Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA
<b>OPS/OMS</b>	Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud
<b>PAE</b>	Píldora anticonceptiva de emergencia
<b>PNUD</b>	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
<b>SIDA</b>	Síndrome de inmunodeficiencia adquirida
<b>SSR</b>	Salud sexual y reproductiva
<b>TARV</b>	Tratamiento antirretroviral
<b>UNFPA</b>	Fondo de Población de las Naciones Unidas
<b>UNICEF</b>	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
<b>VIH</b>	Virus de inmunodeficiencia humana







## Resumen ejecutivo

El objetivo de este análisis es conocer a profundidad cómo las leyes y políticas afectan el acceso de adolescentes y jóvenes a información y servicios de salud sexual reproductiva (SSR) y al virus de inmunodeficiencia humana (VIH). Para ello, se han analizado diversos temas que guardan relación con la materia, como: la edad de consentimiento para las relaciones sexuales entre adolescentes, la edad de consentimiento para el matrimonio y unión civil, las políticas orientadas a la adolescencia y juventud, la responsabilidad penal de las y los adolescentes, la criminalización de la transmisión del VIH, las políticas migratorias y las normas y políticas que regulan los servicios de SSR y VIH, entre otras.

Con base en el análisis realizado, podemos destacar algunas normas y políticas que, lejos de acercar a los y las adolescentes y jóvenes a los servicios de SSR y VIH, constituyen importantes barreras de acceso.

### Principales barreras encontradas

- En diversos países, las personas menores de edad requieren del consentimiento de sus padres o tutores legales para solicitar servicios e insumos de SSR, prevención y atención del VIH. Sin embargo, este requerimiento no guarda relación con las normas que establecen la edad de consentimiento para iniciar relaciones sexuales, sin que medien consecuencias penales. Un o una joven que inicia su vida sexual a los 14 años, y que puede hacerlo sin el consentimiento de sus padres, no debería tener que esperar hasta la mayoría de edad para acceder libremente a los servicios de SSR y VIH, pues es en este período en que las y los adolescentes y jóvenes son más vulnerables a los embarazos no deseados y a contraer infecciones de transmisión sexual, incluyendo el VIH.
- En Chile y Paraguay la edad de consentimiento para las relaciones sexuales homosexuales es mayor a la edad de consentimiento para las relaciones sexuales heterosexuales. Esta diferencia supone discriminación por orientación sexual y puede constituir una barrera para la atención de parejas homosexuales, por temor a las consecuencias penales en que puedan incurrir.
- Todos los países analizados han establecido la edad para contraer matrimonio en 18 años o cuando se cumple la mayoría de edad, pero la mayoría de estos también permiten excepciones para el matrimonio antes de esa edad. Así vemos que Colombia, Guatemala, Nicaragua y Venezuela permiten el matrimonio desde los 14 años a las adolescentes con el consentimiento de sus padres. Además Guatemala, Nicaragua, Honduras y Venezuela fijan una edad mínima para el matrimonio de las adolescentes, que es menor que la edad establecida para los adolescentes. Argentina, Chile, Brasil, Colombia, Ecuador, Uruguay y algunos estados en México permiten el matrimonio y/o unión civil entre personas del mismo sexo; sin embargo, la edad permitida para este tipo de unión en Chile y Colombia es superior a la edad requerida para el matrimonio heterosexual, siendo necesario haber cumplido la mayoría de edad para poder optar por la unión civil. Argentina, El Salvador, Panamá y México son los únicos que no establecen excepciones para el matrimonio antes de los 18 años y no hacen distinción por sexo.
- Con relación al acceso a la prueba del VIH, en 9 de los 17 países objeto de este análisis (Chile, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Panamá, Perú y Paraguay) los menores de edad requieren del consentimiento de sus padres o tutores legales para acceder a la prueba del VIH o sus resultados. Cabe destacar que en Honduras la mayoría de edad se obtiene a los 21 años y el acceso a la prueba, sin el consentimiento de padres o tutores, es permitido a partir de los 18 años. En los casos de México y Panamá, se señala que para entregar los resultados de las pruebas es necesario que el/la adolescente acuda acompañado de su padre, madre, tutor, tutora o persona de confianza. Para el caso de Paraguay, se establece que el personal de salud, ante la ausencia de



padres o tutores legales, puede solicitar a la fiscalía la autorización para realizar la prueba. Además, en Argentina toda persona que desee realizarse la prueba de VIH requiere del consentimiento médico u orden médica para la realización del examen, tanto en los servicios públicos como privados; y en Uruguay, se requiere de una orden médica solo en los servicios públicos de salud. Panamá es el único país que no ha instaurado la gratuidad de la prueba de VIH, universalmente. Estas situaciones constituyen, sin duda, barreras importantes para el acceso de las y los adolescentes y jóvenes a la prueba del VIH y representa un desafío para alcanzar la meta regional de aumentar al 90% la proporción de personas con VIH que conoce su diagnóstico para el 2020.

- En lo que se refiere a la accesibilidad del condón, si bien todos los países latinoamericanos considerados en el análisis provisionan el condón masculino de manera gratuita a través de sus sistemas de salud, solo seis países (Bolivia, Brasil, Ecuador, México, Perú y Uruguay) distribuyen gratuitamente el condón femenino. El limitado acceso que existe en la región al condón femenino, sumado a la necesidad de obtener el consentimiento de padres o tutores para obtener insumos de SSR, constituyen importantes barreras para el acceso y ejercicio pleno de los derechos sexuales y reproductivos de las y los adolescentes y jóvenes.
- Respecto de la anticoncepción oral de emergencia (AOE), de los 17 países presentes analizados, solo cuatro de ellos (Chile, Colombia, Ecuador y Uruguay) poseen leyes que de manera explícita garantizan el acceso a la AOE. Por otra parte, Honduras prohíbe la AOE mediante un Acuerdo de la Secretaría de Salud y Perú prohíbe su distribución en los servicios públicos de salud por una decisión del Tribunal Constitucional. En la legislación de Costa Rica no se hace referencia alguna a la AOE, generando un vacío legal en este tema. El resto de los países distribuyen la AOE, pero no establecen claramente la edad en que es permitida, dejando la materia a la interpretación. Guatemala considera la agresión sexual como el único escenario que permite la entrega de AOE, creando así una barrera de acceso a este insumo.
- En relación con el aborto, la mayoría de los países de la región restringe o limita el acceso al aborto seguro y legal. Chile<sup>1</sup>, El Salvador, Honduras y Nicaragua son los únicos países que no han despenalizado el aborto

bajo ninguna causal. Respecto de la despenalización del aborto en caso de grave peligro para la vida o la salud física y mental de la madre, Bolivia, Ecuador y Perú la han permitido en estos casos; mientras que Argentina, Colombia, Costa Rica, México y Panamá solo han despenalizado el aborto por grave peligro para la vida y la salud física de la madre. En caso de que el feto no pueda subsistir por sí solo (inviabilidad fetal), se ha autorizado el aborto en Colombia y México. En Brasil, solo se ha despenalizado el aborto por inviabilidad fetal para los casos de anencefalia fetal. El embarazo producto de una violación es causal para permitir el aborto en Argentina, Bolivia, Brasil, Colombia, México y Panamá. Sin embargo, cuando hablamos de los motivos socioeconómicos de la madre, solo encontramos el caso de Uruguay, que ha despenalizado el aborto por cualquiera de las causales arriba mencionadas, pero solo en los casos en que el aborto fuese realizado por un médico dentro de los tres primeros meses de la concepción. Las adolescentes con embarazos no planificados, a menudo, acuden a servicios clandestinos de interrupción del embarazo que no cuentan con personal calificado y se efectúan utilizando métodos o en circunstancias que pueden poner en peligro la salud y bienestar de las jóvenes.

- En materia de políticas nacionales de juventud, las edades que definen los países para el rango de juventud son variadas, como es el caso de Costa Rica, que define a la juventud desde los 12 hasta los 35 años; o el de Colombia, donde se considera jóvenes a aquellas personas entre 14 y 28 años. Estas diferencias entre los países hacen más difícil establecer un marco común en materia de políticas de protección para la juventud en la región.
- La edad de consentimiento para las relaciones sexuales se encuentra dentro del rango etario establecido como el inicio de la juventud en Colombia, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Uruguay y Venezuela. El resto de los países establecen edades de consentimiento para las relaciones sexuales más bajas que la edad en que se consideran jóvenes. Esto significa que las personas que inician relaciones sexuales antes de la edad considerada como el inicio de la juventud, pueden quedar excluidos de los programas y servicios nacionales de SSR y VIH.
- En materia de educación integral de la sexualidad (EIS), el escenario de Latinoamérica es bastante heterogéneo. Panamá es el único país que no ha legislado o no posee normativa específica sobre educación sexual, por ende,

<sup>1</sup> El 31 de enero de 2015, la presidenta Bachelet de Chile presentó a la Asamblea Nacional un proyecto de ley para despenalizar el aborto por tres causales: riesgo para la vida o la salud de la madre, inviabilidad del feto y violación.

no existe entidad gubernamental responsable de esta obligación. Argentina y Colombia son los únicos países que han establecido una ley específica para regular la EIS. En Uruguay, la Ley General de Educación plantea el tema de la ESI y la Ley de SSR plantea la necesidad de formar a los docentes en derechos sexuales y reproductivos. En cambio, Chile hace mención a esta en una ley de fertilidad que señala que los establecimientos educacionales reconocidos por el Estado deberán incluir, dentro del ciclo de enseñanza media, un programa de educación sexual, de acuerdo con sus principios y valores, dejando así a la discrecionalidad de cada centro los lineamientos curriculares en materia de educación sexual. Argentina, Bolivia, Costa Rica, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, Perú y Uruguay poseen claramente una edad mínima o un indicador escolar sobre el momento en que se considera adecuado impartir contenidos sobre educación en salud sexual y reproductiva, mientras que en Paraguay y Venezuela es necesario educar en todas las edades. Algunos países, como Chile, Venezuela y Bolivia, a pesar de contar con programas de EIS reportan un avance inferior al 35% en la implementación de la Declaración Ministerial, dejando en evidencia la importancia de mejorar la calidad de los planes y programas educativos y regular los contenidos básicos de acuerdo a las normas y recomendaciones internacionales, para evitar la discrecionalidad de los centros educativos y los docentes en la implementación de estos programas.

- En materia de migración, Paraguay y Nicaragua establecen restricciones para la permanencia de personas viviendo con el VIH en el país después de los tres meses. En ambos países, el permiso para la residencia es negado si la prueba de VIH es positiva; pero en Paraguay, se hace una excepción a esta restricción si la persona demuestra que tiene recursos suficientes para pagar por su tratamiento.
- En relación con los servicios de atención del VIH, los y las adolescentes y jóvenes, además de enfrentarse a las limitantes de edad que están vigentes en muchos países, también se enfrentan a otras limitantes, como por ejemplo: en Chile, el tratamiento antirretroviral (TARV) y los exámenes de CD4 y CV está garantizado solo a personas que se encuentran dentro de los dos quintiles de menor ingreso y están aseguradas en el sistema público de salud; en Panamá, los exámenes de CD4 y CV no son gratuitos y el costo depende de la evaluación económica realizada por un trabajador/a social; y en Colombia, los exámenes de CD4 y CV deben ser costeados por los pacientes. Estas barreras

impiden que las personas se mantengan bajo cuidado médico, tengan acceso al TARV y se adhieran al tratamiento para lograr niveles de carga viral indetectable, poniendo en peligro el cumplimiento de las metas regionales para aumentar al 90% la proporción de personas bajo tratamiento antirretroviral y aumentar al 90% la proporción de personas bajo tratamiento con carga viral indetectable.

- Si bien es cierto que todos los países analizados ofrecen servicios de salud diferenciados para adolescentes y jóvenes, los mismos no aseguran siempre la distribución del condón masculino y femenino, métodos de anticoncepción, el aborto seguro y la prueba del VIH, debido en parte a las barreras legales existentes que restringen el acceso a servicios e insumos de SSR y VIH. Además es necesario evaluar la calidad de los servicios, ya que varios países reportan que, en la práctica, estos programas no tienen cobertura a nivel nacional, ni funcionan adecuadamente guardando la confidencialidad y garantizando el acceso a información de calidad. Varios países como Bolivia, El Salvador, Guatemala y México cuentan con políticas, planes y programas que se encuentran desactualizados o que han perdido su vigencia.

## Recomendaciones

### *Normativa Jurídica*

1. Eliminar el consentimiento de los padres o tutores legales para el acceso de los servicios e insumos de SSR y VIH, incluyendo el acceso libre y gratuito a la prueba del VIH, los condones masculinos y femeninos, la anticoncepción oral de emergencia, la profilaxis postexposición y demás servicios e insumos de SSR incluidos otros métodos anticonceptivos; al menos, desde la edad en que las legislaciones consienten el inicio de las relaciones sexuales para las personas adolescentes.
2. Equiparar la edad de consentimiento para las relaciones sexuales, para relaciones homosexuales y heterosexuales, puesto que esta diferencia supone discriminación por orientación sexual.
3. Impulsar proyectos de ley de educación integral en sexualidad (EIS), basados en la evidencia que incluya referencias específicas sobre la pertinencia de brindar EIS adaptada a cada edad, durante todo el ciclo formativo de una persona.
4. Promover cambios legales que garanticen el acceso universal a la anticoncepción oral de emergencia, otros métodos de anticonceptivos y la profilaxis postexpo-

sición, en aquellos países que no poseen lineamientos oficiales sobre el acceso universal a la anticoncepción oral de emergencia y otros métodos de anticonceptivos y a la profilaxis postexposición.

5. Incentivar a los gobiernos a la adquisición de condones femeninos y la distribución gratuita entre poblaciones prioritarias, de acuerdo a los criterios definidos en sus respectivas políticas nacionales.
6. Adecuar las legislaciones nacionales para eliminar las excepciones legales al matrimonio antes de los 18 años, conforme a los estándares internacionales y las recomendaciones de la OMS, UNICEF, ONUSIDA y UNFPA. Igualmente, se recomienda eliminar las diferencias a la edad de matrimonio por razón de sexo u orientación sexual.
7. Adecuar la legislación migratoria de los países, eliminando las barreras que puedan limitar el libre movimiento de las personas que viven con VIH, tanto para el ingreso como para la residencia en un país diferente al de origen, asegurando el acceso a la atención integral médica y al tratamiento antirretroviral.
8. Limitar la aplicación de la ley penal solo a los casos de transmisión intencional del VIH.
9. Asegurar el acceso a los exámenes de carga viral y CD4 de forma gratuita y oportuna, así como al tratamiento antirretroviral continuo, aumentando su cobertura hasta llegar al total de personas viviendo con VIH que requieran tratamiento.
10. Derogar las leyes que obligan a revelar el estado serológico con respecto al VIH y otras leyes que puedan resultar contraproducentes a los esfuerzos de prevención, tratamiento, atención y apoyo relacionados con el VIH o que violen los derechos humanos de las personas que viven con el VIH y otros grupos vulnerables.
11. Asegurar que los países adaptan su legislación y políticas de atención en salud sexual y reproductiva, tomando en consideración los convenios y pactos internacionales, en la evidencia y las políticas orientadas a reducir la morbi-mortalidad, proteger los derechos humanos de los y las adolescentes y jóvenes, incluyendo sus derechos sexuales y reproductivos.

### ***Políticas Públicas***

12. Garantizar que la edad de consentimiento para las relaciones sexuales coincida con el límite inferior del rango de edad definido como el inicio de la adolescencia y juventud por las leyes y políticas de cada país.

### ***Servicios***

13. Promover y fortalecer estrategias para facilitar el acceso a información clara y comprensible sobre los servicios de salud reproductiva para adolescentes y jóvenes, que incluya información sobre la ubicación de los establecimientos o lugares que ofrecen información, consejería y/o servicios de SSR y VIH.
14. Coordinar estrategias múltiples que garanticen la distribución de métodos anticonceptivos modernos y gratuitos, previa consejería en espacios de salud amigables, promoviendo el uso y distribución del condón masculino y femenino como método de triple protección (prevención de embarazos no deseados, prevención de VIH y otras infecciones de transmisión sexual) para adolescentes y jóvenes.
15. Habilitar y asegurar la distribución de la anticoncepción oral de emergencia en los centros de salud y en los espacios diferenciados para adolescentes y jóvenes, tomando como evidencia la experiencia de los países que la distribuyen sin limitaciones; de igual manera, poner a disposición de las y los jóvenes que lo requieren, la profilaxis postexposición.
16. Eliminar las prohibiciones relacionadas con el acceso, comercialización y distribución del anticonceptivo oral de emergencia y que, aquellos países de la región que no lo proporcionan, universalicen la entrega del mismo en los centros de salud y farmacias.







## Antecedentes y contexto

Desde la década de los ochenta, la proporción de jóvenes en la población total de América Latina ha alcanzado su nivel más alto. La región vive una etapa de transición demográfica en que la proporción de personas en edades potencialmente productivas crece de manera sostenida en relación con la de personas en edades potencialmente inactivas (menores de 15 y mayores de 60 años). Esta coyuntura en la relación entre “etariamente productivos” y “etariamente dependientes” hace que la sociedad tenga mayores oportunidades para generar los recursos fiscales y contributivos que necesita para alcanzar un desarrollo económico pleno y sostenible<sup>2</sup>.

Este momento representa también muchos retos ya que, al crecer el número de jóvenes en América Latina, crecen también sus necesidades de servicios en relación a aspectos básicos como la salud, el empleo, la educación y la seguridad, entre otros.

Si bien es cierto, la generación actual de jóvenes en la región es generalmente más sana y mejor educada que en el pasado, hay aspectos relacionados a la salud sexual y reproductiva (SSR) y el VIH que son pasados por alto como aspectos fundamentales para el desarrollo y bienestar de las personas jóvenes y de la región en general.

El limitado acceso a los servicios de SSR y VIH, contribuye a los altos niveles de embarazos no planificados, la infección por VIH y otras infecciones de transmisión sexual. La región tiene una de las tasas más altas de embarazos en adolescentes (15-19 años), luego de África Subsahariana, donde el 20% de todos los partos en la región corresponden a menores de 20 años<sup>3</sup>. En América Latina, el VIH y las complicaciones del embarazo están en

tre las cinco principales causas de mortalidad en jóvenes, además de las causas externas como lo son los accidentes de tránsito, la violencia y el suicidio.

El SIDA dio cuenta del 47% de todas las defunciones por enfermedades infecciosas y parasitarias en jóvenes de 15 a 29 años en la región de las Américas; de esta cifra, el 67% correspondió a varones jóvenes y el 33% a mujeres jóvenes<sup>4</sup>. Esta realidad es reversible a través de políticas de acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva y VIH desde la adolescencia, pues, es en este período en el que se pueden establecer conductas saludables.



En América Latina, solo el 30% de las personas jóvenes entre 15-24 años identifican correctamente como prevenir la transmisión sexual del VIH y rechazan conceptos erróneos sobre la transmisión del mismo<sup>5</sup>. La falta de información de calidad sobre salud y derechos sexuales y reproductivos está teniendo consecuencias graves en la epidemia de VIH, ya que se estima que un tercio de las nuevas infecciones por VIH en nuestra región ocurren en jóvenes entre 15 y 24 años<sup>6</sup>.

---

<sup>2</sup> CEPAL-UNFPA, Informe regional de población en América Latina y el Caribe 2011: Invertir en Juventud, 2011.

<sup>3</sup> OPS, Estrategia y plan de acción regional sobre los adolescentes y jóvenes 2010-2018, 2010.

---

<sup>4</sup> Idem 3

<sup>5</sup> ONUSIDA, Global AIDS response progress reporting (GARPR) 2012, 2012.

<sup>6</sup> IPPF, Evaluación de la implementación de la Declaración Ministerial “Prevenir con Educación”. Del acuerdo a la acción: Avances en América Latina y el Caribe, 2012.



Las normas perjudiciales de género y la violencia de género, que afecta a las mujeres y las personas de la diversidad sexual por razón de orientación sexual e identidad de género, son factores sociales que están vinculados al aumento de la vulnerabilidad y riesgo ante el VIH.

La aplicación inadecuada de las leyes y los débiles mecanismos de protección social y familiar relacionados a la violencia de género, sumado a la inexistencia de leyes y políticas que protejan a las poblaciones claves del estigma y la discriminación, afectan a los y las jóvenes y les hacen tomar decisiones no informadas, difíciles y de riesgo.

Esto demuestra que hay mucho aún por avanzar para garantizar las herramientas que permitan a las personas jóvenes vivir una vida más digna y plena, especialmente cuando existen factores, incluyendo culturales, económicos, institucionales, legales y de políticas, que juegan un papel determinante en el acceso a los servicios de SSR y prevención del VIH para esta población.

Dada la escasa información en esta temática, consideramos necesario realizar este análisis para entender mejor cómo las leyes y políticas nacionales afectan el acceso de los y las adolescentes y jóvenes a información y servicios de SSR y VIH.





## Marco teórico

Para la Organización Panamericana de la Salud, “adolescentes” son las personas entre 10 y 19 años; y “jóvenes”, las personas entre 15 y 24 años<sup>7</sup>. La adolescencia y la juventud es un período en el que un individuo experimenta importantes cambios físicos y psicológicos; junto a esto, hay enormes cambios en las interacciones y relaciones sociales.

La adolescencia es un momento de oportunidad, porque se pueden tomar acciones durante este período para establecer el escenario para la vida adulta saludable y reducir la probabilidad de problemas en los años que están por venir. Al mismo tiempo, es un período de riesgo; un período en que los problemas de salud que tienen graves consecuencias inmediatas pueden ocurrir y ocurren; un período en que los problemas de comportamiento que podrían tener efectos adversos graves sobre la salud en el futuro se inician<sup>8</sup>.

La OMS ha definido salud reproductiva como la condición en la cual se logra el proceso reproductivo en un estado de completo bienestar físico, mental y social de las personas, y no solamente en ausencia de enfermedad o trastornos de dicho proceso. Según la OMS, la salud sexual se refiere al completo bienestar físico y psicológico en el plano sexual y supone la integración de los aspectos somáticos, emocionales, intelectuales y sociales de la sexualidad, de manera que se enriquezcan y estimulen la personalidad, la comunicación y el amor.

Por los servicios de salud, nos referimos a la atención proporcionada por un/a trabajador/a de la salud a un/a paciente dirigido a prevenir un problema de salud, o la detección y el tratamiento de uno. A menudo incluye el suministro de información, asesoramiento y orientación.

Sin embargo, existen barreras que enfrentan las personas adolescentes y jóvenes en la obtención de los servicios de salud que se relacionan con la disponibilidad, la accesibilidad, la aceptabilidad y la equidad.

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<sup>9</sup>.

Respecto de los servicios de salud sexual y reproductiva:

En primer lugar, en muchos lugares, los servicios de salud como la anticoncepción oral de emergencia y aborto seguro, simplemente no están disponibles para cualquier persona, ya sea para adolescentes o para adultos.

En segundo lugar, aun cuando los servicios de salud están disponibles, los y las adolescentes pueden ser incapaces de obtenerlos por una variedad de razones: leyes y políticas restrictivas pueden impedir que algunos servicios de salud sean proporcionados a algunos

<sup>7</sup> OPS, Modelo de consejería orientada a los jóvenes, 2005.

<sup>8</sup> OMS, Making health services adolescent friendly, 2012.

<sup>9</sup> ONU, Programa de Acción de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo, 1994.



grupos de adolescentes (por ejemplo, el suministro de anticonceptivos a los y las adolescentes no casados); los y las adolescentes pueden no saber dónde y cuándo se proporcionan los servicios de salud; los centros de salud pueden estar ubicados a gran distancia de donde viven/estudian/trabajan; o los servicios de salud pueden ser costosos y fuera de su alcance. Lo que esto significa es que los servicios de salud no son accesibles para ellos.

En tercer lugar, los servicios de salud pueden ser entregados de una manera que los y las adolescentes no quieren obtenerlos, incluso si pudieran. Una razón común para esto es que tienen que ir y esperar en un lugar donde pueden ser vistos por personas que conocen. Otras razones son el temor de que los trabajadores de salud les regañen, realicen preguntas difíciles, los enfrenten a procedimientos desagradables; o que los trabajadores de la salud no mantengan la confidencialidad. Lo que esto significa es que los servicios de salud no son aceptables ni accesibles para ellos.

Por último, los servicios de salud pueden ser “amistosos” para algunos adolescentes, pero pueden ser “hostiles” para otros, como los y las jóvenes que viven y trabajan en las calles. En otras palabras, pueden estar disponibles, accesibles y aceptables, pero no necesariamente serán equitativos<sup>10</sup>.

Diversas declaraciones, cartas, pactos y convenciones internacionales sustentan jurídicamente las políticas orientadas al reconocimiento y disfrute de derechos de las y los jóvenes, sean civiles, políticos, económicos, sociales o culturales. En este sentido, es relevante rescatar aquellos instrumentos que evidencian claramente estas pretensiones, como la Convención sobre los Derechos del Niño de 1989, la Convención Interamericana de los Derechos de los Jóvenes de 2005, el Programa de Acción de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo de 1994, la Declaración de Guanajuato de 2010, la Carta de Bahía de 2012 y el Consenso de Montevideo de 2013, entre otros.

Así mismo, en el año 2012, la Comisión de Población y Desarrollo: “Exhorta a los gobiernos, con la plena participación de los jóvenes y con el apoyo de la comunidad internacional, para dar toda su atención a la satisfacción de las necesidades de servicios de salud, información y educación reproductiva de los jóvenes con pleno respeto a su privacidad y confidencialidad, libre de discriminación,

y que les proporcione una educación integral basada en la evidencia sobre la sexualidad humana, la salud sexual y reproductiva, los derechos humanos y la igualdad de género, a fin de que puedan hacer frente de una manera positiva y responsable su sexualidad”<sup>11</sup>.

## Legislaciones nacionales

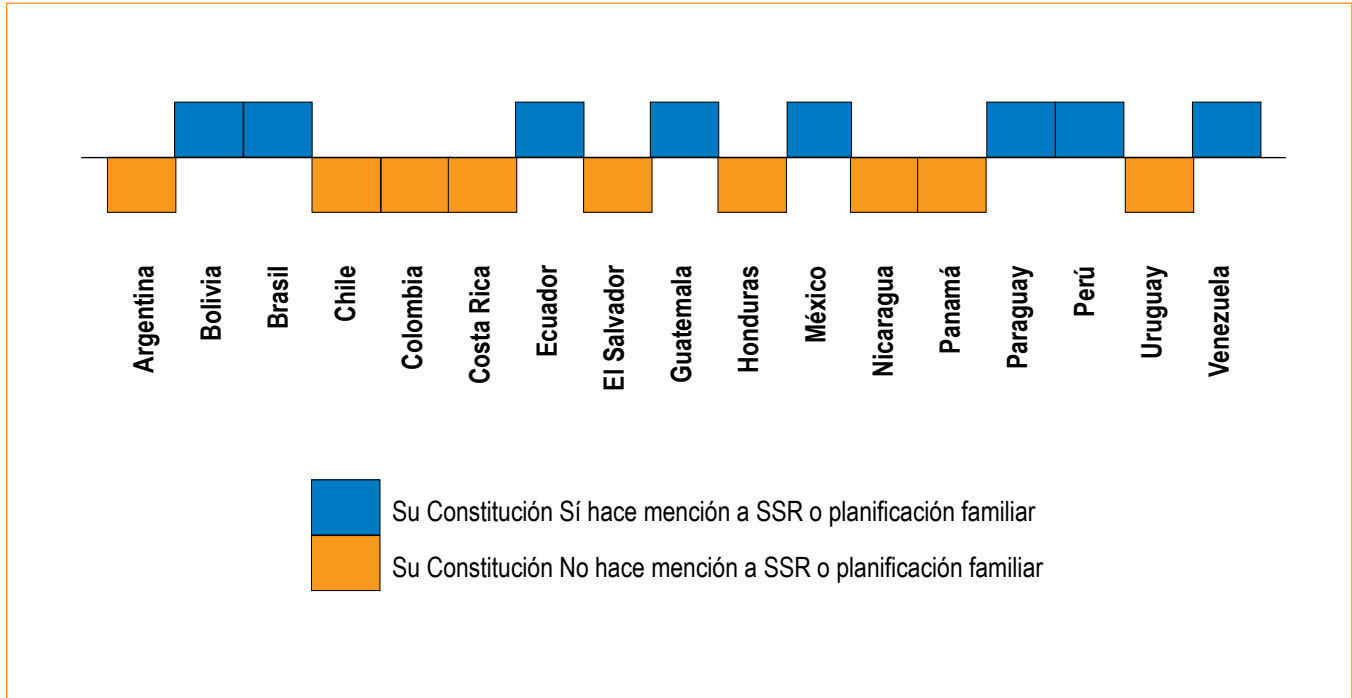
Al analizar la legislación vigente en los 17 países de Latinoamérica considerados en este informe, se observa que ocho de ellos hacen mención especial a temas de salud sexual y reproductiva o planificación familiar en sus Constituciones (figura 1), mientras que 13 países poseen leyes relacionadas con derechos reproductivos (figura 2). Costa Rica, Panamá, Nicaragua y Honduras no poseen leyes particulares sobre salud sexual y reproductiva; sin embargo, poseen otros documentos oficiales donde regulan estos temas. Algunos de estos son: Política Nacional de Sexualidad 2010-2021 y su Plan Estratégico (Costa Rica), Normas Técnicas y Administrativas del Programa Nacional de Salud Integral de los y las Adolescentes (Panamá), Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (Nicaragua), Estrategia Nacional de Prevención de Embarazo en Adolescentes y el Manual de Normas de Atención Integral para los y las Adolescentes (Honduras).



<sup>10</sup> OMS, ob. cit., 2012.

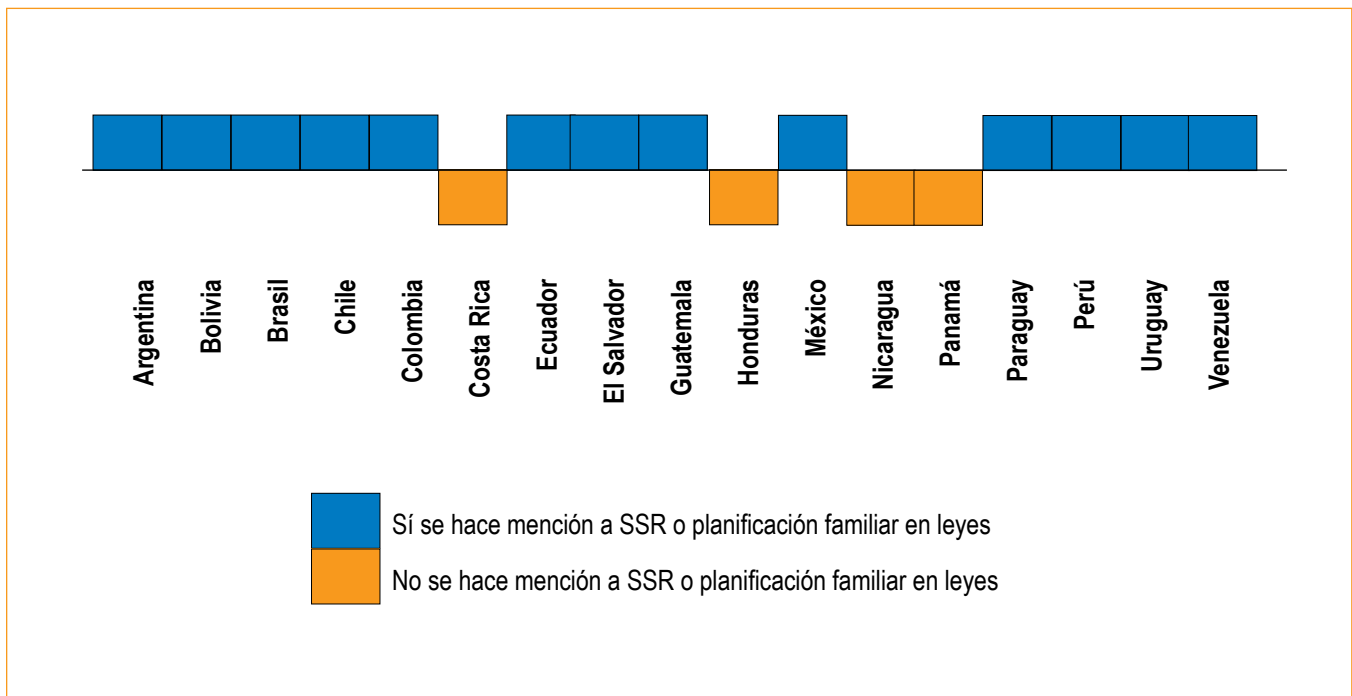
<sup>11</sup> Resolución de la Comisión sobre Población y Desarrollo, Sesión 45, 2012.

**Figura 1.** Países de América Latina cuya Constitución hace mención a SSR o planificación familiar



Fuente: Elaboración propia, con base en la legislación y políticas públicas vigentes.

**Figura 2.** Países de América Latina con leyes que hacen mención a la SSR o planificación familiar



Fuente: Elaboración propia, con base en la legislación y políticas públicas vigentes.





## Principales condiciones jurídicas de las personas jóvenes

Los derechos sexuales y reproductivos y el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva se circunscriben en las legislaciones de cada país, en las políticas públicas de salud o en los protocolos de atención a los usuarios de los servicios de salud, por lo que es necesario realizar una revisión exhaustiva de las condiciones en que los servicios son ofrecidos y cómo afectan al acceso de las personas jóvenes a cada uno de estos.

La coherencia y pertinencia que tienen estos programas depende en gran medida de las condiciones jurídicas que enmarcan las relaciones sexuales; es decir, la edad desde que rige la despenalización de las relaciones sexuales hetero y homosexuales. Este indicador no es antojadizo, pues toda acción y política pública debe enmarcarse en el principio de legalidad que establecen los ordenamientos jurídicos de cada país. Solo nos remitiremos al estudio del acceso de los servicios de SSR, teniendo en consideración que la edad mínima en que los adolescentes y jóvenes deberían tener acceso a ellos es desde que son capaces de consentir sus relaciones sexuales. Así, por ejemplo, las y los adolescentes que tienen consentimiento para sus relaciones sexuales desde los 14 años no deberían limitar o condicionar el acceso a los servicios e insumos de salud sexual y reproductiva como el condón y la píldora anticonceptiva de emergencia, entre otros. Por ello, en adelante, es importante establecer las diferencias que se registran sobre la edad de consentimiento de las relaciones sexuales y las restricciones de acceso a los diferentes servicios.

### Efectos jurídicos en adolescentes y jóvenes

El ejercicio de los derechos de toda persona es libre y personal; sin embargo, el ejercicio de derechos de las personas adolescentes y jóvenes depende principalmente de la capacidad jurídica que posean, según se establece en

cada legislación. En este sentido, es necesario definir la capacidad, las formas de obtenerla y sus consecuencias según la edad.

La *capacidad jurídica* es la aptitud que tienen las personas para ser sujetos de relaciones jurídicas; es decir, contraer y ejercer derechos y obligaciones. La *capacidad de goce* surge en el momento mismo del nacimiento y está indisolublemente ligada a la persona humana; es decir, durante todo el transcurso de su vida puede exigir sus derechos. En cambio, la capacidad de ejercicio la poseen las personas aptas con discernimiento para actuar por sí mismas, sin necesidad de representación de los padres para contraer nuevos derechos y obligaciones.

La *capacidad de ejercicio* se habilita a través de la emancipación, sin perjuicio de que la legislación establezca excepciones en el ejercicio de ciertos derechos, aun cuando la persona no sea titular de capacidad jurídica. La emancipación, entendida como el fin, dimisión o abdicación de la patria potestad o tutela sobre una persona menor de edad, es una característica obtenida a partir de la mayoría de edad, pero no es la única forma de obtenerla, pues el matrimonio de una persona menor de edad es también habilitante de emancipación y, por consiguiente, de capacidad jurídica.

Si bien solo Honduras y Nicaragua establecen la mayoría de edad a los 21 años, mientras que el resto de países es a los 18 años (cuadro 1), y esta condición les otorga por consiguiente la capacidad jurídica, esta no tiene relación con la competencia que tienen las y los adolescentes en el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos, pues la autonomía del ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos no están ligados a la capacidad. En este sentido, es necesario desarrollar cada una de las condiciones que establecen las legislaciones o políticas públicas de atención de salud para identificar las edades en que las y los adolescentes son capaces de ejercer sus derechos sexuales y reproductivos.

**Cuadro 1.** Mayoría de edad por país

<b>País</b>	<b>Mayoría de edad</b>
Argentina	18
Bolivia	18
Brasil	18
Chile	18
Colombia	18
Costa Rica	18
Ecuador	18
El Salvador	18
Guatemala	18
Honduras	21
México	18
Nicaragua	21
Panamá	18
Paraguay	18
Perú	18
Uruguay	18
Venezuela	18

*Fuente: Elaboración propia, con base en la legislación y políticas públicas vigentes.*

Por otra parte, la emancipación obtenida por el matrimonio y la unión civil, que se especificará más adelante, por regla general establece que el matrimonio y la unión civil de una persona menor de edad o entre personas menores de edad, les habilitará de capacidad jurídica para ciertas acciones, no todas, pero las suficientes para habilitarlas para el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos, al igual que la mayoría de edad.

## Relaciones sexuales de las personas jóvenes

La edad de inicio y consentimiento de las relaciones sexuales se constituyen como factores relevantes para determinar las políticas de atención en los servicios de salud sexual y reproductiva, la educación integral de la sexualidad, el desarrollo de las políticas sociales que inciden en la actividad sexual de toda persona en el transcurso de su vida (cuadro 2). En las legislaciones de los países estudiados, se evidencian variaciones significativas respecto de las edades de consentimiento de las relaciones sexuales dependiendo de diversos factores; por ejemplo, en Bolivia

están despenalizadas las relaciones sexuales desde los 12 años siempre que sean relaciones entre menores, que entre estos no tengan más de tres años de diferencia y que no haya mediado violencia o intimidación. Sin embargo, se considera edad de consentimiento para relaciones sexuales la edad desde que las y los jóvenes están autorizados a tener relaciones sexuales por su propio consentimiento, sin mediar responsabilidad penal.

Chile y Paraguay realizan una diferencia en las edades de consentimiento de las relaciones sexuales de parejas homosexuales, autorizando las relaciones de estas últimas en una edad mayor a la conferida a las heterosexuales<sup>12</sup>. Esta diferencia constituye una discriminación arbitraria contra la comunidad homosexual en el ejercicio de sus derechos, la no discriminación y la protección de sus garantías como personas iguales ante la ley.

La mayoría de las legislaciones establece que tanto hombres como mujeres consienten legalmente sus relaciones sexuales entre los 12 y 15 años, excepto las relaciones homosexuales en Chile, que solo están autorizadas desde que se adquiere la mayoría de edad. Es decir, no es requisito ser mayor de edad para consentir una relación sexual facultada expresamente por ley, sin embargo, y como veremos más adelante, esta autorización no es excepción para que desde esa edad las y los adolescentes puedan acceder libremente a los servicios de salud sexual y reproductiva.



<sup>12</sup> Para el caso de Paraguay, ver los artículos 135 y 138 del Código Penal; y para Chile, los artículos 362 y 365 del Código Penal, en los que se establece esta diferencia.

**Cuadro 2.** Edad de consentimiento para las relaciones sexuales

País	Relaciones heterosexuales		Relaciones homosexuales	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Argentina	13	13	13	13
Bolivia	12	12	12	12
Brasil	14	14	14	14
Chile	14	14	18	18
Colombia	14	14	14	14
Costa Rica	13	13	13	13
Ecuador	14	14	14	14
El Salvador	18	18	18	18
Guatemala	14	14	14	14
Honduras	14	14	14	14
México	12	12	12	12
Nicaragua	16	16	16	16
Panamá	18	18	18	18
Paraguay	14	17	16	16
Perú	14	14	14	14
Uruguay	15	15	15	15
Venezuela	16	16	16	16

Fuente: Elaboración propia, con base en la legislación y políticas públicas vigentes.





### Despenalizan las relaciones sexuales de menores en Perú (2012)

El Tribunal Constitucional del Perú declaró fundada la demanda de inconstitucionalidad contra la norma que penalizaba las relaciones sexuales consentidas, en que al menos uno de los involucrados era mayor de 14 años y menor de 18. La demanda fue presentada por más de 10 mil ciudadanos contra el artículo 1 de la Ley 28704, que modifica el inciso 3 del artículo 173 del Código Penal, sobre delito de violación sexual contra menores de edad entre 14 y 18 años.

El TC precisó que la sentencia no genera derechos de excarcelación para los procesados y condenados por violencia, agresión o abuso sexual contra menores de edad entre 14 años a menos de 18. También refirió que tal declaración de inconstitucionalidad no implica que a dichos procesados o condenados, cuando corresponda, no se les pueda procesar nuevamente por el delito de violación sexual.

Igualmente, exhortó al Congreso de la República para que, conforme a sus competencias, pueda legislar de forma sistemática y con la gravedad de la pena que corresponda, todos aquellos casos que comprometan los derechos fundamentales de los menores de edad.

El Tribunal explicó que, en cuanto a la titularidad del derecho a la libertad sexual como parte de su derecho al libre desarrollo de la personalidad, queda claro que son titulares todos los mayores de 18 años de edad. Sin embargo, conforme a determinados elementos normativos y fácticos que operan en el ordenamiento jurídico peruano, los menores de edad entre 14 años y menos de 18 también pueden ser titulares de dicho derecho.

De acuerdo a los solicitantes: “Es constitucionalmente legítimo sancionar gravemente las relaciones sexuales realizadas con violencia, coerción o aprovechamiento de una posición dominante, más aún si se trata de adolescentes y niños, pero de ninguna manera ello equivale a penalizar toda forma de relación sexual sostenida por adolescentes cuando no está en riesgo su indemnidad sexual y, por el contrario, se trata del ejercicio libre de su sexualidad”.

## Matrimonio y unión civil

Toda una serie de documentos relativos a los derechos humanos establece las normas que se deben aplicar al matrimonio, cubriendo aspectos tales como la edad, el consentimiento, la igualdad dentro del matrimonio, y los derechos de la mujer en cuanto a su persona y a su propiedad. Los documentos y artículos clave son los siguientes: El artículo 16 de la Declaración Universal de los Derechos del Hombre (DUDH) de 1948; el Pacto Internacional en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de 1966; la Convención sobre el Consentimiento para el Matrimonio, la Edad Mínima para el Matrimonio y el Registro de Matrimonios de 1964; el artículo 16.1 de la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer de 1979; y la Convención sobre los Derechos del Niño (CDN).

En todos los países analizados, el matrimonio y la unión civil, contraído por menores de edad respecto de sus legislaciones, debe ser consentido por los padres o tutores legales. El matrimonio y la unión civil les otorga pleno derecho a la emancipación o eliminación de la patria potestad ejercida por los padres o tutores legales, por cuanto las y los adolescentes son capaces de tomar sus propias decisiones. Así podrán requerir de los servicios de salud sexual y reproductiva sin el consentimiento de sus responsables legales, pues desde la emancipación pasan a ser titulares del ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos.

Argentina y El Salvador contemplan el matrimonio entre menores de edad, siempre con el consentimiento de los padres y además bajo ciertas particularidades. Por ejemplo, el Código de Familia de El Salvador, según versa el inciso segundo del artículo 14: “...los menores de dieciocho años podrán casarse si siendo púberes, tuvieren ya un hijo en común, o si la mujer estuviere embarazada”. En la legislación Argentina, solo se autoriza el matrimonio de menores: “Previa dispensa judicial. La dispensa se otorgará con carácter excepcional y solo si el interés de los menores lo exigiese previa audiencia personal del juez con quienes pretendan casarse y los padres o representantes legales del que fuera menor”.

La capacidad jurídica, otorgada por emancipación a través del matrimonio, es una situación que coloca a los y las adolescentes en la posibilidad de acceder a los servicios de salud sin que medie el consentimiento de sus padres o tutores. No obstante, todos los y las adolescentes y jóvenes deberían tener acceso independiente a los servicios de SSR y de VIH estén o no casados.



El Comité de la CEDAW y el Comité de los Derechos del Niño han recomendado que los Estados Partes eliminen las excepciones relativas a la edad mínima para contraer matrimonio y establezcan en 18 años la edad mínima, tanto para niñas como para niños. Así mismo, UNICEF, UNFPA y OPS respaldan esta misma postura en varios documentos técnicos que analizan la materia.

Si bien es cierto que todos los países han establecido la edad mínima para contraer matrimonio en 18 años, la mayoría de estos también permiten excepciones para el matrimonio antes de esa edad con el consentimiento de los padres, tutores o cuidadores (cuadro 3).

Así vemos que Colombia, Guatemala, Nicaragua y Venezuela permiten el matrimonio desde los 14 años a las ni-

ñas, con el consentimiento de sus padres. Además Guatemala, Nicaragua, Honduras y Venezuela fijan una edad mínima para el matrimonio de las niñas, la cual es menor que la edad establecida para los niños.

Argentina, Chile, Brasil, Colombia, Ecuador, Uruguay y algunos estados en México permiten el matrimonio y/o unión civil entre personas del mismo sexo; sin embargo, la edad permitida para este tipo de unión en Chile y Colombia es superior a la edad requerida para el matrimonio heterosexual, siendo necesario haber cumplido la mayoría de edad para poder optar por la unión civil.

Argentina, El Salvador, Panamá y México son los únicos que no establecen excepciones para el matrimonio antes de los 18 años y no hacen distinción por sexo.

**Cuadro 3.** Edades mínimas permitidas para el matrimonio o unión civil por país

País	Edad para el matrimonio sin consentimiento		Edad para matrimonio con el consentimiento de padres, tutores o jueces		Edad para matrimonio o unión civil homosexual	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Argentina	18	18	-	-	18	18
Bolivia	18	18	16	16	-	-
Brasil	18	18	16	16	16	16
Chile	18	18	16	16	18	18
Colombia	18	18	14	14	18	18
Costa Rica	18	18	15	15	-	-
Ecuador	18	18	18	18	18	18
El Salvador	18	18	-	-	-	-
Guatemala	18	18	16	14	-	-
Honduras	21	21	18	16	-	-
México <sup>a</sup>	18	18	18	18	18	18
Nicaragua	21	18	15	14	-	-
Panamá	18	18	16	14	-	-
Paraguay	18	18	-	-	-	-
Perú	18	18	16	16	-	-
Uruguay	18	18	16	16	16	16
Venezuela	18	18	16	14	-	-

<sup>a</sup> La edad para unión civil de parejas homosexuales es 18 años en seis estados de México.

Fuente: Elaboración propia, con base en la legislación y políticas públicas vigentes



# Políticas públicas orientadas a la juventud

El desarrollo de las personas adolescentes y jóvenes y su proceso de inserción social se promueve a través de una serie de políticas públicas que les orientan en el plano social, económico, político y cultural. En este sentido, su salud sexual y reproductiva dependerá de las orientaciones técnicas que se le dé en las políticas focalizadas a su grupo etario, o de otra forma en el aseguramiento o promoción que otorguen las legislaciones a este grupo social.

## Políticas públicas nacionales en juventud

Existe consenso político sobre la necesidad de construir políticas públicas orientadas a las y los jóvenes, con especial atención a la salud sexual y reproductiva, dado que adolescentes y jóvenes menores de 25 años de edad son especialmente vulnerables en lo que respecta a la salud sexual y reproductiva. “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 personas 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”<sup>13</sup>.

Será imposible lograr los Objetivos de Desarrollo del Milenio y los nuevos desafíos que presenta la agenda de desarrollo Post 2015, relativos a la salud sexual y reproductiva, si no existen políticas focalizadas a adolescentes y jóvenes, menos aún si no se invierten recursos para la promoción y protección de la salud de este grupo. Sin embargo, el diseño de políticas públicas dependerá del rango etario en que se enmarcan las instituciones gubernamentales encargadas de las políticas sectoriales de juventud.

Las edades que definen los países para el rango de juventud son variadas (cuadro 4). Así observamos que Costa

Rica define a la juventud desde los 12 hasta los 35 años; y Colombia, donde se considera jóvenes a aquellas personas entre 14 y 28 años. Estas diferencias entre países no permiten establecer un marco común en materia de políticas de protección para la juventud en la región. No obstante, es necesario analizar el contexto de cada país para comprender el impacto y real consistencia que pueden tener las políticas públicas en SSR que emanen de los organismos gubernamentales a cargo de las políticas en juventud. Por este motivo es necesario contrastar la edad de consentimiento de las relaciones sexuales con el límite inferior del rango de edad que se define por juventud.

**Cuadro 4.** Rango etario definido para adolescencia y juventud por país

País	Adolescencia	Juventud
Argentina	S/I	15 a 29
Bolivia	12 a 18	16 a 28
Brasil	12 a 18	15 a 29
Chile	10 a 18	15 a 29
Colombia	12 a 18	14 a 28
Costa Rica	12 a 18	12 a 35
Ecuador	12 a 18	18 a 29
El Salvador	12 a 18	15 a 29
Guatemala	13 a 18	13 a 30
Honduras	10 a 19	12 a 30
México	12 a 17	12 a 29
Nicaragua	13 a 18	18 a 30
Panamá	14 a 18	15 a 29
Paraguay	14 a 16	18 a 29
Perú	12 a 18	15 a 29
Uruguay	13 a 18	14 a 29
Venezuela	12 a 18	15 a 30

<sup>13</sup> Alejandro Morlchetti, Políticas de salud sexual y reproductiva dirigidas a adolescentes y jóvenes: Un enfoque fundado en los derechos humanos, Notas de Población N° 85 CEPAL, 2007.

S/I: Sin información.  
Fuente: *Elaboración propia, con base en la legislación y políticas públicas vigentes.*

Del mismo modo, las políticas orientadas a la SSR deben tener concordancia y pertinencia con el público objetivo que desea alcanzar; así no solo debe analizarse a la juventud, sino también a la adolescencia, pues, es evidente que realizar políticas enfocadas solo a la juventud dejaría fuera a un sector importante de la población adolescente que inicia sus relaciones sexuales a temprana edad, y la misma ley les otorga consentimiento antes de ser considerados como jóvenes propiamente tal.

En el caso de que los gobiernos plantearan políticas públicas orientadas a la SSR dirigidas a los jóvenes, estas políticas serían insuficientes ya que la edad de consentimiento para las relaciones sexuales estaría dentro del rango etario considerado como juventud solo en Colombia, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Uruguay y Venezuela. El resto de los países establecen edades de consentimiento para las relaciones sexuales que se ubican por debajo de la edad mínima en que las personas menores de edad comienzan a ser consideradas jóvenes (cuadro 5).

**Cuadro 5.** Edad de consentimiento para las relaciones sexuales y límites inferiores de rango etario de adolescencia y juventud por país

País	Edad de consentimiento para las relaciones sexuales	Límite inferior a la adolescencia	Límite inferior a la juventud
Argentina	13	S/I	15
Bolivia	12	12	16
Brasil	14	12	15
Chile	14	10	15
Colombia	14	12	14
Costa Rica	13	12	12
Ecuador	14	12	18
El Salvador	18	12	15
Guatemala	14	13	13
Honduras	14	10	12
México	12	12	12
Nicaragua	16	13	18
Panamá	14	14	15
Paraguay	14	14	18
Perú	14	12	15
Uruguay	15	13	14
Venezuela	16	12	15

S/I: Sin información.

Fuente: Elaboración propia, con base en la legislación y políticas públicas vigentes.

En cambio, si las políticas públicas fueran desarrolladas desde la adolescencia en el marco de los rangos de edad que disponen los gobiernos para su implementación, la realidad regional sería distinta y traería consigo cambios favorables en el acceso a los servicios de SSR, acceso a anticoncepción, prevención y atención del VIH y otras ITS.

## Responsabilidad penal de personas adolescentes

En el ámbito penal, las personas adolescentes van adquiriendo cada vez más responsabilidades y por consiguiente se les asignan más deberes. Así, la responsabilidad penal de las personas menores de edad es un tema altamente debatido y condicionante en el diseño de las políticas públicas orientadas a la reinserción social de los menores infractores de ley. Tal es el caso que en la Convención de los Derechos del Niño se aseguraran ciertas garantías a las y los menores infractores, estableciendo una diferencia sustancial en el derecho penal que rige para los mayores de edad (cuadro 6).

**Cuadro 6.** Responsabilidad penal adolescente por país

País	Edad de responsabilidad penal	Recintos de seguridad diferenciados para jóvenes
Argentina	16 años	Sí
Bolivia	14 años	Sí
Brasil	12 años	Sí
Chile	14 años	Sí
Colombia	14 años	Sí
Costa Rica	12 años	Sí
Ecuador	12 años	Sí
El Salvador	12 años	Sí
Guatemala	13 años	Sí
Honduras	12 años	Sí
México	12 años	Sí
Nicaragua	13 años	Sí
Panamá	12 años	Sí
Paraguay	14 años	Sí
Perú	12 años	Sí
Uruguay	13 años	Sí
Venezuela	12 años	Sí

Fuente: Elaboración propia, con base en la legislación y políticas públicas vigentes.

Del mismo modo, la Convención asegura otras garantías de la justicia penal y procesal acorde a la condición de adolescentes de quienes son infractores de ley, además de establecer medidas alternativas o excepciones recomendando otras sanciones penales dejando en última instancia la privación de libertad.

La Convención de los Derechos del Niño establece ciertos estándares para la aplicación de penas privativas de libertad, a fin de asegurar que no produzca efectos deteriorantes en las y los adolescente y promueva, o al menos no dificulte, su reintegración en la sociedad. El tiempo de duración de la pena privativa de libertad deberá ser el más breve posible, no ser indeterminado, y no debe excluirse la posibilidad de otorgar la libertad con anterioridad al plazo establecido<sup>14</sup>. Finalmente, asegura que todo niño privado de libertad estará separado de los adultos<sup>15</sup>, siendo asegurado por todos los gobiernos latinoamericanos.

En la misma convención los Estados 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/a sea privado de su derecho al disfrute de esos servicios sanitarios<sup>16</sup>.

Respecto de los delitos contemplados en las legislaciones nacionales, la aplicación excesivamente amplia de la criminalización de la transmisión y exposición al VIH en casos donde no ha habido intencionalidad, no se revela el estatus de VIH o de exposición al VIH cuando no ocurre la transmisión suman otra capa al estigma relacionado con el VIH. La aplicación inadecuada o exageradamente amplia del derecho penal a la transmisión del VIH crea un riesgo real de aumentar el estigma y la discriminación de las personas que viven con el VIH y de alejarlas aún más de los servicios de prevención, tratamiento, atención y apoyo relacionados con el VIH<sup>17</sup>.

Así es como 10 países latinoamericanos consideran en sus códigos penales sanciones a quienes, conociendo su estado serológico, realicen acciones contra otras personas a fin de transmitir el virus, con la finalidad de afectar la salud y la integridad física de otras personas (cuadro 7). En algunos de estos casos, se criminaliza esta acción aunque no haya ocurrido la transmisión del VIH.

<sup>14</sup> UNICEF y Ministerio de Desarrollo Social de Argentina, Adolescentes en el Sistema Penal, 2008.

<sup>15</sup> Art 37, letra c, ONU, Convención sobre los Derechos del Niño, 1989.

<sup>16</sup> Art 24, ONU, Convención sobre los Derechos del Niño, 1989.

<sup>17</sup> ONUSIDA, Guidance Note. Ending overly broad criminalization of HIV, non-disclosure, exposure and transmission, 2013.

**Cuadro 7.** Criminalización de la transmisión o exposición al VIH por país

País	Criminalización del VIH
Argentina	No
Bolivia	Sí
Brasil	No
Chile	No
Colombia	Sí
Costa Rica	No
Ecuador	Sí
El Salvador	Sí
Guatemala	Sí
Honduras	Sí
México	Sí
Nicaragua	Sí
Panamá	Sí
Paraguay	Sí
Perú	Sí
Uruguay	No
Venezuela	No

Fuente: Elaboración propia, con base en la legislación y políticas públicas vigentes.

La legislación de algunos países impone la obligación de revelar el propio estado serológico VIH-positivo a las parejas sexuales u otras personas. Naciones Unidas no respalda esta obligación. Todo el mundo tiene derecho a la intimidad sobre su salud y no se debe exigir por ley revelar dicha información, especialmente cuando pueda provocar estigma y discriminación grave o posibilidades de violencia, como en el caso del estado serológico con respecto al VIH<sup>18</sup>.

## Políticas migratorias en salud

Las migraciones en la región han constituido un fenómeno que no deja indiferente a ningún gobierno, pues año tras año se promueven nuevas políticas internacionales para el tránsito de personas. Sin embargo, la población migrante se ha constituido al mismo tiempo en un grupo vulnerable respecto de las amenazas y violaciones a sus derechos humanos.

<sup>18</sup> ONUSIDA, Guidance Note. Ending overly broad criminalization of HIV, non-disclosure, exposure and transmission. 2013.



La ronda censal del 2000 mostró que los migrantes intrarregionales de entre 15 y 29 años constituyen el 22.8% del total, con una mayoría moderada de mujeres jóvenes<sup>19</sup>.

El Pacto Internacional sobre Derechos Civiles y Políticos y el Pacto Internacional sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales y sus respectivos protocolos facultativos, conforman la denominada Carta Internacional de Derechos Humanos donde se definen los derechos inherentes a todos los seres humanos, sin distinción alguna de nacionalidad, lugar de residencia, sexo, origen nacional o étnico, color, religión, lengua, o cualquier otra condición. Todos tienen los mismos derechos humanos, sin discriminación alguna. Estos derechos son universales, interrelacionados, interdependientes e indivisibles.

En lo que respecta a derechos de salud de las personas migrantes, es pertinente realizar distinción entre los países con altas tasas de emigración y de inmigración. Así, en diversos informes se ha establecido que Chile, Costa Rica y Panamá<sup>20</sup> son los países que presentan mayores tasas de ingreso de migrantes.

Durante la III Cumbre Iberoamericana de Jefes de Estado y Gobierno (1993) se hizo mención al fenómeno migratorio; sin embargo, no adquirió fuerza hasta la X Cumbre (2000) en cuyo artículo 10 de la Declaración de Panamá pone en relieve la necesidad de promover acciones conjuntas dirigidas a garantizar la observancia de los derechos de las y los niños y adolescentes migrantes y añade, la importancia de impulsar iniciativas que tipifiquen y sancionen, en forma efectiva, el tráfico ilegal de personas.

Del mismo modo en la XI Cumbre en Lima el párrafo 17 de su Declaración se introduce la urgencia de tomar las medidas necesarias para garantizar un trato igualitario, eliminando todas las formas de discriminación que atentan contra su dignidad e integridad. Sin embargo, y tal como lo muestra el cuadro 8, al día de hoy Nicaragua y Paraguay presentan alguna forma de restricción en la entrada, estadía y residencia de personas viviendo con VIH<sup>21</sup>.

**Cuadro 8.** VIH como barrera para la permanencia en el país

País	VIH+ es una restricción para la permanencia en el país
Argentina	No
Bolivia	No
Brasil	No
Chile	No
Colombia	No
Costa Rica	No
Ecuador	No
El Salvador	No
Guatemala	No
Honduras	No
México	No
Nicaragua	Sí
Panamá	No
Paraguay	Sí
Perú	No
Uruguay	No
Venezuela	No

Fuente: *Elaboración propia, con base en la legislación y políticas públicas vigentes.*

Por otra parte, algunos gobiernos han adoptado políticas de atención de salud gratuita y universal a niños y adolescentes migrantes, de modo que esto está en directa relación con el artículo 2 de la Convención de los Derechos del Niño, haciendo parte a los Estados de respetar los derechos enunciados en la convención asegurando su aplicación a cada niño sin distinción alguna, independientemente de la raza, el color, el sexo, el idioma, la religión, la opinión política o de otra índole, el origen nacional, étnico o social, la posición económica, los impedimentos físicos, el nacimiento o cualquier otra condición del niño, de sus padres o de sus representantes legales.

En el caso de Paraguay y Nicaragua, no existen barreras para la entrada al país de personas que viven con VIH, pero si existen barreras para la permanencia en el país después de los tres meses. En ambos países, el permiso para la residencia es negado si la prueba de VIH es positiva; pero en Paraguay, se hace una excepción a esta restricción si la persona demuestra que tiene recursos suficientes para pagar por su tratamiento.

<sup>19</sup> UNFPA-CEPAL, *Invertir en juventud: Informe regional de población en juventud de América Latina y el Caribe*, 2011.

<sup>20</sup> Macarena Machín Álvarez, *Los derechos humanos y la migración en Chile*, 2011.

<sup>21</sup> Infographic "Welcome (not)", (2014). Web: <http://www.unaids.org/en/resources/infographics/20120514travel/>. (Revisado el 6 de julio 2105)



## Servicios de salud sexual y reproductiva

Enfocados en los ODM, los nuevos desafíos que presenta la agenda de desarrollo Post 2015 y las conferencias internacionales dedicadas a la salud sexual y reproductiva, es necesario abordar los objetivos que se enmarcan en los servicios de salud, tales como mejorar el acceso y la calidad de los servicios de planificación familiar, reducir el número de personas que recurren al aborto y la mortalidad materna por abortos inseguros, proporcionar información y servicios que respondan a las necesidades de las personas jóvenes, e integrar la prevención y el tratamiento de las infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH.

La resolución de la 57ª Asamblea Mundial de la Salud respecto a la estrategia para acelerar el avance hacia el logro de los objetivos y metas internacionales de desarrollo:

Insta a los Estados miembros a que, con carácter de urgencia:

1. Adopten y apliquen la estrategia como parte de las actividades nacionales encaminadas a alcanzar los objetivos de desarrollo de la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas y otros objetivos y metas internacionales de desarrollo, y movilicen voluntad política y recursos financieros para ello.
2. Hagan que la salud reproductiva y sexual forme parte integrante de los procesos nacionales de planificación y preparación de presupuestos.
3. Refuercen la capacidad de los sistemas de salud, con la participación de grupos comunitarios y no gubernamentales, con el fin de lograr el acceso universal a la atención en materia de salud sexual y reproductiva, haciendo particular hincapié en la salud de las madres y los recién nacidos en todos los países.
4. Vigilen la aplicación de la estrategia para asegurarse de que beneficia a los pobres y otros grupos marginados, incluidos adolescentes y hombres, y de que fortalece la atención y los programas de salud reproductiva y sexual en todos los niveles.

5. Se aseguren de que todos los aspectos de la salud reproductiva y sexual, inclusive la salud reproductiva de los adolescentes y la salud de las madres y los recién nacidos, estén comprendidos en los mecanismos nacionales de vigilancia e información sobre los progresos realizados hacia el logro de los objetivos de desarrollo de la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas.

### Servicios de salud diferenciados

Los países latinoamericanos que han firmado y ratificado la Convención de los Derechos del Niño, reconocen el derecho de todo niño y niña al disfrute del más alto nivel posible de salud y a servicios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud, asegurándose de que ningún niño o niña sea privado de su derecho al disfrute de esos servicios sanitarios.

Del mismo modo, diversos acuerdos internacionales que han adoptado los países latinoamericanos refuerzan la necesidad de otorgar servicios de salud sexual y reproductiva, con especial atención a las y los adolescentes y jóvenes.

En especial, la Conferencia de Población y Desarrollo de El Cairo, la Declaración de los Derechos del Niño y la Conferencia Mundial de la Mujer de Beijing, entre otras. Los servicios de salud sexual y reproductiva diferenciados para jóvenes, propuestos por estos instrumentos, es una realidad en construcción dentro de las Américas y, en el proceso de respuesta de los servicios a las y los adolescentes, se han presentado grandes desafíos y crecientes necesidades por cubrir (figura 3).

**Figura 3.** Características de los servicios de salud diferenciados



Fuente: Elaboración propia, con base en la legislación y políticas públicas vigentes.

Estos servicios deben basarse en información que ayude a las personas adolescentes y jóvenes a adoptar decisiones en forma responsable. Se ha demostrado que los programas para adolescentes tienen una eficacia máxima cuando consiguen su plena participación en la definición de sus necesidades en materia de salud sexual y reproductiva y en la elaboración de programas que respondan a sus necesidades. En particular, si estos servicios ofrecen alternativas que les ayudan a comprender su sexualidad, a prevenir el embarazo no deseado, a protegerse de las infecciones de transmisión sexual –especialmente el VIH– y a evitar el aborto inseguro.

Los servicios de salud sexual y reproductiva diferenciados para adolescentes y jóvenes otorgan una alternativa coherente con el crecimiento y desarrollo de las y los adolescentes, pues aseguran que los programas y las actitudes de los proveedores de servicios de salud no limiten el acceso de las personas menores de edad a los servicios apropiados y a la información que necesiten, incluso información sobre infecciones de transmisión sexual y sobre abusos sexuales, salvaguardando los derechos de las y los adolescentes a la intimidad, la confidencialidad, el respeto y el consentimiento basado en una información correcta.

En general, estos servicios incluyen mecanismos de apoyo para la enseñanza y orientación a las y los adolescentes en las esferas de las relaciones y la igualdad entre los sexos, la violencia contra las personas adolescentes, la conducta sexual responsable, la planificación responsable de la familia, la vida familiar, la salud reproductiva, las infecciones de transmisión sexual y la infección por el VIH<sup>22</sup>.

A pesar de que todos los países latinoamericanos establecen la atención de salud en espacios diferenciados o con enfoque diferenciado para adolescentes y jóvenes, muchas de estas políticas no están contempladas en una norma legal, sino en las políticas o estrategias de salud.

El hecho de que las legislaciones crean programas dedicados a la salud sexual y reproductiva, y que estos contengan espacios diferenciados para adolescentes y jóvenes establece directamente que la entrega de servicios de salud sexual y reproductiva a este grupo etario se enmarca en ciertos principios, como la universalidad, la no discriminación y la atención personalizada según los intereses, necesidades y grado de madurez de quien requiere el servicio de salud, pero las condiciones de distribución o acceso a los servicios no necesariamente de los mismos principios que rigen a los espacios de salud diferenciado (cuadro 9).



<sup>22</sup> Alejandro Morlachetti, ob. cit., 2007.

**Cuadro 9.** Servicios de atención para adolescentes y jóvenes por país

País	Marco normativo para los servicios de atención de adolescentes y jóvenes	Servicios diferenciados
Argentina	Ley 25.673, que crea el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable. Ley Nacional 26.061 de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes. Guía de recomendaciones para la atención integral de adolescentes en espacios de salud amigables y de calidad.	Sí
Bolivia	Plan Nacional para la Salud Integral de la Adolescencia y Juventud Bolivianas 2009-2013.	Sí
Brasil	Lei 9263/96 que se ocupa de la planificación familiar, establece sanciones y otras medidas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e de Jovens.	Sí
Chile	Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes.	Sí
Colombia	Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos. Servicios de Salud Amigables para Adolescentes y Jóvenes.	Sí
Costa Rica	Política Nacional de Sexualidad. Sistemas y servicios integrados e integrales de promoción, prevención y atención en salud de las personas adolescentes.	Sí
Ecuador	Estrategia Nacional Intersectorial de Planificación Familiar y Prevención del Embarazo en Adolescentes. Consultorio de Atención Diferenciada en Salud para los Adolescentes.	Sí
El Salvador	Plan Intersectorial para la Atención Integral de la Salud de la Población Adolescente y Joven 2012 – 2014.	Sí
Guatemala	Política de Salud para la Adolescencia y la Juventud 2003-2012. Modelo de Atención Integral y Diferenciado de las y los Adolescentes.	Sí
Honduras	Programa Nacional de Salud Integral al Adolescente. Servicios Amigables para los y las Adolescentes.	Sí
México	Programa de Acción Específico 2007-2012: Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes.	Sí
Nicaragua	Política Nacional de Atención Integral a la Niñez y la Adolescencia.	Sí
Panamá	Programa Nacional de Salud Integral de los y las Adolescentes. Normas Técnicas y Administrativas del Programa Nacional de Salud Integral de los y las Adolescentes.	Sí
Paraguay	Plan Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 2014 – 2018.	Sí
Perú	Norma Técnica de Salud: Criterios y Estándares de Evaluación de Servicios Diferenciados de Atención Integral de Salud para Adolescentes (Norma Técnica 503-2012/Ministerio de Salud).	Sí
Uruguay	Estrategia Nacional para la Infancia y la Adolescencia 2010-2030. Programa Nacional de Salud de Adolescentes y Jóvenes-MSP.	Sí
Venezuela	Norma Oficial para la Atención Integral en Salud Sexual y Reproductiva. Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Protocolos Clínicos de Atención Integral a las y los Adolescentes.	Sí

Fuente: Elaboración propia, con base en la legislación y políticas públicas vigentes.





Así, por ejemplo, es necesario verificar las condiciones de distribución de condones, métodos anticonceptivos y acceso a la prueba de VIH, en la medida que requieran del consentimiento de los padres o de los tutores legales; o desde otra perspectiva, si estos servicios son gratuitos o requieren de un pago.

Las políticas de atención en salud para adolescentes y jóvenes son generalmente similares en los países de América Latina; sin embargo, las diferencias radican en los instrumentos que regulan la actividad salubrista para este grupo generacional. Así, encontramos planes, programas, estrategias, planes estratégicos, leyes y políticas nacionales; y todas ellas se encargan del aseguramiento de la atención integral en salud para los adolescentes y jóvenes.

Existen planes y programas que se encuentran desactualizados o que no están vigentes; por ello, es necesario reiterar la importancia de evaluar periódicamente los contenidos y avances en la implementación de estos instrumentos, para actualizarlos en base a los estándares internacionales y a la evidencia.

Si bien es cierto, del análisis de las normas revisadas se desprende que todos los países analizados cuentan con servicios de atención diferenciados o amigables, que son provistos gratuitamente y brindan atención integral en sexualidad y reproducción; es necesario evaluar la calidad de los servicios ya que varios países reportan que, en la práctica, estos programas no tienen cobertura a nivel nacional, ni funcionan adecuadamente guardando la confidencialidad y garantizando el acceso a información de calidad.

## Métodos anticonceptivos

La Conferencia de El Cairo de 1994 declara, en el Principio 8, que:

Toda persona tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. Los Estados deberían adoptar todas las medidas apropiadas para asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, el acceso universal a los servicios de atención médica, incluidos los relacionados con la salud reproductiva, que incluye la planificación de la familia y la salud sexual. Los programas de atención de la salud reproductiva deberían proporcionar los más amplios servicios posibles sin ningún tipo de coacción.

Todas las parejas y todas las personas tienen el derecho fundamental de decidir libre y responsablemente el número y el espaciamiento de sus hijos y de disponer de la información, la educación y los medios necesarios para poder hacerlo.

En el contexto internacional, la OMS calcula que en los países en desarrollo, 222 millones de mujeres desean posponer o detener la procreación, pero no utilizan ningún método anticonceptivo. Destacan además que el método de barrera (condones) ayuda a prevenir la transmisión del VIH y otras infecciones de transmisión sexual, y que la planificación familiar disminuye la necesidad de recurrir al aborto inseguro.

Además, los métodos anticonceptivos pueden contribuir significativamente a reducir la mortalidad perinatal y neonatal, ya que las adolescentes embarazadas están más riesgo de tener a un niño pretérmino y de bajo peso al nacer. Muchas adolescentes que se embarazan deben dejar la escuela, lo cual tiene consecuencias socioeconómicas a largo plazo para ellas personalmente, para sus familias y para la comunidad.

La planificación familiar disminuye el riesgo de que las mujeres infectadas por el VIH se embaracen sin desearlo, lo que da como resultado una disminución del número de criaturas infectadas y huérfanas. Además, los condones masculinos y femeninos brindan una protección doble: contra el embarazo no deseado y contra las infecciones de transmisión sexual, en especial la causada por el VIH<sup>23</sup>.

Para este estudio, serán objeto de análisis los métodos anticonceptivos de barrera (condón masculino y condón femenino) y los anticonceptivos de emergencia, los cuales cobran especial relevancia en la planificación familiar y la prevención del VIH y otras ITS.

Los condones, tanto el masculino como el femenino, presentan alta eficacia anticonceptiva y protegen de infecciones de transmisión sexual; sin embargo, no todos los países en estudio los provisionan en sus sistemas de salud, dando respuesta parcial a la salud sexual y reproductiva de sus poblaciones (cuadro 10).

<sup>23</sup> OMS, Nota descriptiva 351, 2013.

**Cuadro 10.** Provisión gratuita de condones por país

País	Condón masculino	Condón femenino
Argentina	Sí	No
Bolivia	Sí	Sí
Brasil	Sí	Sí
Chile	Sí	No
Colombia	Sí	No
Costa Rica	Sí	No
Ecuador	Sí	Sí
El Salvador	Sí	No
Guatemala	Sí	No
Honduras	Sí	No
México	Sí	Sí
Nicaragua	Sí	No
Panamá	Sí	No
Paraguay	Sí	No
Perú	Sí	Sí
Uruguay	Sí	Sí
Venezuela	Sí	No

Fuente: *Elaboración propia, con base en la legislación y políticas públicas vigentes.*

Respecto al condón masculino, todos los países latinoamericanos, considerados en el análisis, provisionan este método anticonceptivo de manera gratuita a través de sus sistemas de salud.

Al revisar el escenario actual del acceso al condón femenino en los mismos países, se observa que solo seis de estos se encargan de distribuirlos gratuitamente entre sus poblaciones: Bolivia, Brasil, Ecuador, México, Perú y Uruguay.

La provisión deficitaria de condón femenino en la región se considera una barrera en el acceso a métodos anticonceptivos que permitan realizar una planificación familiar responsable, de libre elección y sin discriminación de género. Junto con ello, las mujeres quedan desprovistas de este anticonceptivo de barrera que, además, permite prevenir infecciones de transmisión sexual, entre ellas el VIH.

Esta situación va en desmedro de objetivos planteados en la Conferencia de El Cairo, entre los cuales tenemos<sup>24</sup>:

- a. Ayudar a las parejas y a las personas a alcanzar sus objetivos de procreación en un marco que favorezca condiciones óptimas de salud, responsabilidad y bienestar de la familia, y que respete la dignidad de todas las personas y su derecho a elegir el número de hijos, su espaciamiento y el momento de su nacimiento.
- b. Prevenir los embarazos no deseados y reducir la incidencia de los embarazos de alto riesgo y la morbilidad y mortalidad.
- c. Poner servicios de planificación de la familia de buena calidad y aceptables al alcance y disposición de cuantos los necesitan y desean, manteniendo su carácter confidencial.
- d. Mejorar la calidad de los servicios de asesoramiento, información, educación y comunicaciones en materia de planificación de la familia.

La edad en que las y los adolescentes pueden acceder libremente a condones masculinos y femeninos, proporcionados por los gobiernos en sus centros de salud, varía según los países en estudio (cuadro 11).

<sup>24</sup> ONU, Programa de Acción de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo, 1994.



**Cuadro 11.** Edad mínima para acceso libre a condón masculino y condón femenino por país

País	Condón masculino	Condón femenino	Consideraciones generales
Argentina	14	-	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ley 25673, art. 4: En las consultas se propiciará un clima de confianza y empatía, procurando la asistencia de un adulto de referencia, en particular en los casos de los adolescentes menores de catorce (14) años.</li> </ul>
Bolivia	12	-	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Normas, reglas, protocolos y procedimientos de anticoncepción, atención a grupos especiales, señalan que: “Los adolescentes y jóvenes pueden utilizar cualquier método anticonceptivo de manera segura” y que “Merecen recibir atención de manera imparcial y respetuosa, sin importar cuán jóvenes sean”.</li> <li>• No hace mención a consentimiento de padres o tutor legal.</li> </ul>
Brasil	Todas las edades	Todas las edades	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Código de Ética Médica, art. 103: Es prohibido para el médico revelar el secreto profesional con respecto a pacientes menores de edad, incluidos sus padres o representantes legales, siempre que el niño tiene la capacidad de evaluar su problema y llevar a cabo acciones por sus propios medios para resolverlo, a menos que la no divulgación pueda traer daños al paciente.</li> </ul>
Chile	14	-	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El país no posee legislación nacional respecto a niños, adolescentes y/o jóvenes; y en la Ley 20.418, art.2 expresa que: “Toda persona tiene derecho a elegir libremente, sin coacción de ninguna clase y de acuerdo a sus creencias o formación, los métodos de regulación de la fertilidad femenina y masculina, que cuenten con la debida autorización y, del mismo modo, acceder efectivamente a ellos”.</li> <li>• Sin embargo, se fija en 14 años el libre acceso a preservativos masculinos, según información proporcionada por el Ministerio de Salud de Chile, a través de “Salud Responde”.</li> </ul>
Colombia	12	-	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Código de la Infancia y la Adolescencia: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Artículo 46.7: Garantizar el acceso gratuito de los adolescentes a los servicios especializados de salud sexual y reproductiva.</li> </ul> </li> <li>• El artículo 3 define como adolescente a las personas entre 12 y 18 años.</li> <li>• No hace mención a consentimiento de padres o tutor legal.</li> </ul>
Costa Rica	Todas las edades	Todas las edades	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Código de la Niñez y la Adolescencia: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Artículo 41: Derecho a la atención médica. Las personas menores de edad gozarán de atención médica directa y gratuita por parte del Estado. Los centros o servicios públicos de prevención y atención de la salud quedarán obligados a prestar, en forma inmediata, el servicio que esa población requiera sin discriminación de raza, género, condición social ni nacionalidad.</li> <li>• No podrá aducirse ausencia de sus representantes legales, carencia de documentos de identidad, falta de cupo ni otra circunstancia.</li> </ul> </li> </ul>

Cuadro 11 (continuación)

País	Condón masculino	Condón femenino	Consideraciones generales
Ecuador	Todas las edades	Todas las edades	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reglamento para Regular el Acceso y la Disponibilidad de Métodos Anticonceptivos en el Sistema Nacional de Salud:</li> <li>• Artículo 2: Los establecimientos del Sistema Nacional de Salud proveerán la información y asesoría sobre el uso de métodos anticonceptivos; y entregarán los mismos de acuerdo al nivel de atención, incluida la anticoncepción oral de emergencia (AOE), a toda la población en general, especialmente a adolescentes, jóvenes, hombres y mujeres que lo requieran. La edad, la etnia, el sexo, la identidad sexo-genérica, la condición migratoria y el nivel de instrucción no serán, en ningún caso, condicionamientos para brindar esta información.</li> <li>• Artículo 17: Las/os usuarias/os que requieran preservativos, podrán acceder a ellos a través de los dispensadores que se encuentran en los establecimientos de salud del Ministerio de Salud Pública a nivel nacional, de forma gratuita, además de los que se soliciten en consulta.</li> </ul>
El Salvador	Todas las edades	-	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ley de Protección Integral de la Niñez y Adolescencia:</li> <li>• Artículo 32: Salud sexual y reproductiva. Todas las niñas, niños y adolescentes, de acuerdo con su desarrollo físico, psicológico y emocional, tienen el derecho a recibir información y educación en salud sexual y reproductiva, de forma prioritaria por su madre y padre.</li> <li>• Artículo 32: El Estado, en los ramos correspondientes, garantizará la existencia y el acceso a los servicios y programas de salud y educación sexual integral para la niñez y adolescencia, con el objeto de fortalecer su realización personal, prevenir infecciones de transmisión sexual, disminuir riesgos de abuso sexual y prepararles para una maternidad y paternidad responsable en la adultez, sana y sin riesgos. Los servicios y programas implementados garantizarán y promoverán el respeto del derecho a la vida desde el instante de la concepción.</li> <li>• No hace mención a consentimiento de padres o tutor legal.</li> </ul>
Guatemala	Todas las edades	-	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ley de Protección Integral de la Niñez y Adolescencia, art. 76: Obligación estatal-Son obligaciones del Estado, a través de sus órganos competentes cuando exista amenaza o violación a los derechos de la niñez y la adolescencia, las siguientes:</li> <li>• Diseñar políticas y ejecutar programas de salud integral con participación de las instituciones dedicadas a la atención de la salud, que tiendan a la prevención de enfermedades, brindando los insumos que sean necesarios. Para ese fin, deberá fomentar al máximo la participación de los niños, niñas y adolescentes, la familia y la comunidad.</li> <li>• Diseñar y ejecutar programas de educación sexual, prevención de enfermedades de transmisión sexual, preparación para la procreación y la vida en pareja, que inculquen la paternidad y maternidad responsables.</li> <li>• No hace mención a consentimiento de padres o tutor legal.</li> </ul>
Honduras	10	-	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Normas y procedimientos de atención para: planificación familiar, climaterio/menopausia, infertilidad, en el ítem anticoncepción en la adolescencia.</li> <li>NORMA 2: Información y entrega de métodos: anticonceptivos:</li> <li>• Los métodos anticonceptivos deberán ser promovidos en toda unidad de salud para que los usuarios adolescentes los soliciten de manera espontánea o cuando sean referidos.</li> <li>• El procedimiento señala además que se debe brindar la atención en un lugar privado donde no puedan ser vistos o escuchados por terceras personas.</li> <li>• No hace mención a consentimiento de padres o tutor legal.</li> </ul>



Cuadro 11 (continuación)

País	Condón masculino	Condón femenino	Consideraciones generales
México	10	10	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-047-SSA2-2014: Para la atención a la salud del grupo etario de 10 a 19 años de edad.</li> <li>• 6.8.3 Durante la consulta de atención integral en materia de salud sexual y reproductiva, con base en evidencia científica documentada, el personal de salud, deberá proporcionar orientación y consejería en métodos anticonceptivos, en la prevención del embarazo no planeado, así como en la prevención de las ITS, entre ellas, el VIH y el SIDA, de conformidad con lo establecido en las Normas Oficiales Mexicanas citadas en los puntos 2.1, 2.2, 2.5 y 2.13, del capítulo de Referencias, de esta Norma, respectivamente. Tratándose de menores de edad, se dará al padre, la madre, el tutor o quien ejerza la patria potestad, la participación que les corresponda conforme a las disposiciones aplicables.</li> <li>• 6.8.4 Dar a conocer al grupo etario los beneficios y las alternativas para postergar el inicio de un embarazo y prevenir las ITS, mediante el uso simultáneo de un método anticonceptivo, sexo seguro y protegido, incluyendo el uso correcto y consistente del condón.</li> <li>• No hace mención a consentimiento de padres o tutor legal.</li> </ul>
Nicaragua	-	-	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Norma y Protocolo de Planificación Familiar:</li> <li>• Anticoncepción en la adolescencia, señala que: “En la adolescencia se deberá recomendar el uso de métodos de barrera en todas las relaciones coitales, sobre todo si son esporádicas y con diferentes parejas” y que “Los jóvenes y adolescentes pueden usar cualquier método anticonceptivo, sin embargo, hay criterios de elegibilidad y condiciones no médicas que son importantes para la toma de decisión informada”.</li> <li>• No hace mención a consentimiento de padres o tutor legal.</li> </ul>
Panamá	10	-	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Normas Técnicas Administrativas del Programa Nacional de Salud Integral de los y las Adolescentes.</li> <li>• Norma 17 sobre evaluación de la salud sexual y reproductivas: “Los y las adolescentes tienen derecho a la evaluación de su salud sexual y reproductiva, por lo menos una vez al año, actividad que debe realizar el médico, la enfermera(o), técnicos(as) de enfermería, auxiliares de enfermería y el ayudante de salud.</li> <li>• Intervención 8: Preguntar a los/las adolescentes si utilizan algún método anticonceptivo, y ofrecer consejería sobre anticoncepción, riesgos y ventajas, hayan o no iniciado relaciones sexuales; sin que este, presente su acompañante (padre, madre, acudiente, otro) durante la actividad.</li> </ul>
Paraguay	10	-	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Plan Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 2014-2018: II. Planificación familiar, Lineamiento 8: Implementación de una estrategia nacional de prevención del embarazo en adolescentes de 10 a 14 años, y del segundo embarazo incluyendo la prevención de la violencia sexual, atención oportuna de víctimas, acceso a la PAE (pastilla de anticoncepción de emergencia) y otros métodos anticonceptivos.</li> <li>• No hace mención a consentimiento de padres o tutor legal.</li> </ul>

Cuadro 11 (continuación)

País	Condón masculino	Condón femenino	Consideraciones generales
Perú	12	-	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El Ministerio de Salud de Perú señala: <ul style="list-style-type: none"> <li>• La planificación familiar es la decisión libre, voluntaria e informada de las personas para elegir cuándo, cuántos y cada cuánto tiempo van a tener hijos, así como la decisión de los hombres y las mujeres de que puedan ejercer su derecho a elegir los métodos anticonceptivos que consideren pertinentes para planificar su familia.</li> <li>• Los peruanos y las peruanas tienen la libertad de tener acceso a una variedad de métodos anticonceptivos gratuitos, para poder realizar una elección libre y voluntaria, a servicios de calidad en salud sexual y reproductiva, a que las instituciones de salud velen porque se cumplan estos principios en todas sus fases de la atención y a ser atendidos en salud reproductiva sin ningún tipo de coacción y según las normas vigentes. Este criterio también es válido para adolescentes y jóvenes en edad fértil, quienes por desconocimiento se embarazan a temprana edad poniendo en riesgo su vida y su salud como la de su niño por nacer.</li> <li>• No hace mención a consentimiento de padres o tutor legal.</li> <li>• La provisión del condón femenino se regula en la norma técnica del MINSA para el manejo de infecciones de transmisión sexual, pero no señala una edad mínima específica para el acceso al condón.</li> </ul> </li> </ul>
Uruguay	13	-	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ley 17.823 Código de la Niñez y la Adolescencia: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Artículo 11 bis. (información y acceso a los servicios de salud): Todo niño, niña o adolescente tiene derecho a la información y acceso a los servicios de salud, inclusive los referidos a la salud sexual y reproductiva, debiendo los profesionales actuantes respetar la confidencialidad de la consulta y ofrecerle las mejores formas de atención y tratamiento cuando corresponda. De acuerdo a la edad del niño, niña o adolescente se propenderá a que las decisiones sobre métodos de prevención de la salud sexual u otros tratamientos médicos que pudieran corresponder, se adopten en concurrencia con sus padres u otros referentes adultos de su confianza, debiendo respetarse en todo caso la autonomía progresiva de los adolescentes.</li> <li>• Artículo 1: Se entiende por niño a todo ser humano hasta los trece años de edad y por adolescente a los mayores de trece y menores de dieciocho años de edad.</li> </ul> </li> </ul>
Venezuela	14	-	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ley Orgánica para la Protección de Niños, Niñas y Adolescentes: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Artículo 50: Salud sexual y reproductiva. Todos los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a ser informados e informadas y educados o educadas, de acuerdo a su desarrollo, en salud sexual y reproductiva para una conducta sexual y una maternidad y paternidad responsable, sana, voluntaria y sin riesgos.</li> <li>• El Estado, con la activa participación de la sociedad, debe garantizar servicios y programas de atención de salud sexual y reproductiva a todos los niños, niñas y adolescentes. Estos servicios y programas deben ser accesibles económicamente, confidenciales, resguardar el derecho a la vida privada de los niños, niñas y adolescentes, y respetar su libre consentimiento, basado en una información oportuna y veraz. Los y las adolescentes mayores de catorce años de edad tienen derecho a solicitar por sí mismos y a recibir estos servicios.</li> </ul> </li> </ul>

Fuente: Elaboración propia, con base en la legislación y políticas públicas vigentes.

Brasil, Costa Rica, Ecuador, El Salvador y Guatemala no establecen un rango etario específico que garantice acceso a salud sexual y reproductiva, sino que en sus legislaciones hacen referencia a *menores de edad o a niñas, niños y adolescentes*, por lo que se considera que todas las personas menores de edad tienen garantizados estos servicios.

En países como Bolivia, Colombia, Honduras, Nicaragua, Paraguay y Perú poseen normas, códigos y planes nacionales que legislan sobre planificación familiar con apartados especiales para adolescentes. En estos documentos cada país define edades particulares para el inicio de la adolescencia, que oscila entre los 10 y los 12 años. En el caso de Uruguay, tanto las Guías de Atención Integral a la Salud de Adolescentes, como el Manual de Orientación Anticonceptiva del MSP, hacen referencia a la adolescencia y la anticoncepción.

Respecto al consentimiento de padre, madre o tutor legal para acceder a servicios de salud sexual y reproductiva, es posible distinguir tres grupos de países:

- Brasil, Costa Rica, Ecuador y Uruguay señalan autonomía de las personas adolescentes y jóvenes que requieran servicios de salud sexual y reproductiva. Si bien es cierto, estos países han realizado grandes esfuerzos para hacer estos servicios accesibles a todas las personas adolescentes, existen aún muchas barreras sociales que limitan este acceso. Por ejemplo, en el caso de Costa Rica, se han presentado casos de resistencias de personal de salud para atender consultas sobre SSR a adolescentes sin compañías de sus padres o madres.
- Bolivia, Colombia, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, Panamá y Paraguay no hacen mención al consentimiento de padres o tutores legales para acceder a servicios de SSR en sus documentos oficiales.
- Argentina, Chile, Perú y Venezuela sí hacen mención en sus legislaciones al consentimiento y presencia de los padres o tutores legales para recibir atención en salud, incluyendo SSR.

Este último grupo de países donde sí se estipula el consentimiento de padres o tutores legales para acceder a servicios de salud sexual y reproductiva, crean una barrera de acceso en sus adolescentes y jóvenes; quienes, por miedo o vergüenza de contarle, pueden iniciar su vida sexual sin tener acceso a métodos anticonceptivos para prevenir embarazos no deseados, el VIH y otras infecciones de transmisión sexual.

Al contrastar la edad de acceso libre a condones con la edad de consentimiento para las relaciones sexuales en las legislaciones de los países de América Latina, se observa que esta última siempre es mayor o igual a la edad requerida para la provisión de anticonceptivos. En ese sentido, casi todos los países aseguran la entrega de condones a adolescentes que han cumplido la edad de consentimiento para las relaciones sexuales.

No obstante, esta regla no se cumple en dos casos particulares. En Argentina, se sitúa en los 13 años la edad de consentimiento para las relaciones sexuales y solo a partir de los 14 años los adolescentes tienen acceso a métodos de anticoncepción sin el consentimiento de padres o tutor legal. En Chile, la libre provisión de condones empieza a los 14 años y el consentimiento para las relaciones sexuales para las relaciones homosexuales es a los 18 años.

Es recomendable tener políticas de libre acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva y mejorar el aprovisionamiento gratuito del condón femenino en la región. En las naciones donde la edad y el consentimiento de padres o tutor legal son una barrera en la entrega de condones, se debería disminuir la edad requerida hasta igualar con la edad de consentimiento para las relaciones sexuales, donde además se recomienda equiparar la edad de consentimiento entre relaciones heterosexuales y homosexuales. Ello con el fin de evitar embarazos no deseados, embarazos de alto riesgo y nuevas transmisiones de ITS y VIH en adolescentes y jóvenes.

## Anticoncepción oral de emergencia

El término anticoncepción oral de emergencia (AOE), o anticoncepción poscoital, se refiere a métodos anticonceptivos que se pueden utilizar para prevenir embarazos en los días inmediatamente posteriores a la relación sexual. Se estableció para situaciones de emergencia, creadas por una relación sexual sin protección, la falla o el uso incorrecto de otros anticonceptivos (como la omisión de una píldora anticonceptiva o la rotura de un preservativo) y para casos de violación o relaciones sexuales forzadas<sup>25</sup>.

<sup>25</sup> OMS, Anticoncepción de emergencia, Nota descriptiva 244, julio de 2012.

La OMS señala que solo es eficaz en los primeros días posteriores a la relación sexual, antes de la salida del óvulo del ovario y antes de que ocurra la fertilización por un espermatozoide. Las píldoras anticonceptivas de emergencia no pueden interrumpir un embarazo establecido ni dañar al embrión en desarrollo. Es por ello que no se consideran abortivas.

Existen dos métodos de anticoncepción oral de emergencia: las píldoras anticonceptivas de emergencia (PAE) y los dispositivos intrauterinos de cobre (DIU)<sup>26</sup>. Para el caso particular del estudio, solo las primeras son objeto de análisis.

### *Píldora anticonceptiva de emergencia*

Este método anticonceptivo posee especial importancia, pues permite a las parejas y a las personas decidir de manera libre y responsable sobre la anticoncepción, en los casos de emergencia descritos previamente.

En este contexto, es relevante mencionar que de los 17 países presentes en la investigación, solo cuatro de ellos poseen leyes que de manera explícita garantizan el acceso a la píldora anticonceptiva de emergencia: Chile, Colombia, Ecuador y Uruguay (cuadro 12).

**Cuadro 12.** Situación legal de la anticoncepción oral de emergencia por país

País	AOE en el sistema de salud	Edad de acceso	AOE en la legislación
Argentina	Sí	Todas las edades	En la guía <b>Anticoncepción Hormonal de Emergencia: Guía de Procedimientos para Profesionales de la Salud</b> , se establece que los motivos por los cuales se considera proporcionar la PAE, son relaciones sexuales sin uso de método anticonceptivo o por uso incorrecto, accidente o falla potencial del mismo. Además, expresa que la PAE se puede indicar a adolescentes pues no existen diferencias en cuanto a las indicaciones para este grupo etario y la mujer adulta.
Bolivia	Sí	Todas las edades	El documento <b>Norma Nacional, Reglas, Protocolos y Procedimientos en Anticoncepción</b> señala que toda mujer puede utilizar la PAE de manera eficaz y segura, incluyendo a mujeres que no pueden utilizar métodos anticonceptivos con hormonas de manera continua.
Brasil	Sí	Todas las edades	El documento <b>Anticoncepção de Emergência. Perguntas e Respostas para Profissionais de Saúde</b> señala que el profesional de salud que prescribe algún método anticonceptivo para los adolescentes, incluyendo anticonceptivo de emergencia, no viola ningún principio ético o legal. Al contrario, los profesionales de la salud tienen una responsabilidad clara con la atención a la salud sexual y reproductiva de los adolescentes. La Ley 9.263 de 1996, art. 226 de la Constitución Federal, establece que la planificación familiar es una parte integral de un conjunto de acciones de atención a las personas, dentro de una visión de atención global e integral de salud.
Chile	Sí	Todas las edades	<b>Ley 20.418</b> , art. 2, dice que toda persona tiene derecho a elegir libremente, sin coacción de ninguna clase y de acuerdo a sus creencias o formación, los métodos de regulación de la fertilidad femenina y masculina, que cuenten con la debida autorización y, del mismo modo, acceder efectivamente a ellos, en la forma señalada en el artículo 4°. Sin embargo, en aquellos casos en que el método anticonceptivo de emergencia sea solicitado por una persona menor de 14 años, el funcionario o facultativo que corresponda, sea del sistema público o privado de salud, procederá a la entrega de dicho medicamento, debiendo informar, posteriormente, al padre o madre de la menor o al adulto responsable que la menor señale.

<sup>26</sup> Web: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs244/es/>. (Revisado el 6 de julio de 2015)



Cuadro 12. (continuación)

País	AOE en el sistema de salud	Edad de acceso	AOE en la legislación
Colombia	Sí	Todas las edades	<b>Resolución 769 de 2008 del Ministerio de Protección Social</b> , por medio de la cual se adopta la actualización de la norma técnica para la atención en planificación familiar a hombres y mujeres establecida en la Resolución 412 de 2000.
Costa Rica	No	-	-
Ecuador	Sí	Todas las edades	<b>Reglamento para Regular el Acceso y la Disponibilidad de Métodos Anticonceptivos en el Sistema de Salud Nacional</b> , art. 19: Los establecimientos del Sistema Nacional de Salud suministrarán la anticoncepción oral de emergencia a cualquier persona que requiera su uso. No será necesario asistir a una consulta ginecológica, ni tener receta, ni ningún otro documento como requisito para su entrega inmediata, a hombres o mujeres que la soliciten.
El Salvador	Sí	Todas las edades	<b>La Guía Técnica de Atención en Planificación Familiar</b> , punto IV.1, de anticoncepción en la adolescencia, señala respecto al anticonceptivo de emergencia, que se debe dar consejería a todos los y las adolescentes en caso de violación, mal uso del método o relación sexual desprotegida, y que debe usarse como medida de emergencia y no como un método regular de planificación.
Guatemala	Sí	Todas las edades	Solo permitida para los casos de violación sexual. El <b>Protocolo de Atención a Víctimas de Violencia Sexual</b> , en el apartado de “Recomendaciones para una mejor atención”, señala que se debe proporcionar medicación anticonceptiva de emergencia a las víctimas de violación y que la decisión debe tomarla la paciente.
Honduras	No	-	El 24 de octubre de 2009, la Secretaría de Salud aprobó el <b>Acuerdo 2.744</b> que establece: Prohibir la promoción, el uso, venta y compra relacionada con la píldora anticonceptiva de emergencia (PAE), así como la distribución pagada o gratuita y comercialización de fármacos de anticoncepción de emergencia, en farmacias droguerías o cualquier otro medio de adquisición.
México	Sí	Todas las edades	<b>Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSA2-1993, de los Servicios de Planificación Familiar.</b> 5.3. Anticoncepción hormonal poscoito: Es un método que pueden utilizar las mujeres en los tres días siguientes a un coito no protegido con el fin de evitar un embarazo no planeado. Este método no debe usarse de manera regular, y su única indicación es en las situaciones que se describen más adelante. 5.3.1.1 Lineamientos generales para la prescripción. Las mujeres en edad fértil, incluyendo las adolescentes, pueden recurrir a este método para evitar un embarazo no planeado en las siguientes condiciones: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Después de un coito practicado voluntariamente sin protección anticonceptiva.</li> <li>• Después de un coito practicado de manera involuntaria sin protección anticonceptiva.</li> <li>• Cuando se esté usando un método anticonceptivo y se presume falla del mismo.</li> </ul>
Nicaragua	Sí	Todas las edades	El documento <b>Norma y Protocolo de Planificación Familiar</b> indica que se utiliza anticoncepción de emergencia cuando hubo una relación sexual no protegida, por falla del método anticonceptivo o uso incorrecto, y en caso de violación.

Cuadro 12. (continuación)

País	AOE en el sistema de salud	Edad de acceso	AOE en la legislación
Panamá	Sí	Todas las edades	<p><b>Normas Técnicas y Administrativas del Programa Nacional de Salud Integral de los y las Adolescentes.</b> Respecto a la orientación en el uso de métodos anti-conceptivos en adolescentes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Indicarlos en situaciones de emergencia (relación sexual no protegida, falla del método por ejemplo ruptura del condón, olvido de tomar la píldora, violación).</li> <li>• Debe facilitarse información sobre su uso, efectos secundarios, presentaciones disponibles, así como consejería sobre métodos anticonceptivos para uso sistemático.</li> </ul>
Paraguay	Sí	Todas las edades	<p>La <b>Guía Nacional de Planificación Familiar y Manejo de las Infecciones de Transmisión Sexual</b> tiene un apartado donde muestra información específica de píldoras anticonceptivas de emergencia y los motivos bajo los cuales se debe utilizar.</p>
Perú	No	-	<p>La sentencia emitida por el Tribunal Constitucional en el expediente 020005-2009-PA/TC: "Ordena al Ministerio de Salud (MINSa) [...] se abstenga de desarrollar como política pública la distribución gratuita a nivel nacional de la denominada píldora del día siguiente [...]".</p> <p>Con ello, a través de la <b>Resolución Ministerial 652-2010/MINSa</b>, se resuelve: art. 1: Disponer que la Dirección General de Salud de las Personas y la Dirección de Medicamentos, Insumos y Drogas se abstengan de realizar cualquier actividad referida al uso del Levonorgestrel como anticonceptivo oral de emergencia. Solo se puede adquirir en farmacias autorizadas bajo receta o prescripción médica.</p>
Uruguay	Sí	Todas las edades.	<p>La Ley de SSR, que garantiza el acceso a métodos anticonceptivos, y el Decreto 9/011 (enero 2011) indican que los métodos anticonceptivos pasaron a constituirse como una prestación obligatoria para todo el Sistema Integrado de Salud, entre los cuales se especifica la AOE. Asimismo, en las Guías del MSP de Métodos Anticonceptivos, SSR y Adolescentes, plantea la entrega a adolescentes y se aclara que la edad por sí misma no puede ser causa para la no entrega.</p> <p>El documento <b>Guías en Salud Sexual y Reproductiva</b> señala que las mujeres pueden utilizar anticoncepción de emergencia luego de una relación sexual sin protección anticonceptiva, con el fin de evitar un embarazo. Posee también recomendaciones para atención y orientación de potenciales usuarias.</p>
Venezuela	Sí	Todas las edades	<p>En la <b>Norma Oficial para la Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva</b> se especifica:</p> <p>5.1. La SSR en la infancia: Todo establecimiento de salud en la atención a la SSR en la infancia velará por: Garantizar la prevención y atención oportuna del abuso y la explotación sexual en la infancia y sus consecuencias, incluyendo información, asesoramiento, apoyo psicosocial, atención médica, anticoncepción de emergencia y orientación legal.</p> <p>5.2. La SSR en la adolescencia: El equipo de salud en el marco de la promoción de la calidad de vida, promoción y desarrollo de la salud integral de los y las adolescentes y en base a la respectiva Norma del MSDS para la atención integral de la SSR dirigido a este grupo poblacional, debe: proporcionar asesoramiento, información, educación y servicios, incluyendo prevención, atención integral, tratamiento gratuito y referencia oportuna ante las ITS-VIH SIDA, tecnologías anticonceptivas oportunas, considerando la anticoncepción de emergencia, suficientes y adecuadas a las y los adolescentes sexualmente activos.</p>

Fuente: Elaboración propia, con base en la legislación y políticas públicas vigentes.

Por otra parte, Honduras prohíbe el uso, venta y compra de la AOE, a nivel nacional en los servicios públicos y privados de salud; mientras que, en Perú, no se hace entrega de este anticonceptivo en los servicios públicos de salud. En la legislación de Costa Rica no se hace referencia alguna a la AOE, generando un vacío legal en este tema.

En Perú no se distribuye la píldora anticonceptiva de emergencia en los servicios de salud pública desde que el Tribunal Constitucional ordenara al Ministerio de Salud se abstuviera de “desarrollar como política pública la distribución gratuita a nivel nacional de la denominada píldora del día siguiente”. Por este motivo, el Ministerio de Salud, en el año 2010, publica la Resolución Ministerial 652-2010, la que en su artículo 1 señala que la Dirección General de Salud de las Personas y la Dirección de Medicamentos, Insumos y Drogas se debe abstener de “realizar cualquier actividad referida al uso del Levonorgestrel como anticonceptivo oral de emergencia”. Lo anterior parece contradictorio, pues en el sitio web del Ministerio se indica que cualquier mujer en edad fértil puede usar la PAE siempre y cuando no esté embarazada y que además puede adquirirse en cualquier farmacia autorizada, lo que se traduce en que solo aquellas personas con recursos económicos suficientes pueden acceder a este anticonceptivo. El caso de Honduras es más crítico, ya que el Acuerdo 2.744 de la Secretaría de Salud no solo prohíbe la entrega gratuita de la píldora, sino que además prohíbe la comercialización de fármacos del tipo anticonceptivo de emergencia.

Por el contrario, Chile (Ley 20.418), Colombia (Decreto 3.039) y Ecuador (Reglamento para Regular el Acceso y la Disponibilidad de Métodos Anticonceptivos en el Sistema de Salud Nacional) son países que poseen normativas oficiales a través de los cuales aseguran la provisión de anticoncepción oral de emergencia en la población.

Los otros países que distribuyen el anticonceptivo de emergencia no poseen leyes ni decretos que regulen temas como acceso, distribución o consejería sobre la píldora. No obstante, Bolivia, México, Nicaragua, Panamá y Venezuela tienen normas oficiales, que si bien no tienen fuerza de ley, sí regulan esta materia; y Paraguay posee una guía nacional sobre planificación familiar que opera como instrumento de política pública.

Por otra parte, Guatemala cuenta con un protocolo de atención para víctimas de violencia sexual; mientras que Argentina y Brasil solo tienen guías de procedimientos dirigidas a profesionales de salud y no tienen fuerza jurídica.

Respecto a la edad como requisito para la entrega de la PAE, las normativas vigentes no hacen mención explícita a rangos etarios y se deduce que mujeres en estado fértil de todas las edades pueden acceder a este método anticonceptivo. Sin embargo, en Argentina los menores de 14 años deben estar acompañados por un adulto de referencia<sup>27</sup>; y en Chile, se debe notificar a los padres o tutor legal cuando una menor de 14 años solicite la píldora de emergencia en el sistema público o privado de salud<sup>28</sup>.

Al revisar las situaciones que permiten la entrega del anticonceptivo de emergencia, los países que sí la proporcionan establecen las mismas condiciones declaradas por la OMS:

- Relación sexual no protegida.
- Falla del método anticonceptivo o uso incorrecto del mismo.
- Violación.

Es necesario destacar que Guatemala se distancia de esta realidad de los países de América Latina, pues considera la agresión sexual como el único escenario que permite la entrega de la píldora del día después. Esto crea una barrera de acceso a todo aquel que quiera acceder a la PAE cuando ha sostenido una relación sexual sin protección o ha ocurrido una falla del método anticonceptivo durante la misma, negando a las personas el derecho a decidir cuándo serán padres o madres.

## Educación integral de la sexualidad

Los acuerdos internacionales y conferencias son claros sobre la importancia de que la educación integral de la sexualidad se imparta desde la niñez y adolescencia. Así la Resolución 63/241 de las Naciones Unidas de los Derechos del Niño versa: “Presten apoyo a los adolescentes para que puedan vivir de manera positiva y responsable su sexualidad a fin de protegerse de la infección del VIH/SIDA y adopten medidas para aumentar su capacidad para protegerse del VIH/SIDA, entre otras cosas mediante la prestación de atención médica, en particular de la salud sexual y reproductiva, y mediante una educación preventiva que promueva la igualdad entre los géneros”.

<sup>27</sup> Artículo 4, Ley 25.673, Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable en el ámbito del Ministerio de Salud, Argentina.

<sup>28</sup> Artículo 2, Ley 20.418, que fija normas sobre información, orientación y prestaciones en materia de regulación de la fertilidad, Chile.

Del mismo modo, el artículo 24 de la Convención de los Derechos del Niño reconoce el derecho de los niños al disfrute del más alto nivel posible de salud. Además compromete a los Estados Partes a asegurar la plena aplicación de este derecho y, en particular, a adoptar las medidas apropiadas para la educación y servicios en materia de planificación familiar.

La Convención Iberoamericana de Derechos de los Jóvenes también reconoce un amplio abanico de derechos, incluyendo el derecho a la educación sexual en todos los niveles educativos como fuente de desarrollo personal para fomentar una conducta responsable en el ejercicio de la sexualidad, la aceptación de la identidad propia y como forma de prevención de embarazos no deseados, abuso y violencia sexual y prevención del VIH y otras ITS.

La Declaración y Programa de Acción de Viena de 1993 establece: “La importancia del disfrute por la mujer del más alto nivel de salud física y mental durante toda su vida”. En el contexto de la Conferencia Mundial sobre la Mujer y la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, así como de la Proclamación de Teherán de 1968, la Conferencia reafirma sobre la base de la igualdad entre hombres y mujeres: “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, así como a la igualdad de acceso a la educación a todos los niveles”<sup>29</sup>.

En la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer, en seguimiento a la Plataforma de Acción de Beijing, se indica que: “No se suele enseñar a los adolescentes a respetar la libre determinación de la mujer y a compartir con ella la responsabilidad que conllevan las cuestiones relativas a la sexualidad y a la reproducción”. A raíz de esto, se desprende la necesidad urgente y latente de educación integral en sexualidad, por cuanto esta misma declaración promueve el: “Reconocer las necesidades específicas de los adolescentes y aplicar programas adecuados concretos, por ejemplo de educación e información sobre cuestiones de salud sexual y reproductiva y sobre enfermedades de transmisión sexual, entre ellas el VIH/SIDA, teniendo en cuenta los derechos del niño y los derechos, deberes y responsabilidades de los padres”<sup>30</sup>.

En agosto de 2008 se adoptó, en la Ciudad de México, la Declaración Ministerial “Prevenir con Educación” (DM), en donde los ministros de Salud y Educación de América Latina y el Caribe se comprometieron a cumplir metas específicas para responder a la epidemia del VIH en jóvenes y adolescentes, mediante sinergias entre los Ministerios de Salud, Educación y la sociedad civil. En 2012, cuatro años después de adoptada la declaración, la región mostraba un avance de 58% en la implementación de la Declaración Ministerial<sup>31</sup>.

Todos estos instrumentos internacionales refuerzan la importancia de la educación oportuna en toda la vida sexual, especialmente para el desarrollo de habilidades para la autonomía, el autocuidado, la toma de decisiones informadas y las relaciones de género más equitativas entre adolescentes y jóvenes.

A pesar de todos los instrumentos, declaraciones y acuerdos internacionales y regionales sobre la materia, vemos que el escenario de América Latina en torno a la EIS es bastante heterogéneo (cuadro 13).



<sup>29</sup> Artículo 41, Conferencia Mundial de Derechos Humanos, Declaración y Programa de Acción de Viena, 1993.

<sup>30</sup> Artículo 41 y 107 (letra G), IV Conferencia Mundial sobre la Mujer, Plataforma de Acción de Beijing, 1995.

<sup>31</sup> IPPF, ob. cit., 2012.



**Cuadro 13.** Situación actual de la educación integral de la sexualidad por país

País	Existencia de ley o programa	Institución(es) a cargo de la EIS	Edad mínima para impartir
Argentina	Ley de EIS	Programa Nacional de Educación Sexual Integral	0 años (45 días)
Bolivia	Planes y Programas	Ministerio de Educación	Primaria
Brasil	Programa	Estado y escuelas	No señala
Chile	Normado en Ley de Fertilidad	Ministerio de Salud	No señala
Colombia	Ley de EIS	Ministerio de Educación. Programa de Educación para la Sexualidad y Construcción de Ciudadanía	No señala
Costa Rica	Políticas públicas, planes y programas	Ministerio de Salud y Educación	Primero nivel de secundaria
Ecuador	Programa	Ministerio de Salud Pública	No señala
El Salvador	Programa	Ministerio de Educación	No señala
Guatemala	Programa	Ministerio de Educación	7 años
Honduras	Programa	Ministerio de Educación	4 años
México	Programa	Ministerio de Educación	6 años
Nicaragua	Leyes	Ministerio de Educación	Educación inicial preescolar
Panamá	No legislado	-	-
Paraguay	Programa	Ministerio de Educación y Cultura	Todas las edades
Perú	Programa	Ministerio de Educación	Educación inicial preescolar
Uruguay	Leyes y programa	Administración Nacional de Educación Pública	Educación inicial preescolar
Venezuela	Programa	Ministerio del Poder Popular para la Educación	Todas las edades

Fuente: Elaboración propia, con base en la legislación y políticas públicas vigentes.

Así vemos que, únicamente en Argentina y Colombia se han establecido leyes para la EIS. Uruguay no tiene una ley específica, sino una ley general de educación que incorpora la EIS, y la Ley de SSR que incorpora capacitación docente en derechos sexuales y reproductivos. En el caso de Chile, se hace mención a la EIS en una ley de fertilidad que establece que: "...los establecimientos educacionales reconocidos por el Estado deberán incluir, dentro del ciclo de enseñanza media, un programa de educación sexual, el cual, según sus principios y valores, incluya contenidos que propendan a una sexualidad responsable e informe de manera completa sobre los diversos métodos anticonceptivos existentes y autorizados, de acuerdo al proyecto educativo, convicciones y creencias que adopte e imparta cada establecimiento educacional en conjunto con los centros de padres y apoderados". Dejando así a la discrecionalidad de cada centro los lineamientos curriculares en materia de educación sexual.

Panamá es el único país que no ha legislado o no posee normativa específica de regulación sobre educación sexual; por ende, no existe entidad gubernamental respon-

sable de esta obligación. Finalmente, el resto de los países no han legislado sobre la materia, sino que mantienen programas de EIS.

Algunos países, como Chile, Venezuela, Paraguay y Bolivia, a pesar de contar con Programas de EIS, reportan un avance inferior al 35% en la implementación de la Declaración Ministerial, lo cual pone de manifiesto la importancia de que los países mejoren los planes y programas educativos y regulen jurídicamente la educación integral en sexualidad.

Algunas de las leyes y programas que regulan la materia de EIS no hacen mención clara sobre los contenidos mínimos o lineamientos curriculares que el país establece como trascendentales en educación integral de la sexualidad; lo que resulta, muchas veces, en información insuficiente para las y los estudiantes y en la discrecionalidad de los centros educativos y docentes en la implementación de estas leyes y programas. Muchos países, a pesar de tener establecidas políticas, planes y programas sobre esta materia, no cumplen con la implementación de estos instrumentos.

Argentina, Bolivia, Costa Rica, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, Perú y Uruguay poseen claramente una edad mínima o un indicador escolar sobre el momento en que se considera adecuado impartir contenidos sobre EIS y salud sexual y reproductiva. En Paraguay y Venezuela, es necesario impartir EIS a todas las edades. En los otros casos, no solo hay escasa información, sino que tampoco existen lineamientos específicos en los programas de educación sexual o normativas que los regulan.

## Aborto

El aborto es un procedimiento que se lleva a cabo para interrumpir un embarazo; sin embargo, las causas para realizarlo varían, desde una decisión directamente médica a aquellas que se toman de forma intencional y voluntaria por las embarazadas. Existen varios mecanismos para realizar un aborto, siendo las prácticas más comunes el uso de medicinas; por ejemplo, el misoprostol o las cirugías médicas y caseras que retiran el embrión o feto y la placenta del útero.



**Cuadro 14.** Causales para la despenalización del aborto por país

País	Riesgo de vida para la madre	Violación	Inviabilidad fetal	Salud física de la madre	Salud mental de la madre	Problemas socioeconómicos
Argentina	Sí	Sí	No	Sí	No	No
Bolivia	Sí	Sí	No	Sí	Sí	No
Brasil	Sí	Sí	Sí <sup>a</sup>	No	No	
Chile	No	No	No	No	No	No
Colombia	Sí	Sí	Sí	Sí	No	No
Costa Rica	Sí	No	No	Sí	No	No
Ecuador	Sí	Sí <sup>b</sup>	No	Sí	Sí	No
El Salvador	No	No	No	No	No	No
Guatemala	Sí	No	No	No	No	No
Honduras	No	No	No	No	No	No
México	Sí	Sí	Sí	Sí	No	No
Nicaragua	No	No	No	No	No	No
Panamá	Sí	Sí	No	Sí	No	No
Paraguay	Sí	No	No	No	No	No
Perú	Sí	No	No	Sí	Sí	No
Uruguay	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Venezuela	Sí	No	No	No	No	No

<sup>a</sup> Solo en los casos de anencefalia fetal.

<sup>b</sup> Solo en mujeres violadas con discapacidad mental.

Fuente: Elaboración propia, con base en la legislación y políticas públicas vigentes.

Ya sea que el aborto se dé con mayores restricciones legales o que esté disponible a requerimiento, la probabilidad de que una mujer tenga un embarazo no deseado y que intente un aborto inducido es prácticamente la misma. Sin embargo, las restricciones legales, además de otras barreras, conllevan a que muchas mujeres se induzcan el aborto o se hagan un aborto con profesionales no especializados<sup>32</sup>.

En la mayoría de los países de América Latina, las normas legales que regulan el aborto se encuentra en los Códigos Penales, mas no existen legislaciones particulares sobre los medios, aseguramientos y condiciones para el aborto legal. La legalización del aborto se refiere a dar estado o forma legal al hecho, mientras que la despenalización se refiere a quitarle a un hecho su aspecto penal. Chile, El Salvador, Honduras y Nicaragua son los únicos países que no han despenalizado el aborto bajo ninguna causal (cuadro 14).

Respecto de la despenalización del aborto en caso de grave peligro para la vida, la salud física o mental de la madre, Bolivia, Ecuador y Perú la han permitido en ambos casos; y Argentina, Colombia, Costa Rica, México y Panamá solo han despenalizado por grave peligro a la vida o la salud física de la madre. En caso de que el feto no pueda subsistir por sí solo (inviabilidad fetal), se ha autorizado el aborto en Colombia y México. En Brasil, solo se ha despenalizado el aborto por inviabilidad fetal para los casos de anencefalia fetal.

El embarazo producto de una violación es causal para permitir el aborto en Argentina, Bolivia, Brasil, Colombia, México y Panamá; sin embargo, cuando hablamos de los motivos socioeconómicos de la madre, solo encontramos el caso de Uruguay, que ha despenalizado el aborto bajo cualquiera de las circunstancias arriba mencionadas, únicamente, en los casos en que el aborto fuese realizado por un médico dentro de los tres primeros meses de la concepción.

En relación a los instrumentos internacionales, la Conferencia Mundial de Derechos Humanos reconoce: “La importancia del disfrute por la mujer del más alto nivel de salud física y mental durante toda su vida”. En el contexto de la Conferencia Mundial sobre la Mujer y la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, así como de la Proclamación de Teherán de 1968, la Conferencia reafirma,

sobre la base de la igualdad entre hombres y mujeres: “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, así como a la igualdad de acceso a la educación a todos los niveles”. Sin embargo, este postulado no se cumple en la mayoría de los países de la región, dado que al no existir legislación para el aborto legal, las mujeres no están teniendo derecho a la salud, ni a los derechos sexuales y reproductivos, ni a servicios de planificación familiar que aborden todas las temáticas.

La principal limitante para acceder al aborto legal sin considerar su causa, es la falta de legalización en los países, repercutiendo directa e irremediamente en la tasa de mortalidad de mujeres. Los países que no tienen legalizado el aborto bajo ninguna circunstancia, dejan sin acceso a los derechos reproductivos a las mujeres y haciendo que corran riesgo de vida por no contar con atención, programas y políticas públicas adecuadas.

Es una barrera en el acceso a la salud de las mujeres, que en algunos países no puedan acceder al sistema de salud en caso de aborto espontáneo por correr el riesgo de ser denunciadas. Tal es el caso emblemático de 17 mujeres, entre cientos, en El Salvador, que han sido procesadas por homicidio agravado a causa de abortos espontáneos, sin mediar atención medica en los centros de salud.

Los numerosos abortos clandestinos en América Latina, provocan morbi-mortalidad materna. El Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo 1994 insta a los gobiernos y Organizaciones de Sociedad Civil a ocuparse de las consecuencias en la salud pública y promover la prestación de servicios de planificación familiar.

En los casos en que el aborto no es contrario a la ley, estos deben realizarse en condiciones adecuadas. Las mujeres deberán tener acceso a servicios de calidad para tratar las complicaciones derivadas de abortos. Se deben ofrecer servicios de planificación familiar, educación y asesoramiento post aborto que eviten su repetición.

En países como Cuba, donde el aborto es legal, la morbi-mortalidad por aborto de la mujer ha descendido considerablemente; o como en Uruguay que, desde la aprobación de la ley de aborto, en 2012, no se han registrado muertes maternas por aborto dentro del sistema público de salud<sup>33</sup>.

<sup>32</sup> OMS, Abortos sin riesgos: Guía técnica de políticas para sistemas de salud, 2012.

<sup>33</sup> Web:<http://www.elciudadano.cl/2013/07/20/74031/uruguay-no-registra-muertes-por-aborto-desde-que-se-legalizo/>

## Servicios de VIH

El conocimiento de las personas jóvenes sobre VIH es bajo, pues, en la mayoría de los países con datos disponibles, menos del 50% sabe cómo prevenir la transmisión sexual del VIH. Respecto de las personas viviendo con VIH, se estima que aproximadamente 175,000 adolescentes y jóvenes de entre 15 y 24 años viven con VIH, y muchos más ni siquiera conocen su estado serológico<sup>34</sup>. Sin embargo, durante la última década se ha registrado un descenso de nuevas infecciones entre adolescentes y jóvenes entre 15 y 24 años, llegando a una prevalencia de un 0.2% en la región, planteando nuevos retos al monitoreo y prevención.

La ONU ha desarrollado amplias políticas y acuerdos en torno al control del VIH, de modo tal que en los ODM establecieron metas para reducir la diseminación del VIH y lograr el acceso universal a la prevención, tratamiento, cuidado y apoyo del VIH. En 2011 la Asamblea General de Naciones Unidas adoptó la Declaración Política sobre el VIH y el SID, para asegurar que los Estados miembros intensifiquen sus esfuerzos para eliminar el VIH y el SIDA. Mientras que los ODS plantea la ambiciosa meta de poner fin a la epidemia del VIH para el 2030.

Por otra parte, la OEA adoptó en 2013 una resolución para la “Promoción y protección de los DDHH de las personas vulnerables al VIH/SIDA, viviendo con VIH/SIDA y afectadas por él en las Américas”<sup>35</sup>, instando a los Estados miembro a intensificar los esfuerzos encaminados a crear marcos jurídicos, sociales y normativos en cada contexto nacional a fin de eliminar el estigma, la discriminación y la violencia relacionados con el VIH y promover el acceso a la prevención, el tratamiento, la atención y el apoyo relativos al VIH.

Del mismo modo, la Declaración de los Derechos del Niño hace énfasis en la necesidad de que los Estados presten apoyo a las y los adolescentes para que puedan vivir de manera positiva y responsable su sexualidad a fin de protegerse de la infección por el VIH y adopten medidas para aumentar su capacidad para protegerse del VIH, entre otras cosas, mediante la prestación de atención médica, en particular de la salud sexual y reproductiva. Por ello es necesario revisar las condiciones en que se pro-

veen los servicios de atención al VIH, pues, todos los países tienen políticas o programas de prevención, consejería y atención al VIH; sin embargo, al desagregar la información contenida en estas políticas, se evidencian claras restricciones o barreras que las y los adolescentes y jóvenes viven día a día en el acceso a la prueba y monitoreo del VIH.

Si bien todos los países analizados establecen políticas de prevención, consejería y testeo del VIH, es necesario profundizar en el análisis para evidenciar ciertas circunstancias que constituyen obstáculos para el acceso de adolescentes y jóvenes a estos servicios.

Así vemos que, en Argentina, toda persona que desee realizarse la prueba de VIH requiere del consentimiento médico o una orden médica para la realización del examen; es decir, las personas no tienen acceso libre a la prueba sin que previamente hayan consultado a un médico. En Uruguay se requiere de una orden médica para acceder a la prueba en los servicios públicos de salud. Esta realidad se podría justificar por la realización de la consejería que va acompañada con la realización de la prueba; sin embargo, la realidad de los otros países de la región es radicalmente opuesta, pues no se requiere de una orden médica y la consejería es realizada por los profesionales de la salud que están a cargo de la atención de adolescentes y jóvenes, sin perjuicio de que pueda ser realizada por un médico, pero no es requisito esencial que la consejería sea realizada por estos. Por tanto, el requerimiento de un médico para la realización de la prueba de VIH es una clara barrera de acceso universal y libre a los servicios de atención del VIH.

Varios de los países analizados, a pesar de contar con políticas para la prevención, consejería o testeo del VIH, no han actualizado sus políticas y las mismas no responden a las necesidades de las poblaciones más vulnerables.

Desde otra perspectiva, países como Bolivia y México, no establecen una edad mínima para que los y las adolescentes requieran el consentimiento de los padres para la realización de la prueba de VIH; pero en el caso de México y Panamá, todo menor de edad que se haya realizado la prueba debe estar acompañado de su padre, madre, tutor o persona de confianza al momento de la entrega de los resultados de la prueba, lo que en definitiva es una variante al consentimiento previo para realizarse la prueba.

Algunos países han establecido que los menores –de 12 años en el caso de Brasil y 14 años en el caso de Colombia y Venezuela– deben ir acompañados de sus padres o tutores legales. Sin embargo, en el resto de los países latinoamericanos (Chile, Ecuador, El Salvador, Guatema-

<sup>34</sup> ONUSIDA, ob. cit., 2012.

<sup>35</sup> OEA, Resolución 2802. Promoción y protección de los DDHH de las personas vulnerables al VIH/SIDA, viviendo con VIH/SIDA y afectadas por él en las Américas, 2013.



la, Honduras, Paraguay y Perú) todo menor de edad requiere del consentimiento de los padres o tutores legales para realizarse la prueba de VIH. Cabe destacar que en Honduras la mayoría de edad se obtiene a los 21 años y el acceso a la prueba, sin el consentimiento de padres o tutores, es permitido a partir de los 18 años. Para el caso de Paraguay se establece que el personal de salud, ante la ausencia de padres o tutores legales, puede solicitar a la fiscalía la autorización para realizar la prueba.

En todo caso, la edad de consentimiento de las relaciones sexuales en estos países es bastante menor a la edad en que las personas son mayores de edad, por lo que es evidente que la autonomía que tienen las y los adolescentes y jóvenes en el ejercicio de su sexualidad, queda relegado solo al ámbito de las relaciones sexuales y no al ejercicio de sus derechos de atención de salud (cuadro 15).



**Cuadro 15.** Acceso a la prueba de VIH por país

País	Requiere orden médica	Consentimiento de padres o tutor legal
Argentina	Sí	No hay
Bolivia	No	No hay
Brasil	No	Menores de 12 años
Chile	No	Menores de 18 años
Colombia	No	Menores de 14 años
Costa Rica	No	No hay
Ecuador	No	Menores de 18 años
El Salvador	No	Menores de 18 años
Guatemala	No	Menores de 18 años
Honduras	No	Menores de 18 años
México	No	No hay
Nicaragua	No	Menores de 21 años
Panamá	No	Menores de 18 años
Paraguay	No	Menores de 18 años
Perú	No	Menores de 18 años
Uruguay	Sí requiere orden médica para hacerse la prueba en el sistema de salud público	Sin información
Venezuela	No	Menores de 14 años

Fuente: Elaboración propia, con base en la legislación y políticas públicas vigentes.

La gratuidad de la prueba de VIH es una condicionante en el acceso que tienen adolescentes y jóvenes. Panamá es el único país que no ha instaurado la gratuidad de la prueba de VIH, universalmente; ya que solo se realiza gratuitamente a las embarazadas y sus pareja (Plan Nacional de Eliminación de la TMI), a las poblaciones clave (en Clínicas Amigables [CLAM]) y a la población general en las jornadas de promoción (día de la prueba). Esta situación es distante a la del resto de los países de Latinoamérica, donde la prueba de VIH es totalmente gratuita.

No sucede lo mismo cuando hablamos de los exámenes de carga viral y CD4, pues esta realidad varía dependiendo del sistema de aseguramiento de la salud de las per-

sonas. En Chile, los exámenes CV y CD4 son gratuitos solo para los dos primeros quintiles de menor ingreso asegurados en el sistema público de salud. En Panamá, los exámenes de CD4 y CV no son gratuitos y el costo depende de la evaluación económica realizada por un trabajador/a social. Colombia es el único país en que los exámenes de CD4 y CV deben ser costeados por los pacientes (cuadro 16).

La cobertura del tratamiento antirretroviral, en América Latina, llega al 45%, a pesar de que diversos tratados internacionales promueven la atención médica y las medicinas a todos los niños y niñas, sin distinción de sexo, raza, religión, nacionalidad o condición socioeconómica.

**Cuadro 16.** Gratuidad de los servicios de VIH por país

País	Test VIH	Exámenes		TARV
		CD4	CV	
Argentina	Sí	Sí	Sí	Sí
Bolivia	Sí	Sí	Sí	Sí
Brasil	Sí	Sí	Sí	Sí
Chile	Sí	No	No	Sí para los dos primeros quintiles de menor ingreso que están asegurados en el sistema público de salud.
Colombia	Sí	No	No	Sí
Costa Rica	Sí	sí	sí	Sí
Ecuador	Sí	Sí	Sí	Sí
El Salvador	Sí	Sí	Sí	Sí
Guatemala	Sí	Sí	Sí	Sí
Honduras	Sí	Sí <sup>a</sup>	Sí <sup>a</sup>	Sí <sup>a</sup>
México	Sin información	Sí	Sí	Sí
Nicaragua	Sí	Sí	Sí	Sí
Panamá	Sí <sup>b</sup>	No	No	Sí
Paraguay	Sí	Sí	Sí	Sí
Perú	Sin información	Sin información	Sin información	Sin información
Uruguay	Sí	Sí	Sí	Sí
Venezuela	Sí	Sí	Sí	Sí

<sup>a</sup> Al momento de finalizar este análisis, se había recién aprobado en Honduras las modificaciones a la Ley Especial de VIH/SIDA que establecen que las personas que viven con VIH quedarán exentas del pago de cuotas de recuperación o cualquier otro cobro por la prestación de servicios de salud o el suministro de cualquier tipo de medicamentos en instituciones del Estado.

<sup>b</sup> Gratuidad de la prueba para embarazadas y sus parejas (Plan Nacional de Eliminación de la TMI), para poblaciones clave (en Clínicas Amigables [CLAM]) y para la población general en las jornadas de promoción (día de la prueba).



En Guatemala, los servicios relacionados al VIH son gratuitos en el sistema de salud pública y la seguridad social cuando los insumos están disponibles, pero cabe mencionar que solo el 31% de las personas que requieren el TARV, en este país, la reciben<sup>36</sup>.

En Chile, se repite el mismo caso que sucede para los exámenes CV y CD4, pues la gratuidad del tratamiento está asegurada solo a los dos primeros quintiles de menor ingreso que están asegurados en el sistema público de salud.

### Piden una excepción a la prueba de VIH en México (2014)

En México, la diputada Crystal Tovar realizó una consulta al Grupo Temático del ONUSIDA en México, respecto de su opinión del exhorto que ella está proponiendo a la Secretaría de Salud del Gobierno Federal para modificar la Norma Oficial Mexicana para la prevención y el control de la infección del VIH. La propuesta de la diputada Tovar contempla que se realice una excepción a la patria potestad, para que las y los jóvenes y adolescentes de 12 a 18 años de edad, puedan tener acceso a una prueba de detección del VIH, así como la entrega de los resultados, con o sin la autorización del padre, la madre, tutor o representante legal.

Al respecto, después de un largo proceso de consulta y documentación en donde participaron en la discusión los integrantes del Equipo Conjunto y del Grupo Temático, la Oficina de la Coordinadora Residente y la Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos, el Grupo Temático del ONUSIDA emitió una respuesta técnica en donde saluda favorablemente el exhorto realizado, y bajo argumentos técnicos y científicos argumenta por qué, desde el punto de vista de la salud pública, la restricción en el acceso de jóvenes y adolescentes a servicios integrales de salud sexual y reproductiva, incluyendo las pruebas de detección al VIH, ya sea por causas legislativas, políticas o de cualquier otra índole, conlleva graves consecuencias, como la aparición de la infección entre las personas más jóvenes, así como el retraso en el diagnóstico y la oportunidad de inicio del tratamiento.

<sup>36</sup> ONUSIDA, Global AIDS response progress reporting (GARPR) 2013, 2013.







## Principales barreras

Algunos problemas que enfrentan los adolescentes se superponen con aquellos problemas que enfrentan los adultos en contextos similares, como las preocupaciones sobre la distancia a los servicios, el costo económico del transporte o la vergüenza de necesitar, querer o pedir información e insumos básicos de SSR. Otros obstáculos que enfrentan los jóvenes son exclusivos de ellos; por ejemplo, la edad de consentimiento legal para acceder a los servicios e insumos que necesitan en materia de SSR y VIH. De esta forma, los y las adolescentes ven limitada su autonomía en la toma de decisiones, y las decisiones sobre si deben buscar atención es en gran parte realizada por los padres, tutores y cónyuges. En muchos lugares, los puntos de vista conservadores en cuanto a la salud sexual crea reticencias entre los trabajadores de la salud para proporcionar información o servicios a los y las adolescentes y jóvenes.

En adelante, se enumeran las principales barreras que adolescentes y jóvenes enfrentan en el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva y VIH:

- En diversos países, las personas menores de edad requieren del consentimiento de sus padres o tutores legales para solicitar servicios e insumos de SSR, prevención y atención del VIH. Sin embargo, este requerimiento no guarda relación con las normas que establecen la edad de consentimiento para iniciar relaciones sexuales, sin que medien consecuencias penales. Un o una joven que inicia su vida sexual a los 14 años, y que puede hacerlo sin el consentimiento de sus padres, no debería tener que esperar hasta la mayoría de edad para acceder libremente a los servicios de SSR y VIH, pues es en este período en que las y los adolescentes y jóvenes son más vulnerables a los embarazos no deseados y a contraer infecciones de transmisión sexual, incluyendo el VIH.
- En Chile y Paraguay la edad de consentimiento para las relaciones sexuales homosexuales es mayor a la edad

de consentimiento para las relaciones sexuales heterosexuales. Esta diferencia supone discriminación por orientación sexual y puede constituir una barrera para la atención de parejas homosexuales, por temor a las consecuencias penales en que puedan incurrir.

- Todos los países analizados han establecido la edad para contraer matrimonio en 18 años o cuando se cumple la mayoría de edad, pero la mayoría de estos también permiten excepciones para el matrimonio antes de esa edad. Así vemos que Colombia, Guatemala, Nicaragua y Venezuela permiten el matrimonio desde los 14 años a las adolescentes con el consentimiento de sus padres. Además Guatemala, Nicaragua, Honduras y Venezuela fijan una edad mínima para el matrimonio de las adolescentes, que es menor que la edad establecida para los adolescentes. Argentina, Chile, Brasil, Colombia, Ecuador, Uruguay y algunos estados en México permiten el matrimonio y/o unión civil entre personas del mismo sexo; sin embargo, la edad permitida para este tipo de unión en Chile y Colombia es superior a la edad requerida para el matrimonio heterosexual, siendo necesario haber cumplido la mayoría de edad para poder optar por la unión civil. Argentina, El Salvador, Panamá y México son los únicos que no establecen excepciones para el matrimonio antes de los 18 años y no hacen distinción por sexo.
- En relación con el acceso a la prueba del VIH, en 9 de los 17 países objeto de este análisis (Chile, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, Perú y Paraguay) los menores de edad requieren del consentimiento de sus padres o tutores legales para acceder a la prueba del VIH. Cabe destacar que en Honduras la mayoría de edad se obtiene a los 21 años y el acceso a la prueba, sin el consentimiento de padres o tutores, es permitido a partir de los 18 años. En los casos de México y Panamá, se señala que para entregar los resultados de las pruebas es necesario que el/la adolescente acuda acompa-



ñado de su padre, madre, tutor, tutora o persona de confianza. Para el caso de Paraguay, se establece que el personal de salud, ante la ausencia de padres o tutores legales, puede solicitar a la fiscalía la autorización para realizar la prueba. Además, en Argentina toda persona que desee realizarse la prueba de VIH requiere del consentimiento médico u orden médica para la realización del examen, tanto en los servicios públicos como privados; y en Uruguay, se requiere de una orden médica solo en los servicios públicos de salud. Panamá es el único país que no ha instaurado la gratuidad de la prueba de VIH, universalmente. Estas situaciones constituyen, sin duda, barreras importantes para el acceso de las y los adolescentes y jóvenes a la prueba del VIH y representa un desafío para alcanzar la meta regional de aumentar al 90% la proporción de personas con VIH que conoce su diagnóstico para el 2020.

- En lo que se refiere a la accesibilidad del condón, si bien todos los países latinoamericanos considerados en el análisis provisionan el condón masculino de manera gratuita a través de sus sistemas de salud, solo seis países (Bolivia, Brasil, Ecuador, México, Perú y Uruguay) distribuyen gratuitamente el condón femenino. El limitado acceso que existe en la región al condón femenino, sumado a la necesidad de obtener el consentimiento de padres o tutores para obtener insumos de SSR, constituyen importantes barreras para el acceso y ejercicio pleno de los derechos sexuales y reproductivos de las y los adolescentes y jóvenes.
- Respecto de la anticoncepción oral de emergencia (AOE), de los 17 países presentes analizados, solo cuatro de ellos (Chile, Colombia, Ecuador y Uruguay) poseen leyes que de manera explícita garantizan el acceso a la AOE. Por otra parte, Honduras prohíbe la AOE mediante un Acuerdo de la Secretaría de Salud y Perú prohíbe su distribución en los servicios públicos de salud por una decisión del Tribunal Constitucional. En la legislación de Costa Rica no se hace referencia alguna a la AOE, generando un vacío legal en este tema. El resto de los países distribuyen la AOE, pero no establecen claramente la edad en que es permitida, dejando la materia a la interpretación. Guatemala considera la agresión sexual como el único escenario que permite la entrega de AOE, creando así una barrera de acceso a este insumo.
- En relación con el aborto, la mayoría de los países de la región restringe o limita el acceso al aborto seguro

y legal. Chile<sup>37</sup>, El Salvador, Honduras y Nicaragua son los únicos países que no han despenalizado el aborto bajo ninguna causal. Respecto de la despenalización del aborto en caso de grave peligro para la vida o la salud física y mental de la madre, Bolivia, Ecuador y Perú la han permitido en estos casos; mientras que Argentina, Colombia, Costa Rica, México y Panamá solo han despenalizado el aborto por grave peligro para la vida y la salud física de la madre. En caso de que el feto no pueda subsistir por sí solo (inviabilidad fetal), se ha autorizado el aborto en Colombia y México. En Brasil, solo se ha despenalizado el aborto por inviabilidad fetal para los casos de anencefalia fetal. El embarazo producto de una violación es causal para permitir el aborto en Argentina, Bolivia, Brasil, Colombia, México y Panamá. Sin embargo, cuando hablamos de los motivos socioeconómicos de la madre, solo encontramos el caso de Uruguay, que ha despenalizado el aborto por cualquiera de las causales arriba mencionadas, pero solo en los casos en que el aborto fuese realizado por un médico dentro de los tres primeros meses de la concepción. Las adolescentes con embarazos no planificados, a menudo, acuden a servicios clandestinos de interrupción del embarazo que no cuentan con personal calificado y se efectúan utilizando métodos o en circunstancias que pueden poner en peligro la salud y bienestar de las jóvenes.

- En materia de políticas nacionales de juventud, las edades que definen los países para el rango de juventud son variadas, como es el caso de Costa Rica, que define a la juventud desde los 12 hasta los 35 años; o el de Colombia, donde se considera jóvenes a aquellas personas entre 14 y 28 años. Estas diferencias entre los países hacen más difícil establecer un marco común en materia de políticas de protección para la juventud en la región.
- La edad de consentimiento para las relaciones sexuales se encuentra dentro del rango etario establecido como el inicio de la juventud en Colombia, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Uruguay y Venezuela. El resto de los países establecen edades de consentimiento para las relaciones sexuales más bajas que la edad en que se consideran jóvenes. Esto significa que las personas que inician relaciones sexuales antes de la edad considerada como el inicio de la juventud, pueden quedar excluidos de los programas y servicios nacionales de SSR y VIH.

<sup>37</sup> El 31 de enero de 2015, la presidenta Bachelet de Chile presentó a la Asamblea Nacional un proyecto de ley para despenalizar el aborto por tres causales: riesgo para la vida o la salud de la madre, inviabilidad del feto y violación.

- En materia de educación integral de la sexualidad (EIS), el escenario de Latinoamérica es bastante heterogéneo. Panamá es el único país que no ha legislado o no posee normativa específica sobre educación sexual, por ende, no existe entidad gubernamental responsable de esta obligación. Argentina y Colombia son los únicos países que han establecido una ley específica para regular la EIS. En Uruguay, la Ley General de Educación plantea el tema de la ESI y la Ley de SSR plantea la necesidad de formar a los docentes en derechos sexuales y reproductivos. En cambio, Chile hace mención a esta en una ley de fertilidad que establece que los establecimientos educacionales reconocidos por el Estado deberán incluir, dentro del ciclo de enseñanza media, un programa de educación sexual, de acuerdo con sus principios y valores, dejando así a la discrecionalidad de cada centro los lineamientos curriculares en materia de educación sexual. Argentina, Bolivia, Costa Rica, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, Perú y Uruguay poseen claramente una edad mínima o un indicador escolar sobre el momento en que se considera adecuado impartir contenidos sobre educación en salud sexual y reproductiva, mientras que en Paraguay y Venezuela es necesario educar en todas las edades. Algunos países, como Chile, Venezuela y Bolivia, a pesar de contar con programas de EIS reportan un avance inferior al 35% en la implementación de la Declaración Ministerial, dejando en evidencia la importancia de mejorar la calidad de los planes y programas educativos y regular los contenidos básicos de acuerdo a las normas y recomendaciones internacionales, para evitar la discrecionalidad de los centros educativos y los docentes en la implementación de estos programas.
- En materia de migración, Paraguay y Nicaragua establecen restricciones para la permanencia de personas viviendo con el VIH en el país después de los tres meses. En ambos países, el permiso para la residencia es negado si la prueba de VIH es positiva; pero en Paraguay, se hace una excepción a esta restricción si la persona demuestra que tiene recursos suficientes para pagar por su tratamiento.
- En relación con los servicios de atención del VIH, los y las adolescentes y jóvenes, además de enfrentarse a las limitantes de edad que están vigentes en muchos países, también se enfrentan a otras, como por ejemplo: en Chile, el TARV y los exámenes de CD4 y CV está garantizado solo a personas que se encuentran dentro de los dos quintiles de menor ingreso y están aseguradas en el sistema público de salud; en Panamá,

los exámenes de CD4 y CV no son gratuitos y el costo depende de la evaluación económica realizada por un trabajador/a social; y en Colombia, los exámenes de CD4 y CV deben ser costeados por los pacientes. Estas barreras impiden que las personas se mantengan bajo cuidado médico, tengan acceso al TARV y se adhieran al tratamiento para lograr niveles de carga viral indetectable, poniendo en peligro el cumplimiento de las metas regional para aumentar al 90% la proporción de personas bajo tratamiento antirretroviral y aumentar al 90% la proporción de personas bajo tratamiento con carga viral indetectable.

- Si bien es cierto que todos los países analizados ofrecen servicios de salud diferenciados para adolescentes y jóvenes, los mismos no aseguran siempre la distribución del condón masculino y femenino, métodos de anticoncepción oral de emergencia, el aborto seguro y la prueba del VIH, debido en parte a las barreras legales existentes que restringen el acceso a servicios e insumos de SSR y VIH. Además es necesario evaluar la calidad de los servicios, ya que varios países reportan que, en la práctica, estos programas no tienen cobertura a nivel nacional, ni funcionan adecuadamente guardando la confidencialidad y garantizando el acceso a información de calidad. Varios países como Bolivia, El Salvador, Guatemala y México cuentan con políticas, planes y programas que se encuentran desactualizados o que han perdido su vigencia.





# Recomendaciones

## Normativa jurídica

1. Eliminar el consentimiento de los padres o tutores legales para el acceso de los servicios e insumos de SSR y VIH, incluyendo el acceso libre y gratuito a la prueba del VIH, los condones masculinos y femeninos, la anticoncepción oral de emergencia, la profilaxis postexposición y demás servicios e insumos de SSR; al menos, desde la edad en que las legislaciones consienten el inicio de las relaciones sexuales para las personas adolescentes.
2. Equiparar la edad de consentimiento para las relaciones sexuales, para relaciones homosexuales y heterosexuales, puesto que esta diferencia supone discriminación por orientación sexual.
3. Impulsar proyectos de ley de educación integral en sexualidad (EIS), basados en la evidencia que incluya referencias específicas sobre la pertinencia de brindar EIS adaptada a cada edad, durante todo el ciclo formativo de una persona.
4. Promover cambios legales que garanticen el acceso universal a la anticoncepción oral de emergencia y la profilaxis postexposición, en aquellos países que no poseen lineamientos oficiales sobre el acceso universal a la anticoncepción oral de emergencia y a la profilaxis postexposición.
5. Incentivar a los gobiernos a la adquisición de condones femeninos y la distribución gratuita entre poblaciones prioritarias, de acuerdo a los criterios definidos en sus respectivas políticas nacionales.
6. Adecuar las legislaciones nacionales para eliminar las excepciones legales al matrimonio antes de los 18 años, conforme a los estándares internacionales y las recomendaciones de la OMS, UNICEF y UNFPA. Igualmente, se recomienda eliminar las diferencias a la edad de matrimonio por razón de sexo u orientación sexual.
7. Adecuar la legislación migratoria de los países, eliminando las barreras que puedan limitar el libre movimiento de las personas que viven con VIH, tanto

para el ingreso como para la residencia en un país diferente al de origen, asegurando el acceso a la atención integral médica y al tratamiento antirretroviral.

8. Limitar la aplicación de la ley penal solo a los casos de transmisión intencional del VIH.
9. Asegurar el acceso a los exámenes de carga viral y CD4 de forma gratuita y oportuna, así como al tratamiento antirretroviral continuo, aumentando su cobertura hasta llegar al total de personas viviendo con VIH que requieran tratamiento.
10. Derogar las leyes que obligan a revelar el estado serológico con respecto al VIH y otras leyes que puedan resultar contraproducentes a los esfuerzos de prevención, tratamiento, atención y apoyo relacionados con el VIH o que violen los derechos humanos de las personas que viven con el VIH y otros grupos vulnerables.
11. Asegurar que los países adaptan su legislación y políticas de atención en salud sexual y reproductiva, tomando en consideración los convenios y pactos internacionales, en la evidencia y las políticas orientadas a reducir la morbi-mortalidad, proteger los derechos humanos de los y las adolescentes y jóvenes, incluyendo sus derechos sexuales y reproductivos.

## Políticas públicas

12. Garantizar que la edad de consentimiento para las relaciones sexuales coincida con el límite inferior del rango de edad definido como el inicio de la adolescencia y juventud por las leyes y políticas de cada país.

## Servicios

13. Promover y fortalecer estrategias para facilitar el acceso a información clara y comprensible sobre los servicios de salud reproductiva para adolescentes y jóvenes, que incluya información sobre la ubicación de los establecimientos o lugares que ofrecen información, consejería y/o servicios de SSR y VIH.



14. Coordinar estrategias múltiples que garanticen la distribución de métodos anticonceptivos modernos y gratuitos, previa consejería en espacios de salud amigables, promoviendo el uso y distribución del condón masculino y femenino como método de triple protección (prevención de embarazos no deseados, prevención de VIH y otras infecciones de transmisión sexual) para adolescentes y jóvenes.
15. Habilitar y asegurar la distribución de la anticoncepción oral de emergencia en los centros de salud y en los espacios diferenciados para adolescentes y jóvenes, tomando como evidencia la experiencia de los países que la distribuyen sin limitaciones; de igual manera, poner a disposición de las y los jóvenes que lo requieran, la profilaxis postexposición.
16. Eliminar las prohibiciones relacionadas con el acceso, comercialización y distribución del anticonceptivo oral de emergencia y que, aquellos países de la región que no lo proporcionan, universalicen la entrega del mismo en los centros de salud y farmacias.







## Bibliografía

### ARGENTINA

- Chaves, Mariana. (2009). Investigaciones sobre juventudes en la Argentina: Estado del arte en ciencias sociales. Código Civil.
- Código Penal de la Nación Argentina.
- Decreto 1.244/1991, Decreto Reglamentario de la Ley 23.798. Sobre lucha contra el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA).
- Decreto 1.282/2003, Reglamentación de la Ley 25.673. Creación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable.
- Ley 22.278. Régimen Penal de Menores.
- Ley 23.798. Prevención y lucha contra el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA).
- Ley 24.455. Obligación de las obras sociales de cubrir gastos generales por el SIDA.
- Ley 25.673. Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable en el ámbito del Ministerio de Salud.
- Ley 25.871. Migraciones.
- Ley 26.061. Protección integral de los derechos de las niñas, niños y adolescentes que se encuentren en el territorio de la República de Argentina.
- Ley 26.150. Programa Nacional de Salud Sexual Integral.
- Ley 26.206. Ley de Educación Nacional.
- Ministerio de Salud. (2010). Lineamientos para la creación de puestos fijos de distribución de preservativos y geles.
- Ministerio de Salud, Sociedad Argentina de Pediatría y UNICEF. (2010). Guía de recomendaciones para la atención integral de adolescentes en espacios de salud amigables y de calidad.
- Resolución 1340/2013. Recomendaciones para la implementación de pruebas rápidas en el diagnóstico de VIH y otras ITS.
- Trumper, Eugenia. (2007). Anticoncepción hormonal de emergencia: Guía de procedimientos para profesionales de la salud.

### BOLIVIA

- Código de Familia concordado de la República Boliviana. Código Penal de Bolivia.
- Defensa de Niños y Niñas Internacional (DNI) Bolivia. (2012). Justicia Penal Juvenil de Bolivia.
- Ley 3.729. Ley para la Prevención del VIH-SIDA, Protección de los Derechos Humanos y Asistencia Integral Multidisciplinaria para las Personas que Viven con el VIH-SIDA.
- Ley 342/2013. Ley de la Juventud.
- Ministerio de Salud y Deporte. (2009). Plan Estratégico Nacional de Salud Sexual y Reproductiva.
- Ministerio de Salud y Deporte. (2010). Norma nacional, reglas protocolos y procedimientos en anticoncepción.
- OEA e Instituto Interamericano del Niño. Código del Niño, Niña y Adolescente.
- UNFPA. Web: <http://bolivia.unfpa.org/node/1231>. (Revisado el 6 de julio de 2015)

### BRASIL

- ADI 4.277 e ADPF 132. União Estável Homoafetiva Ação de Descumprimento de Preceito Fundamental 132 e Ação Direta de Inconstitucionalidade 4277 do Supremo Tribunal Federal.
- Anticoncepção de Emergência. Perguntas e Respostas para Profissionais de Saúde, Ministério da Saúde.
- Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental 54 do Supremo Tribunal Federal.
- Constituição Federal da República Federativa do Brasil de 1988.
- Decreto-Lei 2.848. Código Penal Brasileiro.
- Departamento Nacional de DST, AIDS e Hepatites Virais. Web: <http://www.aids.gov.br/pagina/por-que-usar>. (Revisado el 6 de julio de 2015)
- Lei 8.069. Estatuto da Criança e do Adolescente.
- Lei 9.263/96. Planejamento familiar. Estabelece penalidades e dá outras providências.
- Lei 9.363/96. Dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos aos portadores do HIV e doentes de AIDS.

- Lei 10.406/2002. Código Cível Brasileiro.
- Lei 12.594/2012. Institui o Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (Sinase). Regulamenta a execução das medidas socioeducativas destinadas a adolescente que pratique ato infracional; e altera as Leis 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente); 7.560, de 19 de dezembro de 1986; 7.998, de 11 de janeiro de 1990; 5.537, de 21 de novembro de 1968; 8.315, de 23 de dezembro de 1991; 8.706, de 14 de setembro de 1993; os Decretos-Leis 4.048, de 22 de janeiro de 1942; 8.621, de 10 de janeiro de 1946; e a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), aprovada pelo Decreto-Lei no 5.452, de 1o de maio de 1943.
- Lei 12.852/2013. Institui o Estatuto da Juventude. Dispõe sobre os direitos dos jovens, os princípios e diretrizes das políticas públicas de juventude e o Sistema Nacional de Juventude (SINAJUVE).
- Lei 60/2009. Estabelece o regime de aplicação da educação sexual em meio escolar.
- Ministério da Saúde. (1998). Aconselhamento em DST e HIV/AIDS: diretrizes e procedimentos Básicos. Manual Técnico para o Diagnóstico da Infecção pelo HIV, Ministério da Saúde, 2013.
- Política Nacional de Atenção à Saúde de Adolescentes e Jovens.
- Política Nacional de DST/AIDS. Princípios e diretrizes.
- Portaria 143. Ministério da Saúde. Realização dos procedimentos de contagem de linfócitos T CD4/CD8 e quantificação da carga viral do HIV conforme estabelecido em norma constante do anexo desta Portaria.
- Portaria 2.313, de 19 de dezembro de 2002. Normas relativas ao incentivo para estados, Distrito Federal e municípios no âmbito do Programa Nacional de HIV/Aids e outras DST.
- Protocolo para a utilização do Levonorgestrel na Anticoncepção Hormonal de Emergência, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, 2010.
- Resolução Conselho Federal Medicina 1931 de 2009. Código de Ética Médica.
- Site da Secretaria Nacional de Juventude. Web: <http://juventude.gov.br/juventude/sobre-o-portal#.VZrhjkZkr20>. (Revisado el 6 de julio de 2015)
- Decreto 182 de 2005. Reglamento del examen para la detección del virus de la inmunodeficiencia humana.
- Ley 19.779. Establece normas relativas al virus de inmunodeficiencia humana y crea bonificación fiscal para enfermedades catastróficas.
- Ley 19.947. Establece nueva Ley de Matrimonio Civil.
- Ley 19.966. Establece un régimen de garantías en salud.
- Ley 20.084. Establece un sistema de responsabilidad de los adolescentes por infracciones a la Ley Penal.
- Ley 20.370. Ley General de Educación.
- Ley 20.418. Fija normas sobre información, orientación y prestaciones en materia de regulación de la fertilidad.
- Ministerio de Salud. (2012). Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes.
- Resolución Exenta 1.914 de 2008. Aprueba Convenio de Colaboración celebrado entre los Ministerios de Salud y del Interior.

## COLOMBIA

- Código Civil Colombiano.
- Código de la Infancia y la Adolescencia.
- Código Penal Colombiano.
- Constitución Política de Colombia.
- Decreto 1.543 de 1997. Por el cual se reglamenta el manejo de la infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), el Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) y las otras enfermedades de transmisión sexual (ETS).
- Decreto 3.039. Prevención de los riesgos y recuperación y superación de los daños en la salud.
- Ley 1.620 de 2013. Crea el Sistema Nacional de Convivencia Escolar y Formación para el Ejercicio de los Derechos Humanos, la Educación para la Sexualidad y la Prevención y Mitigación de la Violencia Escolar.
- Ley 375 de 1997. Ley de la Juventud.
- Ministerio de Protección Social y UNFPA. (2003). Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva.
- Resolución 5.521 de 2013. Define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS).
- UNFPA y Ministerio de Protección Social. (2013). Ley 115 de 1994, Ley General de Educación.

## COSTA RICA

- Caja Costarricense de Seguro Social. (2005). Manual de consejería en salud sexual y reproductiva para funcionarios/as en atención de adolescentes con énfasis en VIH/SIDA.
- Código de Familia.
- Código de la Niñez y la Adolescencia.
- Código Penal.
- Ley 7.476. Ley de Justicia Penal Juvenil.

## CHILE

- Código Civil.
- Código Penal.
- Decreto 1 de 2010. Aprueba garantías explícitas en salud del Régimen General de Garantías en Salud.

- Ley 7.771. Ley General del VIH/SIDA de la República de Costa Rica.
- Ley 8.261. Ley General de la Persona Joven.
- Ley 8.764. Ley General de Migración y Extranjería.
- Ministerio de Salud. (2010). Plan Estratégico Nacional de Salud de las Personas Adolescentes (PENSPA).
- Reglamento AL-1380-99, 27894-S. Reglamento de la Ley General sobre VIH/SIDA.
- UNFPA, Ministerio de Salud. (2010). Política Nacional de Sexualidad, Tomo I.
- UNFPA, Ministerio de Salud. (2010). Política Nacional de Sexualidad, Tomo II.
- UNFPA, Ministerio de Salud. (2013). Estrategia de Acceso Universal a Condones Masculinos y Femeninos.

## ECUADOR

- Acuerdo Ministerial 732, Registro Oficial 729 de 2002. Reglamento de atención a personas con VIH/SIDA.
- Código Civil Ecuatoriano.
- Código de la Niñez y la Adolescencia.
- Código de Menores.
- Código Orgánico Integral Penal.
- Constitución del Ecuador.
- Deutsche AIDS-Hilfe. (2010). Guía de referencia rápida.
- Ley 2000-11. Prevención y asistencia integral del VIH/SIDA.
- Ley 77 de 1995. Ley de Derechos y Amparo del Paciente. Ley de la Juventud.
- Ley Orgánica de Salud.
- Ministerio de Salud. (2002). Registro Oficial 919 de 2013. Reglamento para regular el acceso y disponibilidad de métodos anticonceptivos en el Sistema Nacional de Salud.
- Ministerio de Salud. (2010). Guía de atención integral en VIH/SIDA.

## EL SALVADOR

- Código de Familia.
- Código Penal.
- Decreto 117. Reglamento Ley General de Juventud.
- Decreto 496. Ley Transitoria del Registro del Estado Familiar y de los Regímenes Patrimoniales del Matrimonio.
- Decreto 588. Ley de Prevención y Control de la Infección Provocada por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana.
- Decreto 839. Ley de Protección Integral de la Niñez y Adolescencia.
- Decreto 863. Ley Penal Juvenil.
- Decreto 910. Ley General de Juventud y su Reglamento.
- Ministerio de Salud. (2008). Guía Técnica de atención en planificación familiar.

## GUATEMALA

- Acuerdo 317-2002. Reglamento de la ley para el combate de virus del virus inmunodeficiencia humana (VIH) y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) y de promoción, protección y defensa de los derechos humanos ante el VIH/SIDA.
- Código Civil.
- Código Penal de Guatemala.
- Decreto 9-2009. Ley contra la Violencia Sexual, Explotación y Trata de Personas.
- Decreto 27-2000. Ley General para el Combate de Virus del Virus Inmunodeficiencia Humana (VIH) y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y de Promoción, Protección y Defensa de los Derechos Humanos ante el VIH/SIDA.
- Decreto 27-2003. Ley de Protección Integral de la Niñez y Adolescencia.
- Decreto 87-2005. Ley de Acceso familiar y Equitativo de Servicios de Planificación Familiar y su Integración en el Programa Nacional de Salud Reproductiva.
- Decreto 95-98. Ley de Migración.
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. (2003). Política de salud para la adolescencia y la juventud.
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. (2006). Guía para el manejo y seguimiento de la mujer embarazada positiva al VIH o con SIDA.
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. (2007). Manual para abordaje integral de las infecciones de transmisión sexual con énfasis en el manejo sindrómico.
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. (2008). Modelo de atención integral y diferenciada para las y los adolescentes.
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Protocolo de atención a víctimas de violencia sexual.
- Política Pública 638-2005. Respecto de la prevención a las infecciones de transmisión sexual (ITS) y a la respuesta a la epidemia del síndrome a la inmunodeficiencia adquirida (SIDA).
- USAID. (2006). Políticas, prácticas y opciones para la adquisición de insumos anticonceptivos.
- ## HONDURAS
- Acuerdo 2.744. Secretaría de Salud.
- ANED Consultores. (2007). Impacto de los servicios amigables de salud reproductiva para las y los adolescentes (Departamentos de Atlántida, Colón y Cortés).
- CLADEM. (2003). Los Derechos Sexuales y los Derechos Reproductivos en Honduras.
- Código Civil.
- Código de Familia.
- Código de la Niñez y la Adolescencia.
- Código Penal.

- Decreto 147-99. Ley Especial sobre el VIH/SIDA.  
 Secretaría de Estado en el Despacho de Salud. (2005). Plan Nacional de Salud 2021.  
 Secretaría de Salud y ENAPREAH. (2012). Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes de Honduras.  
 Secretaría de Salud. (2010). Normas y procedimientos de atención para: planificación familiar, climaterio/menopausia, infertilidad.  
 UNFPA. (2009). Población y salud.

## MÉXICO

- Coalición de la Salud por las Mujeres. (2007). Salud sexual y reproductiva de las mujeres retos legislativos.  
 Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación. (2012). Reporte sobre la discriminación en México 2012. Proceso Civil.  
 DOF 14-05-2013. Ley del Instituto Mexicano de la Juventud.  
 FLACSO. (2011). La educación sexual en la Escuela Secundaria Técnica 43 "Luis Enrique Erro".  
 Gamboa y Valdés. (2013). El embarazo en adolescentes.  
 González M. de, Olga Islas. (1990). El menor como sujeto del Derecho Penal.  
 Grupo de Información en Reproducción Elegida. (2008). Leyes del aborto en México.  
 Grupo de Información en Reproducción Elegida. (2013). Omisión e indiferencia derecho reproductivos en México.  
 Infante, Leyva, Caballero, Guerrero, Cuadra y Bronfman. (2004). VIH/SIDA y rechazo a migrantes en contexto fronterizo.  
 Instituto Nacional de las Mujeres. (s/f). Legislación penal en las entidades federativas.  
 IPAS México. (2004). En México sí se pueden ofrecer servicios de anticoncepción a adolescentes normatividad nacional e internacional.  
 Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSA2-1993. Servicios de planificación familiar.  
 Norma Oficial Mexicana NOM-010-SSA2-2010. Para la prevención y el control de la infección por virus de la inmunodeficiencia humana.  
 Norma Oficial Mexicana NOM-047-SSA2-2014. Para la atención a la salud del grupo etario de 10 a 19 años de edad.  
 Ortiz Gómez, Candia. (2012). Informe de evaluación del programa de acción específico 2007-2012 en respuesta al VIH/Sida e ITS y evaluación de resultados del proyecto México de lucha contra el Sida. Ronda 9, financiado por el Fondo Mundial.  
 Pérez Díaz, Marisol. (2012). Acceso a la salud de migrantes centroamericanos en tránsito por Puebla.

- Personal del Programa de Asuntos de la Mujer y de Igualdad entre Mujeres y Hombres. (2013). Edad mínima del consentimiento para las relaciones sexuales.  
 Secretaría de Salud. (2008). Programa de acción específico 2007-2012, en respuesta al VIH/SIDA e ITS.  
 Secretaría de Salud. (2008). Salud sexual y reproductiva para adolescentes.  
 Secretaría de Salud y CENSIDA. (2012). El VIH/SIDA en México 2012.

## NICARAGUA

- Código Civil.  
 Código de la Niñez y la Adolescencia.  
 Código Penal.  
 CONSIDA, ONUSIDA/UNICEF. (2006). Política Nacional de Prevención y Control de ITS, VIH y SIDA.  
 Decreto 25-2002. Reglamento de la Ley 392 de Promoción del Desarrollo Integral de la Juventud.  
 Ley 392 de 2001. Ley de Promoción del Desarrollo Integral de la Juventud.  
 Ley 761. General de Migración y Extranjería.  
 Ley 820. Ley de Promoción de Protección y Defensa de los Derechos Humanos ante el VIH y SIDA, para su Prevención y Atención.  
 MINED y UNFPA. (2010). Educación de la sexualidad: Guía básica de consulta para docentes.  
 Ministerio de Salud, Dirección General de Servicios de Salud. (2008). Norma y protocolo de planificación familiar.  
 Organización Panamericana de la Salud. (2007). Derogación del aborto terapéutico en Nicaragua: Impacto en salud.  
 Perspectivas Internacionales en Salud Sexual y Reproductiva. (2012). Píldoras anticonceptivas de emergencia: Conocimientos y actitudes del personal de farmacias en Managua, Nicaragua.  
 UNFPA. (2008). Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva.

## PANAMÁ

- Código Civil de la República de Panamá.  
 Código de Familia.  
 Código Penal de la República de Panamá.  
 Constitución Política de la República de Panamá.  
 Ley 081-2013. Que crea el Instituto Nacional de la Juventud y una red de protección social para la juventud panameña.  
 Ley 081-2014. Que establece Ley de Juventud en Panamá.  
 Ley 3 de 2000. General sobre las infecciones de transmisión sexual, el virus de la inmunodeficiencia humana y el SIDA.  
 Ley 40 de 1999. Régimen especial de responsabilidad penal para la adolescencia.



- Ley 51 de 2005. Reforma la Ley Orgánica de la Caja de Seguro Social y dicta otras disposiciones.
- Ministerio de la Juventud, la Mujer, la Niñez y la Familia. (2004). Política Pública de Juventud de Panamá.
- Ministerio de Salud. (2005). Guías de atención de salud reproductiva infanto-juvenil.
- Ministerio de Salud. (2006). Compilación de convenios internacionales y leyes nacionales de protección en salud integral a la población adolescente (10-19 años) con énfasis en salud sexual y reproductiva.
- Ministerio de Salud. (2006). Normas técnicas y administrativas del Programa Nacional de Salud Integral de los y las Adolescentes.
- Organización Panamericana de la Salud y Ministerio de Salud. (2006). Normas para la atención integral a las personas con VIH.

## PARAGUAY

- Base Investigaciones Sociales e IDRC. (2007). Juventud e integración sudamericana: Caracterización de situaciones tipo y organizaciones juveniles.
- Código Civil del Paraguay.
- Código de la Niñez y la Adolescencia y Leyes Complementarias de Paraguay.
- Código Penal de Paraguay.
- Guía Nacional de Planificación Familiar y Manejo de las Infecciones de Transmisión Sexual.
- Guillén, María Cristina Guillén. (2011). Sistema de salud en Sudamérica: Desafíos hacia la integridad y equidad.
- Hunt, Flor, IPPF/RHO y Eric Monterrosas Castrejón. (2012). Evaluación de la implementación de la Declaración Ministerial "Prevenir con Educación". Del acuerdo a la acción: Avances en Latinoamérica y el Caribe.
- Ley 1/92. Derechos personales en las relaciones de familia del matrimonio.
- Ley 978 de 1996. Migraciones.
- Ley 2385. Reconoce al Instituto Nacional de Salud (INS), dependiente del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, como instituto superior de formación de recursos humanos e investigación del área de la salud.
- Ley 3.940. Establece derechos, obligaciones y medidas preventivas en relación con los efectos producidos por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA).
- Ministerio de Educación y Cultura y Políticas Públicas Educación y Sexualidad. (2010). Marco rector pedagógico para la educación integral de la sexualidad.
- ONU, UNFPA, IPPF, CEPEP y Organización Panamericana de la Salud. (2014). Plan Nacional de Salud Sexual y Reproductiva.
- Viceministerio de la Juventud y Ministerio Educación y Cultura. (2011). Plan Nacional de Juventud.

## PERÚ

- Código Civil.
- Código Penal.
- Constitución Política del Perú de 1993.
- Ley 20842. General de Salud.
- Ministerio de Salud y UNFPA. (2011). Provisión y uso de condones masculino y femenino para prevenir embarazos no planificados, ITS y VIH-SIDA. Manual de capacitación.
- MINSA y UNFPA. (2009). Perú: Análisis situacional y diagnóstico de necesidades en torno al acceso a condones masculinos y femeninos.
- ONU. (2013). La justicia juvenil en el Perú. Resolución Ministerial 652-2010/MINSA.
- UNESCO y ONUSIDA. (2009). Educación sexual integral en el sistema educativo.

## URUGUAY

- Código Civil.
- Código de la Niñez y la Adolescencia.
- Código Penal.
- Ministerio de Salud Pública. Guías en salud sexual y reproductiva.
- Ley 17.866. Creación del Ministerio de Desarrollo social.
- Ley 18.250. Migración.
- Ley 18.335. Pacientes y usuarios de los servicios de salud.
- Ley 18.426. Defensa del derecho de la salud sexual y reproductiva.
- Ley 18.987. Interrupción voluntaria del embarazo.

## VENEZUELA

- Código Civil de Venezuela.
- Código Penal.
- Gaceta Oficial 36.975. Ley del Régimen Penitenciario.
- Gaceta Oficial 5.859 Extraordinaria. Ley Orgánica para la Protección de Niños, Niñas y Adolescentes.
- Gobierno Bolivariano de Venezuela. (2010). Líneas estratégicas curriculares para la educación de la sexualidad en el subsistema de educación básica.
- Hunt, Flor, IPPF/RHO y Eric Monterrosas Castrejón. (2012). Evaluación de la implementación de la Declaración Ministerial "Prevenir con Educación". Del acuerdo a la acción: Avances en Latinoamérica y el Caribe.
- Ley 37.944. Extranjería y Migración.
- Ley para el Poder Popular de la Juventud.
- Ministerio del Poder Popular para la Salud, UNFPA, OPS y UNICEF. (2014). Resolución 364 de 2003. Norma oficial para la atención integral de la salud sexual y reproductiva.
- República Bolivariana de Venezuela. (2012). Informe nacional relativo en los avances en la implementa-

ción de la declaración de compromisos sobre VIH/SIDA (2001) y declaración política VIH/SIDA (2006 y 2011).

UNFPA, ONUSIDA Venezuela. (2011). Guía nacional para la prevención del VIH, SIDA e ITS.

## GENERAL

CEPAL-UNFPA. (2011). Informe regional de población en América Latina y el Caribe 2011: Invertir en juventud.

Conferencia Mundial de Derechos Humanos. (1993). Declaración y Programa de Acción de Viena.

Consortio Latinoamericano de Anticoncepción de Emergencia y UNFPA. (2010). "Índice CLAE" de acceso a la anticoncepción de emergencia.

Convención Iberoamericana de Derechos de los Jóvenes. (2005).

Hunt, Flor, IPPF/RHO y Eric Monterrosas Castrejón. (2012). Evaluación de la implementación de la Declaración Ministerial "Prevenir con Educación". Del acuerdo a la acción: Avances en Latinoamérica y el Caribe.

IV Conferencia Mundial sobre la Mujer. (1995). Plataforma de Acción de Beijing.

Machín Álvarez, Macarena. (2011). Los derechos humanos y la migración en Chile.

Morlachetti, Alejandro. (2007). Políticas de salud sexual y reproductiva dirigidas a adolescentes y jóvenes: un enfoque fundado en los derechos humanos. Notas de Población N° 85, CEPAL.

OEA. (1969). Convención Americana sobre Derechos Humanos.

OEA. (1988). Protocolo adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales "Protocolo de San Salvador".

OEA. (1994). Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la violencia contra la Mujer "Convención de Belém Do Pará".

OEA. (2010). Resolución 2600. Derechos Humanos: Orientación sexual e identidad de género.

OEA. (2012). Resolución 2721. Derechos Humanos: Orientación sexual e identidad de género.

OEA. (2013). Convención Interamericana contra toda Forma de Discriminación e Intolerancia.

OEA. (2013). Resolución 2802. Promoción y protección de los DDHH de las personas vulnerables al VIH/SIDA, viviendo con VIH/SIDA y afectadas por él en las Américas.

OEA. (2013). Resolución 2804. Convención Interamericana contra toda Forma de Discriminación e Intolerancia.

OMS. (2004). Resolución WHA57.12. Salud reproductiva: Estrategia para acelerar el avance hacia el logro de los objetivos y metas internacionales de desarrollo.

OMS. (2012). Abortos sin riesgos: Guía técnica de políticas para sistemas de salud.

OMS. (2012). Anticoncepción de emergencia. Nota Descriptiva 244.

OMS. (2012). Making health services adolescent friendly.

OMS. (2013). Nota Descriptiva 351.

ONU. (1989). Convención sobre los Derechos del Niño.

ONU. (1994). Programa de Acción de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo.

ONU. (1996). Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos.

ONU. (1999). Convención para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW).

ONU. (2006). Resolución 60/141. La niña.

ONU. (2008). Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.

ONU. (2009). Resolución 11/8 del Consejo de Derechos Humanos de Naciones Unidas sobre Mortalidad y Morbilidad Materna y Derechos Humanos.

ONU. (2012). Resolución 60-1. Documento final de la Cumbre Mundial 2005.

ONUSIDA. (2012). Global AIDS response progress reporting (GARPR) 2012.

ONUSIDA. (2013). Global AIDS response progress reporting (GARPR) 2013.

OPS. (2010). Estrategia y plan de acción regional sobre los adolescentes y jóvenes 2010-2018.

OPS. (2005). Modelo de consejería orientada a los jóvenes. UNICEF y Ministerio de Desarrollo Social Argentina.

(2008). Adolescentes en el Sistema Penal.

# Anexos







# Anexo 1: Marco metodológico

## Objetivo general

El objetivo principal de esta revisión es documentar la diversidad de cuestiones jurídicas y políticas que determinan el acceso de los jóvenes a la salud sexual y reproductiva (SSR), información y servicios de VIH.

## Objetivos específicos

- Identificar qué leyes nacionales, políticas y estrategias existen en los países de la región de América Latina que rigen el acceso a la salud sexual y reproductiva y a la información sobre el VIH de los y las adolescentes y jóvenes, y determinar si las mismas están acorde con los compromisos y convenciones internacionales y regionales. Igualmente, cómo abordan estas medidas las necesidades y circunstancias especiales de los jóvenes de las poblaciones clave (homosexuales, trans, usuarios de drogas y los y las trabajadoras sexuales).
- Analizar cómo estas leyes y políticas impactan en el acceso a la prestación de servicios de SSR y VIH para los y las adolescentes y jóvenes para identificar posibles barreras en la protección y la promoción del derecho a la salud de los y las adolescentes jóvenes y para garantizar el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva y VIH.
- Identificar buenas prácticas.

## Tipo de estudio

El enfoque de este estudio es mixto (cualitativo-cuantitativo). Esto se justifica en que el enfoque mixto es un enfoque que permite recolectar analiza y vincular datos cualitativos en cuantitativos o viceversa en un mismo estudio, o una serie de investigaciones para responder a un planteamiento de problema (Hernández, 1997).

El estudio será descriptivo-exploratorio y comparado. Esto quiere decir, que se utilizarán fuentes primarias y secundarias de información para proveer de los resultados esperados, se realizarán comparaciones de las realidades jurídicas de cada país en cada tema propuesto, mediante metodología cualitativa; con el fin de generar un estudio ampliado a todos los instrumentos que contengan la información requerida.

## Universo y muestra

Los países a los que será aplicado el estudio son: Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, Uruguay y Venezuela.

El estudio se concentrará en la población adolescente y joven. Si bien, las Naciones Unidas definen la adolescencia como el período que se extiende de los 10 a los 19 años y la juventud como el período entre los 15 y los 24 años, para los efectos del estudio se adoptará el período comprendido entre los 10 y 24 años según los estándares de la OPS<sup>38</sup>; en atención a los límites de edad definidos por las Naciones Unidas, los rangos de edad que han adoptado los gobiernos para las políticas nacionales de juventud y el consentimiento de las relaciones sexuales en adolescentes de algunos países de América Latina.

## Técnicas e instrumentos

Para efectos de este estudio se realiza una recolección de información a través de internet, bibliotecas, organismos (gubernamentales y no gubernamentales, e informantes clave).

<sup>38</sup> OPS, Modelo de consejería orientada a los jóvenes, 2005.



El objeto del estudio será la revisión de las condiciones jurídicas que regulan las relaciones sexuales, el matrimonio o la unión civil, la educación sexual y reproductiva, el aborto, consejería, prevención, acceso a la prueba y tratamiento del VIH, acceso y garantías de los servicios de salud, la responsabilidad penal de los jóvenes, las políticas públicas nacionales de juventud, y las políticas migratorias que afectan a los adolescentes y jóvenes.

Las fuentes primarias serán las leyes nacionales, los tratados y acuerdos internacionales, las políticas públicas y los planes estratégicos nacionales, obtenidas a través de los portales de transparencia de los gobiernos, o las bibliotecas de los congresos nacionales de cada país.

Las fuentes secundarias serán entrevistas a informantes clave a nivel nacional, solo en los casos que no exista claridad respecto de las condiciones jurídicas establecidas en sus legislaciones, para efectos de completar la información del estudio.

Respecto al universo temporal, se considerará la legislación vigente hasta el año 2013 de cada país analizado en el estudio, considerando las leyes promulgadas en dicho período, sin embargo, se expondrán y puntualizarán aquellos proyectos de ley que tengan espacio en la discusión actual, y que estén vinculadas a nuestro ámbito de estudio.





## Anexo 2: Marco jurídico

Los instrumentos jurídicos son las herramientas de la sociedad civil para exigir el cumplimiento de las obligaciones de los Estados de respetar y garantizar los derechos humanos sin discriminación, particularmente el derecho a la integridad personal, de modo que contribuya a superar la desigualdad y discriminación en el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva y VIH, y asegurar que todas las y los adolescentes y jóvenes gocen de un acceso efectivo a estos servicios.

### Legislación internacional

Diversos instrumentos jurídicos internacionales se han suscrito en los últimos años por los países latinoamericanos; sin embargo, cada uno de ellos reviste de una especial validez y fuerza jurídica para cada país. En general, existen ciertos criterios comunes a aplicar al listado de convenciones, tratados, pactos y otros.

Es necesario distinguir la vinculación obligatoria y la fuerza jurídica que se le otorga a cada uno de estos instrumentos en el Derecho Internacional, por cuanto constituyen obligaciones contraídas por los gobiernos o Estados sobre los derechos establecidos en ellos. De esta forma existen documentos jurídicamente vinculantes y otros que no (cuadro 17).

Los instrumentos jurídicamente vinculantes se resumen a las convenciones, pactos, tratados, convenios y protocolos. Sin embargo, la sola adhesión al instrumento no constituye derecho mientras no sea ratificado por los procesos nacionales establecidos por cada ordenamiento jurídico. Para que estos instrumentos tengan fuerza jurídica, un Estado debe expresar, previo consentimiento y a través de un acta concreta, su voluntad de asumir los derechos y obligaciones que acompañan al tratado. Esto se ve normalmente acompañado de la firma del documento, pero esta firma por sí sola no constituye derecho,

sino más bien requiere de la ratificación a través de los congresos o asambleas nacionales, según sea el caso, y mediante los quórums necesarios para su aprobación<sup>39</sup>.

Desde otra perspectiva, existe una controversia respecto de la fuerza vinculante que tendrían las resoluciones de la Asamblea General de las Naciones Unidas y la Organización de Estados Americanos, por cuanto estas constituyen recomendaciones a los países sobre diversas cuestiones relacionadas o no a las convenciones, tratados o pactos. Del mismo modo, variadas resoluciones de la Asamblea General incluyen modificaciones o adiciones a otros instrumentos que son de carácter vinculante, por lo que es necesario identificar y discernir entre la fuerza vinculante que tienen cada una de estas resoluciones por su contenido jurídico (cuadro 18).

En otro plano, las concurrencias de los gobiernos a ciertas conferencias internacionales, o la firma de declaraciones emanadas en distintos eventos, no establecerán fuerza jurídica por cuanto estos instrumentos constituyen mera voluntad o intención respecto de alguna materia en particular. A pesar de todo lo anterior, para el presente informe se ha establecido un listado de documentos e instrumentos internacionales que están vinculados por sus contenidos a esta revisión, más no se hace distinción durante el desarrollo del informe sobre la vinculación y fuerza jurídica que estos tienen para la legislación y políticas sobre derechos y servicios de salud sexual y reproductiva, sino más bien son considerados todos una guía para el establecimiento de criterios base de la salud sexual y reproductiva.

---

<sup>39</sup> Para verificar la firma y ratificación, ver el Anexo 3.

**Cuadro 17.** Listado de instrumentos internacionales jurídicos vinculantes

<b>Instrumentos jurídicos vinculantes</b>
Convención sobre los Derechos del Niño (1989)
Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (1966)
Convención Americana sobre Derechos Humanos (1969)
Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales «Protocolo de San Salvador» (1988)
Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer «Convención de Belém Do Pará» (1994)
Convención para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW) (1999)
Convención Iberoamericana de Derechos de los Jóvenes (2005)
Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (2008)
Convención Interamericana contra toda Forma de Discriminación e Intolerancia (2013)

Fuente: *Elaboración propia.*

**Cuadro 18.** Listado de instrumentos internacionales jurídicos no vinculantes

<b>Instrumentos jurídicos no vinculantes</b>
Conferencia Mundial de Derechos Humanos. Declaración y Programa de Acción de Viena (1993)
Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo. Programa de Acción de El Cairo (1994)
Conferencia Mundial sobre la Mujer. Plataforma de Acción de Beijing (1995)
Resolución WHA57.12. Salud reproductiva: Estrategia para acelerar el avance hacia el logro de los objetivos y metas internacionales de desarrollo (2004)
Resolución 60-1. Naciones Unidas (2005)
Resolución 60/141. Naciones Unidas (2005)
Resolución 11/8. Consejo de Derechos Humanos de Naciones Unidas sobre Mortalidad y Morbilidad Materna y Derechos Humanos (2009)
Resolución 2600. Derechos Humanos, Orientación Sexual e Identidad de Género (2010)
Resolución 2721. Derechos Humanos, Orientación Sexual e Identidad de Género (2012)
Resolución 2802. Promoción y Protección de los Derechos Humanos de las Personas Vulnerables al VIH/SIDA, Viviendo con VIH/SIDA y afectadas por él en las Américas (2013)
Resolución 2804. Convención Interamericana contra toda Forma de Discriminación e Intolerancia (2013)

Fuente: *Elaboración propia.*







Convenio o pacto	Año	Argentina	Bolivia	Brasil	Chile	Colombia	Costa Rica	Ecuador	El Salvador	Guatemala	Honduras	México	Nicaragua	Panamá	Paraguay	Perú	Uruguay	Venezuela
Convención para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW)	1999	Blue	Blue	Blue	Brown	Blue	Brown	Blue	Brown	Blue		Blue		Blue	Blue	Blue	Blue	Blue
Convención Interamericana contra toda Forma de Discriminación e Intolerancia	2013	Brown		Brown		Brown		Brown						Brown			Brown	
Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer «Convención de Belém Do Pará»	1994	Blue	Blue	Blue	Blue	Orange	Blue	Blue	Blue	Blue	Blue	Blue	Blue	Blue	Blue	Blue	Blue	Blue
Convención Americana sobre Derechos Humanos	1969	Blue	Orange	Orange	Blue	Blue	Blue	Orange	Blue	Blue	Blue	Orange	Blue	Blue	Blue	Blue	Blue	Blue
Convención Iberoamericana de Derechos de los Jóvenes	2005		Orange				Orange	Orange		Brown	Orange	Brown	Brown	Brown	Brown	Brown	Orange	Brown

- Solo firma.
- Solo ratificación.
- Firma y ratificación.

Fuente: Elaboración propia.



# UNFPA

de Po  
Nacion  
as  
RAGUA



ERS

