

### MOTIVOS DE DESERCIÓN ESCOLAR

Ámbito	Emb (%)	Matrimonio o convivencia (%)
PERÚ	10,7	3,7
AMAZONAS	8,1	5,4
ÁNCASH	10,3	1,5
APURÍMAC	22,7	4,5
AREQUIPA	12,5	0,0
AYACUCHO	20,6	5,9
CAJAMARCA	13,5	16,2
CUZCO	13,1	1,0
HUANCAVELICA	13,8	11,1
HUÁNUCO	9,7	6,4
ICA	12,9	0,0
JUNÍN	6,2	1,2
LA LIBERTAD	4,0	3,2
LAMBAYEQUE	4,1	6,6
LIMA	15,3	1,5
LORETO	21,6	3,1
MADRE DE DIOS	25,0	0,0
MOQUEGUA	16,6	0,0
PASCO	14,8	7,4
PIURA	4,9	6,2
PUNO	5,0	4,0
SAN MARTÍN	12,9	11,1
TACNA	8,3	0,0
TUMBES	30,0	10,0
UCAYALI	32,0	6,4

Puede verse que estamos lejos de poder afirmar que nuestras políticas y programas responden de manera efectiva a las necesidades y los derechos de las adolescentes en el país, especialmente en el caso de quienes están en mayor exclusión y pobreza.

#### ENTORNO FAVORABLE

¿Cuál sería el entorno favorable para que adolescentes y jóvenes puedan efectivamente participar o tener injerencia sobre su propia salud sexual y salud reproductiva, es decir, para que estén en condiciones de ejercer plenamente sus derechos humanos relacionados con su sexualidad y reproducción?

La **primera condición** para que esto sea posible es el reconocimiento de la **ciudadanía** a personas que aún no tienen la mayoría de edad legalmente establecida, no sólo jóvenes y adolescentes sino incluso niños y niñas<sup>14</sup>. Y es que ciudadanía puede ser entendida como **el ser titular de derechos humanos**, y ello incluye a toda persona, sin discriminación, desde su nacimiento hasta su muerte. Todos y cada uno de nosotros y nosotras somos, en principio y por nuestra condición de personas, titulares de derechos humanos: derechos económicos, derechos sociales –comprendiendo la educación y salud–, derechos políticos y derechos culturales.

A nivel internacional, esto es lo que estipula la Declaración Universal de los Derechos Humanos desde 1948 al reconocer que *todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos (Art. 1); que toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure la salud y el bienestar, incluyendo asistencia médica y servicios sociales necesarios; con la maternidad teniendo derecho a cuidados y asistencia especiales; y todos los niños, derecho a igual protección social (Art. 25)*. Estos enunciados son recogidos por nuestra Constitución pero, explícitamente en el caso de la niñez y adolescencia, encontramos además una serie de disposiciones muy puntuales:

a) El **Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales**, que entró en vigencia en 1976 y es vinculante, sostiene que debe concederse *especial protección a las madres antes y después del parto y que se debe adoptar medidas de protección y asistencia a favor de todos los niños y adolescentes (Art. 10)*; reconoce el derecho fundamental de toda persona al disfrute del más alto grado posible de salud física y mental y compromete a los estados a adoptar las medidas necesarias para el sano desarrollo de los niños (Art. 12).

b) El reconocimiento de los derechos del niño, niña y adolescente en la **Convención de los Derechos del Niño** de 1990, destaca el **interés superior del niño, niña y adolescente**, el cual debe primar incluso sobre los intereses de padres o tutores: Incumbirá a los padres o representantes legales la responsabilidad primordial de la crianza y el desarrollo del niño. Su preocupación fundamental será el interés superior del niño (Art. 18.1). En todas las medidas concernientes a los niños que tomen las instituciones públicas o privadas de bienestar social, los tribunales, las autoridades administrativas o los órganos legislativos, será primordial atender al interés superior del niño (Art. 3.1).

Así, se reconocen tanto los derechos como las responsabilidades de padres y tutores: *Los Estados Partes se comprometen a asegurar la protección y el cuidado necesarios para el bienestar del niño, teniendo en cuenta los derechos y deberes de padres, tutores u otras personas responsables de él ante la ley (Art. 3.2). Ningún niño será objeto de injerencias arbitrarias o ilegales en su vida privada (Art. 16.1)*.

La Convención reconoce que niños y adolescentes pasan por un proceso de maduración y desarrollo: *Los Estados Partes respetarán las responsabilidades, los derechos y los deberes de padres, miembros de la familia de la comunidad, según establezca la costumbre local, tutores u otras personas encargadas legalmente del niño, de impartirle en consonancia con la evolución de sus facultades, dirección y orientación apropiadas para que el niño ejerza los derechos reconocidos en la Convención (Art. 5). Los Estados Partes garantizarán al niño que esté en condiciones de formarse un juicio propio, el derecho de expresar su opinión libremente en todos los asuntos que le afectan, teniéndose debidamente en cuenta las opiniones del niño en función de la edad y madurez del niño (Art.*

<sup>14</sup> Parte de esta presentación se basa en el documento preparado por la autora en consultoría para el Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán: "Salud sexual y salud reproductiva, participación y ciudadanía en adolescentes: un enfoque de derechos humanos como marco para la acción" (diciembre 2004), que se incluirá en una publicación del Centro.

12.1). Los Estados Partes respetarán el derecho del niño a la libertad de pensamiento, de conciencia y de religión (Art. 14.1). Los Estados Partes respetarán los derechos y deberes de padres o representantes legales, de guiar al niño en el ejercicio de su derecho de modo conforme a **la evolución de sus facultades** (Art. 14.2).

La Convención resalta el derecho a la salud integral: Los Estados Partes reconocen el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud y a servicios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud, esforzándose porque ningún niño sea privado de su derecho al disfrute de estos servicios (Art. 24.1). Los Estados Partes asegurarán la plena aplicación de este derecho y adoptarán medidas para asegurar la prestación de asistencia médica y atención sanitaria (Art. 24.2b); asegurar la atención sanitaria prenatal y postnatal apropiada a las madres (Art. 24.2d); desarrollar la atención sanitaria preventiva, la orientación a los padres y la educación y servicios en materia de planificación de la familia (Art. 24.2f); abolir las prácticas tradicionales que sean perjudiciales para la salud de los niños (Art. 24.3). Los Estados Partes reconocen el derecho de todo niño a un nivel de vida adecuado para su desarrollo físico, mental, espiritual, moral y social (Art. 27.1).

También la Convención reconoce libertades fundamentales del niño, niña y adolescente: El niño tendrá derecho a la libertad de expresión, incluyendo la libertad de buscar, recibir y difundir ideas de todo tipo, aunque con ciertas restricciones que la ley pueda imponer (Arts. 13.1 y 13.2). El ejercicio de estas y otras libertades tiene algunas condiciones, similares a las de los adultos: La libertad de profesar la propia religión o las propias creencias estará sujeta únicamente a las limitaciones prescritas por ley para proteger la seguridad, el orden, la moral o la salud públicos, o los derechos y libertades fundamentales de los demás (Art. 14.3).

Para examinar los progresos realizados en el cumplimiento de estas obligaciones por parte de los estados, se creó un Comité de Derechos del Niño que recibe información de aquellos y prepara informes periódicos al Consejo Económico y Social de Naciones Unidas.

c) En el 2002, 190 delegaciones de Estados Miembros de las Naciones Unidas aprobaron el documento **“Un mundo apropiado para los niños y las niñas (y adolescentes)”**<sup>15</sup> y la **Declaración de la Infancia**, donde se definió como niños a todos los seres humanos menores de 18 años. La Declaración señala el principio de que, en todas las medidas relativas a los niños (niñas y adolescentes), se dará prioridad a los intereses superiores de los niños (Art. 7.1); igualmente, se establece como objetivos erradicar la pobreza, eliminar todas las formas de discriminación contra los niños, teniendo niñas y niños los mismos derechos, cuidar y educar a todos los niños, protegerlos de la violencia, explotación y guerra, luchar contra el VIH/SIDA, escucharlos y asegurar su participación, y proteger la Tierra para ellos.

El Plan de Acción de la Infancia (PAI) reconoce la responsabilidad primordial de la familia en la protección, la educación y el desarrollo de los niños, pero sostiene que todas las instituciones de la sociedad deben respetar los derechos de los niños (PAI 15). Adopta una perspectiva de género en todos los programas y políticas de desarrollo y manifiesta la decisión de eliminar todas las formas de discriminación contra las niñas a lo largo de su vida y a prestar atención especial a sus necesidades (PAI 23). También se destaca el principio de la participación de niños y adolescentes (PAI 29), reconociéndose su derecho de expresarse libremente y de tenerse en cuenta sus opiniones en todos los asuntos que los afecten, dándose la debida importancia a esas opiniones, en función de la edad y madurez de los

<sup>15</sup> Por una mala traducción al español, en el documento oficial publicado después se obvió el término "adolescentes", a pesar de que, ante el pedido formal de la delegación peruana, la asamblea aprobara la traducción del término "children", en inglés, que figuraba en el título original, como "niños, niñas y adolescentes".

niños, y fomentar su genuina participación en los procesos de adopción de decisiones, incluso en las familias, en las escuelas y en los planos nacional y local (PAI 32).

d) El mecanismo de monitoreo del respeto, la protección y la realización de los derechos del niño, niña y adolescente, a partir de la Convención de Derechos del Niño, es el **Comité de los Derechos del Niño (Niña y Adolescente) de las Naciones Unidas**. Las áreas de preocupación del Comité son, en especial, el VIH/SIDA, los niños con discapacidad y la salud adolescente. Resaltando que infancia se ha definido como hasta los 18 años, el Comité reconoce las necesidades de “niños” de 12 a 17 años, es decir, adolescentes, y recalca sus necesidades respecto de su salud reproductiva, así como enfatiza que la capacidad del niño evoluciona y crece, pudiendo hacerse más responsables en temas personales y tomar decisiones sobre sus vidas.

e) En el Perú, el **Plan Nacional de Infancia y Adolescencia y los Lineamientos de Política de Juventud** (2001) retoman este lenguaje de derechos sexuales y reproductivos de niños, niñas y adolescentes. Aunque los **Lineamientos de Política Sectorial 2002-2012 del MINSA** (2002) califican la mortalidad materna y el SIDA como problemas prioritarios, no hacen mención a la salud reproductiva ni a los derechos reproductivos, ni siquiera a la planificación familiar que está reconocida en los objetivos aprobados por consenso para la **Décimotercera política de Estado, Acceso universal a los servicios de salud y a la seguridad social, del Acuerdo Nacional (julio, 2002) y en las Matrices de seguimiento de políticas del Acuerdo Nacional** (setiembre, 2004); incluso desaparece el indicador de mortalidad materna y sólo queda el de seroprevalencia.

En cuanto a la **Décimosexta política de Estado, Fortalecimiento de la familia, protección y promoción de la niñez, la adolescencia y la juventud**, si bien incluye indicadores de tasa de embarazo en adolescentes, porcentaje de adolescentes embarazadas que reciben atención en salud y educación, y de niños, niñas y adolescentes víctimas de abuso sexual, tampoco hace alusión a los derechos y a la salud sexual y reproductiva. Sin embargo, la propuesta de **Lineamientos de políticas de salud de las y los adolescentes del MINSA** (diciembre, 2004) y la propuesta de **Lineamientos técnico-normativos para la promoción de la salud sexual y reproductiva** (diciembre, 2004) sí incorporan los derechos reproductivos y la salud sexual y reproductiva adolescente.

También la propuesta de **Lineamientos de políticas de juventud 2005-2015 del CONAJU** (octubre, 2004) alude al embarazo no deseado, la maternidad precoz, el aborto, las ETS y SIDA; habla explícitamente de la salud sexual y reproductiva de la juventud y adopta el enfoque de derechos humanos en las políticas de juventudes; plantea acciones estratégicas de prevención de las ETS y del VIH, la implementación de servicios diferenciados integrales en los establecimientos de salud del Estado y la seguridad social para adolescentes embarazadas y jóvenes en general; así como el desarrollo de programas educativos formales y no formales para jóvenes en salud sexual y reproductiva.

Quienes sostienen que los menores de edad no tienen derechos, o incluso las normas legales que consideran que tienen derechos limitados por una supuesta “inmadurez relativa” equivalente a edad cronológica y no pueden ejercer las libertades fundamentales con responsabilidad, intentan controlar y sancionar la sexualidad adolescente y ven en el embarazo adolescente, en la muerte de la adolescente por un aborto inducido en condiciones inseguras por la ilegalidad y clandestinidad, o en adolescentes con SIDA, un ejemplo del castigo por haber obrado inmoralmemente.

En esa misma línea se sostiene, yendo contra la evidencia científica y empírica, que la información y la educación pública en sexualidad inducen a la promiscuidad o que la formación de los hijos no es una responsabilidad sino un derecho de los padres. Si se aceptan servicios públicos de salud sexual y reproductiva adolescente se

limitan a una consejería que promueva la abstinencia sexual “hasta el matrimonio” o a condicionar los servicios al permiso parental, en vez de brindar una consejería integral con libre elección de métodos de protección anticonceptiva y sexual que empoderen al adolescente y joven para una sexualidad sana, autodeterminada, sin violencia, placentera y responsable.

Para sectores conservadores, disonantes con el avance de las sociedades, como la democracia, la tolerancia, la globalización, la separación Estado-Iglesia y la participación social, el empoderamiento de los y las adolescentes y jóvenes es una amenaza a la autoridad vertical de padres, maestros y religiosos. No quieren la reflexión y la crítica, sólo el amoldarse a una sola moral, a una sola manera de conceptualizar el mundo, dogmática e intolerante, por ejemplo frente a “valores” que no sean los cristianos.

Una **segunda condición es la aceptación de que la sexualidad** no es algo que aparece en la adolescencia sino que **se da a lo largo de toda la vida, no restringiéndose a lo coital ni a lo reproductivo**. Es decir, la sexualidad se expresa de diferentes maneras a lo largo del ciclo de vida de las personas. Una visión restringida de la sexualidad como “relaciones sexuales” las limita al matrimonio con intención reproductiva, aunque pueda reconocerse que se acompañe de placer. De ahí que se hable de “sexo prematrimonial”, asumiendo que el sexo (coito) es algo ligado al matrimonio y, como debe responder a una intención reproductiva biológica o religiosamente, no se acepta una sexualidad fuera de este marco, considerándose promiscuo o libertino a quien sale de este patrón, y calificando de anormal, patológica o pecaminosa la actividad sexual entre personas del mismo sexo. Incluso sectores conservadores postulan que no hay amor maduro fuera del matrimonio abierto a la voluntad divina de la reproducción, por lo que no consideran amor el que puedan sentir personas jóvenes no casadas o personas del mismo sexo, mostrando intolerancia a la diversidad.

No fue sino hasta la **Conferencia Internacional de Población y Desarrollo en El Cairo** (CIPD) de 1994, que se puso en agenda internacional el tema de los derechos reproductivos, especialmente gracias a la acción de movimientos de mujeres, de derechos humanos y organizaciones juveniles. Con la participación de once mil representantes de gobiernos, organizaciones no gubernamentales, organizaciones de mujeres y medios de comunicación, más de 180 Estados Miembros de las Naciones Unidas se plantearon, bajo un enfoque de derechos humanos, un Programa de Acción (PoA) a veinte años —al 2015— para reducir la mortalidad materna, garantizar el acceso universal a la educación, en especial de las niñas, y brindar servicios de salud reproductiva y planificación familiar. Aquí ya el objetivo no era el control de la fecundidad por parte de los gobiernos sino que se respetaba la autodeterminación de las personas, incluyendo las y los adolescentes y jóvenes, y se reconocía tanto la vinculación entre salud sexual y reproductiva y desarrollo, como los derechos reproductivos, particularmente, de las mujeres.

En el Programa de Acción de la CIPD 1994<sup>16</sup> se reconocieron explícitamente, como derechos humanos universales, los derechos reproductivos, definidos como *el derecho básico de todas las parejas e individuos a decidir, libre y responsablemente, el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y el intervalo entre estos, y a disponer de la información y de los medios para ello, y el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva. También incluye su derecho a adoptar decisiones relativas a la reproducción sin sufrir discriminación, coacciones ni violencia, de conformidad con lo establecido en los documentos de derechos humanos (PoA 7.3).*

En este contexto, la salud reproductiva se definió como *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*

<sup>16</sup> UNFPA. Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD). Lima: UNFPA, 2004.



sus funciones y procesos. En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos, y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia. Esta última condición lleva implícito el derecho del hombre y la mujer a obtener información y de planificación de la familia de su elección, así como a otros métodos para la regulación de la fecundidad que no estén legalmente prohibidos, y acceso a métodos seguros, eficaces, asequibles y aceptables; el derecho a recibir servicios adecuados de atención de la salud que permitan los embarazos y los partos sin riesgos y den a las parejas las máximas posibilidades de tener hijos sanos. En consonancia con esta definición de salud reproductiva, la atención de la salud reproductiva se define como el conjunto de métodos, técnicas y servicios que contribuyen a la salud y al bienestar reproductivos al evitar y resolver los problemas relacionados con la salud reproductiva. Incluye también la salud sexual, cuyo objetivo es el desarrollo de la vida y de las relaciones personales y no meramente el asesoramiento y la atención en materia de reproducción y de enfermedades de transmisión sexual (PoA 7.2).

El Programa de Acción de la CIPD plantea una serie de objetivos y medidas con relación a los derechos reproductivos y salud reproductiva. En lo que concierne a adolescentes, el Objetivo 7.5c propone atender a las necesidades cambiantes en materia de salud reproductiva durante todo el ciclo vital y, como medidas, plantea que mediante el sistema de atención primaria de salud, todos los países deben esforzarse porque la salud reproductiva esté al alcance de todas las personas de edad apropiada a más tardar para el año 2015 (PoA 7.6). Dicha atención debe abarcar asesoramiento, información, educación, comunicaciones y servicios en materia de planificación de la familia; educación y servicios de atención prenatal, partos sin riesgos, y atención después del parto... interrupción del embarazo de conformidad con lo indicado en el párrafo 8.25 (donde el aborto no es contrario a ley), incluida la prevención del aborto y el tratamiento de sus consecuencias; tratamiento de las infecciones del aparato reproductor, las enfermedades de transmisión sexual y otras afecciones de la salud reproductiva; e información, educación y asesoramiento, según sea apropiado, sobre sexualidad humana, la salud reproductiva y paternidad responsable (PoA 7.6).

Otra medida alude a preparar programas de atención de la salud reproductiva para atender a las necesidades de las mujeres y las adolescentes... con la participación de las mujeres en la dirección, la planificación, la adopción de decisiones, la gestión, la ejecución, la organización y la evaluación de los servicios (PoA 7.7). Además, se debería elaborar programas innovadores para que todos los adolescentes y hombres adultos tengan acceso a información, asesoramiento y servicios de salud reproductiva... Con el apoyo y la orientación de los padres, y de conformidad con la Convención sobre los Derechos del Niño, se debería llegar también a los muchachos y adolescentes en las escuelas, organizaciones juveniles y los lugares donde se reúnan. Acompañados de la información y el asesoramiento necesarios, se deberían promover y hacer accesibles métodos de contracepción masculina voluntarios y adecuados, así como métodos encaminados a prevenir las enfermedades de transmisión sexual, incluido el SIDA (PoA 7.8).

También se plantea prestar apoyo a actividades y servicios en materia de educación sexual integral para los jóvenes, con la asistencia y orientación de sus padres y en consonancia con la Convención de los Derechos del Niño, y hacer hincapié en la responsabilidad de los varones en cuanto a su propia salud sexual y su fecundidad, ayudándoles a ejercer esa responsabilidad. Las actividades educacionales deberían comenzar en la unidad familiar, la comunidad y las escuelas a una edad apropiada... (PoA 7.37). Igualmente, se plantea el objetivo de reducir la incidencia de las enfermedades de transmisión sexual, incluido el VIH/SIDA... prestando especial atención a las jóvenes y a las mujeres (PoA 7.29).

En un capítulo específico para adolescentes, la CIPD reconoce que los servicios de salud reproductiva existentes han descuidado en gran parte las necesidades en esta esfera de los adolescentes como grupo y que deberían facilitarse a los adolescentes información y servicios que les ayudaran a comprender su sexualidad y a protegerse contra los

*embarazos no deseados, las enfermedades de transmisión sexual y el riesgo subsecuente de infecundidad (PoA 7.41).*

Aquí se relaciona la maternidad muy temprana con el riesgo de muerte materna, se señala que el embarazo temprano *sigue siendo un impedimento para mejorar la condición educativa, económica y social de la mujer y se hace referencia a que el matrimonio y la maternidad a edad temprana limitan en alto grado las oportunidades de educación y empleo pudiendo tener efectos negativos a largo plazo sobre la calidad de la vida de ellas mismas y de sus hijos (PoA 7.41).* Se reconoce la especial vulnerabilidad de las jóvenes de familias de bajos ingresos. Se afirma que está demostrada la eficacia máxima de la participación de los adolescentes en la definición de sus necesidades en materia de salud sexual y reproductiva y en la elaboración de programas que respondan a esas necesidades (PoA 7.43).

Con el objetivo de *abordar las cuestiones de salud sexual y reproductiva adolescente fomentando una conducta reproductiva y sexual responsable y sana y la reducción sustancial de los embarazos adolescentes*, se plantean varias medidas:

- *Reconociendo los derechos y responsabilidades de los padres y otras personas legalmente responsables de los adolescentes, de dar a estos, de una manera coherente con la capacidad en evolución de los adolescentes, orientación y guía apropiadas en cuestiones sexuales y reproductivas, los países deben asegurar que los programas y las actitudes de los proveedores de servicios de salud no limiten el acceso de los adolescentes a los servicios apropiados y a la información que necesiten, incluso información sobre enfermedades de transmisión sexual y sobre abusos sexuales... Los servicios deben salvaguardar los derechos de los adolescentes a la intimidad, la confidencialidad, el respeto y el consentimiento basado en una información correcta, y respetar los valores culturales y las creencias religiosas. En este contexto, los países deberían eliminar, cuando correspondiera, los obstáculos jurídicos, normativos y sociales que impiden el suministro de información y servicios de salud reproductiva a los adolescentes (PoA 7.45).*
- *Se agrega que los programas deberán ser apropiados para responder a las necesidades especiales de los adolescentes, enseñándoles y orientándoles en las esferas de las relaciones y la igualdad entre los sexos, la violencia contra los adolescentes, la conducta sexual responsable, la planificación responsable de la familia, la vida familiar, la salud reproductiva, las enfermedades de transmisión sexual, la infección por el VIH y la prevención del SIDA... Los adolescentes sexualmente activos requerirán información, orientación y servicios especiales en materia de planificación de la familia, y las adolescentes que queden embarazadas necesitarán apoyo especial de sus familias y de la comunidad durante el embarazo y para el cuidado de sus hijos. Los adolescentes deben participar plenamente en la planificación, la prestación y la evaluación de la información y los servicios, teniendo debidamente en cuenta la orientación y las responsabilidades de los padres (PoA 7.47).*
- *Los gobiernos y las organizaciones no gubernamentales deberían promover programas encaminados a instruir a los padres a fin de mejorar la interacción de estos con sus hijos y permitirles cumplir mejor sus deberes educativos en apoyo del proceso de maduración de sus hijos, sobre todo en las esferas de la conducta sexual y la salud reproductiva (PoA 7.48).*

En la CIPD, una delegación peruana de último minuto que reemplazó a la oficial, hizo sus observaciones contra el aborto (salvo el terapéutico), limitó la planificación familiar a la pareja casada (excluyendo así a adolescentes y jóvenes no casados), y señaló que los términos salud reproductiva, derechos reproductivos y regulación de la fertilidad estaban poco definidos y no debían incluir el aborto. Sin embargo, a los cinco años de realización de la CIPD se aprobaron las **Medidas Clave** para seguir implementando los objetivos de El Cairo, y el Perú ya no tuvo mayores atingencias. A **Cairo más Cinco** se le reconoce el haber introducido nuevas

estrategias para enfrentar las necesidades de la gente joven. Otro mérito fue vincular la mortalidad materna, la morbilidad, el aborto inseguro y el impacto del VIH/SIDA en las mujeres y los jóvenes, así como enfatizar la prevención<sup>17</sup>.

Los compromisos de la CIPD 1994 se vieron reforzados al año siguiente, en 1995, con la **Cuarta Conferencia Internacional de la Mujer** en Beijing, que representó la mayor reunión mundial que haya existido, con seis mil delegados de 189 países, cuatro mil representantes de organizaciones no gubernamentales, cuatro mil periodistas y otras tres mil personas acreditadas. Paralelamente, se realizó un foro de organizaciones no gubernamentales con treinta mil participantes, avanzando los acuerdos de la Convención para la eliminación de la discriminación contra la mujer (CEDAW por sus siglas en inglés) y los de Río, Viena, Nairobi, El Cairo y Copenhague sobre la mujer y la niña.

Esta conferencia internacional enfatizó los derechos reproductivos y fue más allá de la salud reproductiva ampliando el concepto de salud sexual y reafirmando la libertad de elección y la autodeterminación reproductiva de las mujeres, el empoderamiento de la mujer, la equidad de género, la no discriminación, la no violencia contra la mujer, adolescente y niña, y su derecho al desarrollo y la ciudadanía. Un artículo importante de la Declaración de la Conferencia es que *los derechos de la mujer son derechos humanos* (Art. 14) y es también esencial el compromiso de los gobiernos *a garantizar la plena aplicación de los derechos humanos de las mujeres y las niñas como parte inalienable, integral e indivisible de todos los derechos humanos y libertades fundamentales* (Art. 9). Asimismo, *se reconoce explícitamente y se reafirma el derecho de todas las mujeres a controlar todos los aspectos de su salud, en particular su propia fecundidad, básico para la potenciación de su papel* (Art. 17).

La Plataforma de Acción de Beijing (PAB), acordada por los países para los próximos 20 años, constituye una agenda de empoderamiento de las mujeres. Con una perspectiva transversal de género y un enfoque de derechos humanos de la mujer, aborda los temas de pobreza e inequidad, violencia, discriminación, conflicto armado, educación, salud, ambiente, economía, incluyendo un capítulo sobre la niña. En el capítulo sobre mujer y salud retoma las definiciones de salud sexual y salud reproductiva y derechos reproductivos de la CIPD y resalta la situación de la salud sexual y reproductiva adolescente y su especial vulnerabilidad debido a la falta de información y acceso a servicios (PAB 94, 95).

Cabe destacar el planteamiento de una serie de acciones para mejorar el acceso de la mujer, a lo largo de su ciclo de vida, a una atención de la salud apropiada, costeable y de calidad, a información y servicios. Los gobiernos, en colaboración con las organizaciones no gubernamentales y las organizaciones de trabajadores, así como la cooperación internacional, se comprometieron, por ejemplo, a:

- *Asegurar en todos los niveles del sistema de salud, los servicios necesarios y a hacer accesible la atención de la salud reproductiva a todos los individuos en edad apropiada, a más tardar para el 2015 (PAB 106.i)*
- *Preparar y diseminar información accesible a través de campañas de salud pública, los medios, consejería y el sistema educativo; diseñada para asegurar que mujeres y hombres, y en particular, la gente joven, adquieran conocimientos sobre su salud, en especial, información sobre sexualidad y reproducción, tomando en cuenta los derechos del niño a acceso a información, privacidad, confidencialidad, respeto y consentimiento informado, así como las responsabilidades, derechos y deberes de padres y tutores de proveerles, de manera acorde*

<sup>17</sup> Bergman, Y. (ed). Passion for rights: Ten years of fighting for sexual and reproductive health. ICPD-The foundation for the Millenium Development Goals. Stockholm: RFSU, 2004, p. 11.



con las capacidades en desarrollo del niño, adecuada dirección y guía en el ejercicio del niño de sus derechos reconocidos en la Convención de Derechos del Niño y de conformidad con la CEDAW, asegurando que en toda acción relativa a los niños, el interés superior del niño sea la principal consideración (PAB 107.e).

- Reconocer las necesidades específicas de las y los adolescentes e implementar programas específicos apropiados, como la educación e información en temas de salud sexual y reproductiva e infecciones de transmisión sexual, incluyendo el VIH/SIDA, tomando en cuenta los derechos del niño y las responsabilidades, derechos y deberes de los padres mencionados en el párrafo 107.e (PAB 107.g).

En el tratamiento del tema de VIH/SIDA y otras ETS se dan varias medidas, entre ellas, *prestar atención a satisfacer las necesidades educacionales y de servicios de las y los adolescentes para permitirles enfrentar su sexualidad de manera positiva y responsable* (PAB 108.k); *diseñar programas específicos para hombres de todas las edades y adolescentes varones, reconociendo los roles parentales del párrafo 107.e, para proveer información completa y precisa sobre comportamiento sexual y reproductivo seguro y responsable, incluyendo métodos masculinos voluntarios, apropiados y efectivos de prevención del VIH/SIDA y otras ETS a través de, inter alia, la abstinencia y el uso del condón* (PAB 108.l); *y asegurar la provisión, a través del sistema primario de atención de la salud, del acceso universal a parejas e individuos a servicios preventivos apropiados y costeados con respecto a las ETS, incluyendo el VIH/SIDA... asegurando, en lo posible, la provisión y distribución en los servicios de salud de condones de alta calidad y drogas para el tratamiento de las ETS* (PAB 108.m).

A los cinco años de Beijing, en el 2000, tuvo lugar **Beijing más Cinco**, donde se pasó revista a los logros y obstáculos y se adoptó medidas para seguir implementando la Plataforma de Acción<sup>18</sup>. Se reconocen mejoras en la educación de la niña y adolescente, mecanismos de apoyo a las adolescentes embarazadas y madres, mayor atención a la salud de la niña y adolescente, incluyendo la salud sexual y reproductiva adolescente, y avances en el tema de violencia, explotación, prostitución, así como en niñas en conflicto armado.

Sin embargo, persiste la pobreza, la discriminación contra las mujeres y niñas, actitudes y prácticas culturales negativas y estereotipia de género. Persisten, igualmente, problemas laborales, trabajo doméstico de las niñas, nutrición inadecuada, limitado acceso a servicios de salud, así como limitaciones económicas para la capacitación y educación que merman la autoconfianza e independencia. A ello se agrega falta de apoyo parental y de guía, falta de información y educación, abuso, explotación y violencia muchas veces resultante en embarazos no deseados o VIH que afectan el desarrollo.

Relativamente pocos mecanismos se establecieron a nivel nacional para implementar políticas y programas para la niña y adolescente y la coordinación interinstitucional fue deficiente. Aunque aumentó la conciencia sobre las necesidades de salud, incluyendo necesidades de salud sexual y reproductiva de las adolescentes, no ha resultado en la suficiente provisión de la necesaria información y servicios. A pesar de que ha aumentado la protección legal, han aumentado el abuso sexual y la explotación sexual. Las y los adolescentes continúan requiriendo la educación y los servicios que les permitan afrontar su sexualidad de manera positiva y responsable.

A nivel regional, el compromiso con el Programa de Acción de El Cairo fue ratificado por el Perú y otros países de las Américas en el **Acuerdo de Québec**, en el 2001, donde una de las disposiciones fue *prestar el cuidado y los servicios de salud reproductiva de calidad a mujeres, hombres y adolescentes y llevar a la práctica los compromi-*

<sup>18</sup> United Nations. Further actions and initiatives to implement the Beijing Declaration and the Platform for Action. Nueva York, 2000.

sos contraídos en la CIPD y Cairo más Cinco. Poco después, en la **Declaración de Lima**, firmada en el marco de la Cumbre Iberoamericana de Jefes de Estado y de Gobierno en el 2001, los países de la región se comprometieron a:

- *La no discriminación de la niña en la educación.*
- *Apoyo integral a las adolescentes para prevenir embarazo precoz y asegurar permanencia educativa. Incluir en programas escolares la equidad de género.*
- *Promover la paternidad responsable y corresponsabilidad del padre; desarrollar políticas, planes y programas de educación, salud reproductiva y maternidad segura. En este punto cabe destacarse que estrechamente asociada a la maternidad segura se encuentra la contribución que hace el aborto inseguro a la mortalidad materna. Esto es especialmente sensible en nuestra región, dado que Latinoamérica y el Caribe tienen la mayor tasa mundial de incidencia en este rubro, con 30 abortos inseguros por cada mil mujeres en edad reproductiva, especialmente en América del Sur, donde la tasa llega a 34, en comparación con la tasa mundial de 13 (siendo las de las otras regiones, 5 en Europa, 11 en Asia, 15 en Oceanía y 27 en África). Por cada cien nacidos vivos se dan 15 abortos inseguros en el mundo, pero nuevamente Sudamérica tiene la mayor proporción de incidencia del mundo, llegando a 42 (siendo no sólo la más alta sino muchísimo más alta que el resto, ya que le sigue Centroamérica con 26 y Europa del Este con 25)<sup>19</sup>.*
- *Incorporar programas de educación sexual y reproductiva que promuevan el comportamiento sexual responsable en adolescentes.*
- *Facilitar el acceso de adolescentes a servicios de salud sexual y reproductiva.*
- *Mejorar la capacidad de los y las adolescentes de prevenir el VIH/SIDA y otras ETS mediante educación sexual y reproductiva, información, formación, tratamiento y asesoramiento*
- *Prevenir el acoso y abuso sexual, la explotación sexual, la violación; prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer; desarrollar indicadores de equidad e igualdad de género y de salud sexual y reproductiva y, para adolescentes, de salud sexual, incluyendo servicios de salud sexual y reproductiva, conocimiento de métodos anticonceptivos, del período fértil y de prevención de ETS, así como tasas de fecundidad y maternidad adolescentes.*

En el 2001 los Estados Miembros de las Naciones Unidas aprobaron la Declaración de compromiso en la lucha contra el VIH-SIDA “Crisis mundial-Acción mundial”. Se enfatizó la situación de vulnerabilidad de los jóvenes frente al SIDA (Art. 37) y se planteó que:

- *Al 2003, los Estados Miembros debían establecer metas nacionales con plazos concretos para alcanzar el objetivo de reducir la prevalencia de VIH entre los jóvenes de ambos sexos de 15 a 24 años en un 25% para 2005 en los países más afectados y en un 25%, para 2010 en el mundo entero... fomentando la participación de hombres y muchachos (Art. 48).*
- *Se acordó que, para el 2005, se asegure que por lo menos el 90% de los jóvenes de ambos sexos de 15 a 24 años de edad, y para 2010, por lo menos el 95% de ellos, tengan acceso a la información, la educación, incluidas la educación entre pares y la educación específica para jóvenes sobre el VIH, así como a los servicios necesarios para desarrollar las habilidades requeridas a fin de reducir su vulnerabilidad a la infección por el VIH, con la colaboración de los jóvenes, madres y padres, familias, educadores y personal de atención en salud (Art. 54).*
- *También se adoptó acuerdos sobre la transmisión vertical, la no discriminación de personas viviendo con VIH y el tratamiento.*

<sup>19</sup> Cook, R.C. y col., op. cit., p. 433.

- Igualmente se reconoció que *mujeres y niñas están desproporcionadamente afectadas por el VIH-SIDA y la necesidad de promover el adelanto de la mujer y su pleno disfrute de todos los derechos humanos, la responsabilidad compartida de hombres y mujeres para asegurar relaciones sexuales sin riesgo, la capacitación de la mujer para controlar y decidir de manera libre y responsable las cuestiones relativas a su sexualidad a fin de aumentar su capacidad de protegerse contra la infección por VIH* (Art. 60).
- Asimismo se hizo alusión a la eliminación de la violencia contra la mujer y niña, prácticas frecuentes o consuetudinarias nocivas, abuso, violación y otras formas de violencia sexual, maltrato y trata de mujeres y niñas (Art. 62).
- Al 2005, los Estados Miembros se comprometieron a *poner en práctica medidas para que las mujeres y adolescentes estén en mejores condiciones de protegerse del riesgo de infección por el VIH mediante la prestación de servicios de atención de la salud, incluyendo servicios de salud sexual y reproductiva, y mediante una educación preventiva que promueva la igualdad de género...* (Art. 61).
- Para el 2003, el compromiso fue establecer y/o fortalecer estrategias, normas y programas que reconozcan la importancia de la familia para reducir la vulnerabilidad, entre otras cosas, educando y orientando a los niños, y que tengan en cuenta los factores culturales, religiosos y éticos a fin de reducir la vulnerabilidad de niños y jóvenes mediante: el acceso garantizado de las niñas y los niños a la enseñanza primaria y secundaria, con programas de estudios para adolescentes que incluyan el VIH/SIDA; entornos seguros y protegidos, especialmente para las niñas; la ampliación de servicios de buena calidad para los jóvenes en materia de información, educación sobre salud sexual y apoyo psicológico; el fortalecimiento de los programas de salud sexual y reproductiva; y la incorporación, en la medida de lo posible, de las familias y los jóvenes en la planificación, la ejecución y la evaluación de los programas de atención y prevención del VIH/SIDA (Art. 64).

En cuanto a la **Declaración de Infancia** del 2002, se tiene el objetivo de promover una vida sana y se reconoce el problema de la mortalidad materna adolescente (PAI 35). Se acuerda dar, a más tardar al 2015, acceso a servicios de salud reproductiva a todas las personas de edad apropiada, por conducto de los sistemas de atención primaria de la salud (PAI 36.g). Entre las medidas y estrategias que se planea aplicar figura la de que las mujeres, en particular las adolescentes embarazadas, tengan fácil acceso, a precios asequibles, a cuidados obstétricos esenciales, servicios de salud materna bien equipados y dotados del personal adecuado, asistencia calificada en los partos, asistencia obstétrica de urgencia, remisión y traslado efectivos a niveles de atención superiores cuando sea necesario, atención después del parto y planificación de la familia, a fin de, entre otras cosas, promover la seguridad en la maternidad (PAI 37.1). Asimismo, abordar efectivamente, para todas las personas de la edad apropiada, la promoción de una vida sana, incluyendo su salud reproductiva y sexual, en consonancia con los compromisos y los resultados de las conferencias y cumbres recientes de las Naciones Unidas, en particular, la Cumbre Mundial en favor de la Infancia, la Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Medio Ambiente y el Desarrollo, la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, la Cumbre Mundial sobre Desarrollo Social y la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, sus exámenes respectivos efectuados cinco años después y los informes correspondientes (PAI 37.3).

En cuanto a la educación, el Plan de Acción de la Infancia aborda temas de inequidades de género en la educación, erradicación de estereotipos de género, una educación que atienda a las necesidades educativas de todos los jóvenes mediante el acceso a programas apropiados de enseñanza básica y de conocimientos que los preparen para la vida, y postula *diseñar, cuando sea procedente*<sup>20</sup>, y llevar a la práctica programas que permitan a

<sup>20</sup> Aquí la frase "cuando sea procedente" se debió a que un representante islámico objetó que no existen, en su país, adolescentes embarazadas o madres porque si se embarazan, se casan y adquieren estatus adulto.

las adolescentes embarazadas y a las madres adolescentes continuar y concluir su educación (PAI 40.10). Por objeción de algunos países islámicos no logró consensuarse la incorporación de una educación sexual, a pesar de ser lenguaje acordado de la CIPD. El Plan incluye tratamiento a temas de violencia sexual, explotación, abuso sexual, maltrato, tortura, prostitución y pornografía infantil y *prácticas tradicionales o consuetudinarias perjudiciales, tales como el matrimonio forzoso y a edad temprana y la mutilación genital femenina, que transgreden los derechos de las niñas y las mujeres* (PAI 44.9).

En cuanto al VIH/SIDA, el Plan retoma los acuerdos de la **Declaración de Compromiso en la Lucha contra el VIH-SIDA “Crisis Mundial-Acción Mundial”**, sólo que en vez de hablar de acceso a la información, la educación, incluida la educación entre pares y la educación específica para jóvenes sobre el VIH, así como a los servicios necesarios para desarrollar las habilidades requeridas a fin de reducir su vulnerabilidad a la infección de VIH (PAI 47.2), se dice *servicios necesarios para fomentar los conocimientos vitales necesarios para reducir su vulnerabilidad a la infección de VIH*. También se tiene un párrafo igual al párrafo 61 de la Declaración del SIDA, pero reemplazando *servicios de salud sexual por servicios de higiene sexual* (PAI 47.4) y lo mismo sucede con respecto al párrafo 64 de dicha Declaración en el que, aunque se respeta el término *educación sobre salud sexual*, se *cambia apoyo psicológico por asesoramiento orientado a las necesidades de los jóvenes*; y donde dice *incorporar las familias y los jóvenes*, se reemplaza por *estimular la participación de* (PAI 47.5).

El **Comité de los Derechos del Niño de las Naciones Unidas** hace regularmente recomendaciones sobre temas como embarazo adolescente, accesibilidad a información sobre ITS y VIH/SIDA y métodos de prevención. Por ejemplo, recientemente recomendó al gobierno de Sudáfrica, *desarrollar facilidades para adolescentes que sean amigables, para consejería, atención y rehabilitación de la salud, sin necesidad del permiso o consentimiento parental cuando se trate del interés superior del niño*<sup>21</sup>. En el 2003, el Comité tuvo dos períodos de sesiones que cabe mencionar: en el primero, en enero de ese año, sesionó sobre “El VIH/SIDA y los derechos del niño”, acogiendo la definición de “niño” de la Convención de los Derechos del Niño, es decir, hasta los 18 años, y subrayando el interés superior del niño y del adolescente; el derecho a la prevención y el tratamiento y a información y servicios sensitivos a necesidades adolescentes, sin necesidad de consentimiento parental<sup>22</sup>. Entre mayo y junio del 2003, el Comité sesionó sobre “La salud y el desarrollo de los adolescentes en el contexto de la Convención sobre los Derechos del Niño”<sup>23</sup>, demandando, entre otros:

- El disfrute de todos los niños de todos los derechos enunciados por la Convención, independientemente, también, de la orientación sexual y el estado de salud del niño (con inclusión del VIH/SIDA y la salud mental) (Art. 6).
- Las “edades mínimas” que establezcan los Estados Miembros deben reconocer la condición de seres humanos a los menores de 18 años en cuanto titulares de derecho en consonancia con la evolución de sus facultades y en función de la edad y la madurez del niño (Art. 9).
- Facilitar a los adolescentes acceso a la información sexual y reproductiva, con inclusión de la planificación familiar y de los contraceptivos, los peligros de un embarazo precoz, la prevención del VIH/SIDA y la prevención y tratamiento de las ETS (Art. 28).
- Programas de prevención efectiva, entre ellos, medidas encaminadas a cambiar las actitudes culturales sobre las necesidades de los adolescentes en materia de contracepción y de prevención de estas infecciones (ITS y

<sup>21</sup> Doek, J.E. "Children and their right to enjoy health: A brief report of the monitoring activities of the Committee on the Rights of the Chile". Health and Human Rights, 5 (2) 2001, pp. 155-162.

<sup>22</sup> Cook, R. y col., op. cit., pp. 545-561.

<sup>23</sup> Ibid., pp. 562-575.

VIH/SIDA) y abordar tabúes culturales y de otra índole que rodean la sexualidad de los adolescentes (Art. 30.a)... Adoptar medidas para eliminar todos los obstáculos que impiden el acceso de los adolescentes a la información y a las medidas preventivas, como los preservativos y la adopción de precauciones (Art. 30.c).

- Programas que proporcionen acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluida la planificación familiar, los contraceptivos y las prácticas abortivas sin riesgo cuando el aborto no esté prohibido por ley, y a cuidados y asesoramiento generales y adecuados en materia de obstetricia (Art. 31).
- Políticas para que la maternidad adolescente no lleve a discontinuar estudios (Art. 31.c).
- Si el adolescente es suficientemente maduro, deberá obtenerse el consentimiento fundamentado del propio adolescente y se informará al mismo tiempo a los padres de que se trata del interés superior del niño (Art. 32).
- Promulgar leyes o reglamentos para que se proporcione al adolescente asesoramiento confidencial sobre el tratamiento (Art. 33).

Si se cumplen las dos condiciones previas que hemos analizado exhaustivamente, puede aceptarse la **ciudadanía sexual** de las personas, de la niñez en adelante, y los derechos sexuales y derechos reproductivos que no son otra cosa que aplicar los derechos humanos al ámbito de la sexualidad y la reproducción. La ciudadanía puede entenderse entonces como el reconocimiento de una **tercera condición**: el *derecho a tener derechos en diferentes ámbitos, incluyendo claramente el de la salud*; una *ciudadanía en salud* sería el derecho a exigir el respeto de los derechos en salud<sup>24</sup>.

Desde la perspectiva de la bioética, la principal pregunta que surge es si los derechos éticos relacionados con la salud sexual y reproductiva son derechos positivos o negativos. Los derechos positivos se refieren a los derechos que el Estado o entidades o personas de la sociedad deben proveer y a los que, de otro modo, la persona no podría acceder. Los derechos negativos aluden al derecho a no ser interferido por el Estado, instituciones u otros, en el goce de un derecho. Para adolescentes en exclusión y pobreza o con menores recursos, los derechos positivos son esenciales. Si el Estado, el gobierno y la sociedad no les proveen de servicios, educación e información, no podrán acceder a la salud sexual y reproductiva. Si el gobierno recorta derechos adquiridos, por ejemplo elimina programas educativos y de salud, o no genera canales de participación efectiva, interfiere con los derechos negativos de las y los adolescentes.

En el ámbito ético, la pregunta sería si los estados (gobiernos y sociedades) generan las condiciones que aseguren el ejercicio de derechos sexuales y reproductivos de las personas, principalmente de las mujeres, jóvenes, y de las personas en mayor exclusión, expresados a través de lo que según Correa<sup>25</sup> (2003) son los fundamentos éticos de la autodeterminación reproductiva: la autonomía personal o condición de persona, la integridad personal, la igualdad y la diversidad.

Siguiendo la definición de la CIPD de salud reproductiva incluyendo a la salud sexual, entenderíamos la autodeterminación reproductiva también como autodeterminación sexual; pero desde una concepción amplia de sexualidad humana, más adecuado sería lo inverso: hablar de una autodeterminación con relación a la sexualidad, que incluye la autodeterminación reproductiva pero va más allá, una salud sexual que incluye –pero

<sup>24</sup> Cáceres, C. y Vargas, R. "Introducción: Consolidando la visión de la salud como un derecho", en: C. Cáceres, M. Cueto, M. Ramos y S. Vallenas. La salud como derecho ciudadano: Perspectivas y propuestas desde América Latina. Lima: UPCH, International Forum for Social Sciences in Health y REDESS Jóvenes, 2003, pp. 11-15.

<sup>25</sup> Correa, S. "Género y sexualidad: diferencia, derechos y tolerancia". En: C. Cáceres y col., op. cit., pp. 175-184.



también excede— a la reproducción, y derechos sexuales que incluyendo a los reproductivos no se agotan en ellos.

Otras vertientes proponen separar conceptualmente sexualidad de reproducción, derechos sexuales de derechos reproductivos. Lo que resulta claro es que la salud no se agota en la salud sexual y que la salud de mujeres a lo largo de su ciclo de vida no es sólo reproductiva, reivindicándose, entre otras cosas, el derecho al placer en sí mismo. Con esta perspectiva podríamos hacernos las siguientes preguntas:

- ¿Reconocemos en las personas, y en especial en adolescentes, el derecho a una salud más allá de la reproducción?
- ¿Reconocemos su derecho a la privacidad, por ejemplo, en la exploración del placer?
- ¿Lo hacemos con un doble estándar para mujeres y hombres?
- ¿Lo hacemos con un lenguaje de abstinencia hasta el matrimonio, de desinformación sobre sexualidad, de falta de acceso a anticonceptivos que los protejan de un embarazo no deseado, o al condón, que los protejan de una ITS, incluyendo el SIDA, prácticas como la discriminación por orientación sexual o estigmatización o expulsión de la escuela de la adolescente embarazada?
- ¿Las legislaciones restrictivas del aborto y los intentos de prohibir la anticoncepción oral de emergencia no responden, en el fondo, a un irrespeto del derecho humano a una salud integral, incluyendo la salud sexual y reproductiva, y a la autodeterminación sexual?
- ¿Bajo qué criterios es que la edad sirve de barrera para el autocuidado de la salud y se impide el ejercicio maduro y responsable de la libertad?

Conviene analizar hasta qué punto priman en nuestro entorno criterios ideológicos moralistas que desestiman los criterios técnicos y los desarrollos éticos a nivel mundial y que van contra marcos legales y compromisos internacionales e, incluso, contra marcos jurídico-legales y normativos vigentes a nivel nacional. Esto, aun cuando haya inconsistencias en reconocer la condición ciudadana en unos aspectos pero no en otros.

Finalmente, pasando de una noción de ciudadanía que concibe a la persona como sujeto pasivo de derechos, a una noción de ciudadanía como ejercicio activo de las responsabilidades ciudadanas y desarrollo de “virtudes” ciudadanas como el civismo y la participación en la vida pública<sup>26</sup>, especialmente en contextos de reforma de la salud y restricción del rol estatal, cabe preguntarse en qué medida las posibilidades de ejercer responsabilidades ciudadanas dependen de barreras estructurales de la sociedad.

Una **cuarta condición** es que los **derechos** sean, efectivamente **universales**. En sociedades con brechas de género, económicas, sociales, educativas, las y los adolescentes en mayor exclusión y pobreza dependerán casi exclusivamente de las políticas y servicios públicos, sin tener recursos para acceder a una información, educación y servicios más allá de los que el sector público les pueda brindar. Ello revierte en que sean, en particular, las mujeres adolescentes y jóvenes en pobreza, rurales, sin educación, aquellas que más lejos están de poder ejercitar sus derechos sexuales y sus derechos reproductivos, como lo reflejan los indicadores de mucho mayor muerte materna asociada a embarazos no deseados, abortos de riesgo, falta de atención perinatal y complicada por factores como anemia y mala nutrición, baja calidad de la educación y servicios de salud, así como limitado acceso a medios de comunicación. O las grandes diferencias en las estadísticas de embarazo no

<sup>26</sup> Yon, C. "Sistemas explicativos sobre el cuerpo y la salud e intervenciones en salud reproductiva". En: C. Cáceres y col., op. cit., pp. 321-332.

deseado o de fertilidad en adolescentes rurales o urbanas, sin educación o con secundaria, en la selva y sierra en comparación con la costa. A ello se suma el que la **violencia de género**, aunque transversal a todos los sectores sociales, impacte más fuertemente en niñas, adolescentes y jóvenes en mayor exclusión y pobreza. Es así que políticas públicas, marcos legales y normativos y programas sectoriales terminan **discriminando a las personas en mayor vulnerabilidad**. Y ello visibiliza la estrecha **relación entre salud reproductiva y desarrollo**.

En el año 2000 se aprobaron en Nueva York los **Objetivos de Desarrollo del Milenio**<sup>27</sup>, con carácter vinculante para los 189 Estados Miembros que han firmado en la Cumbre del Milenio, comprometiéndose a que, al 2015, se habrá erradicado la pobreza extrema y el hambre, se habrá logrado la enseñanza primaria universal, se habrá promovido la igualdad entre los sexos y la autonomía de la mujer, se habrá reducido la mortalidad infantil y mejorado la salud materna (esta, en tres cuartas partes), se habrá combatido el VIH/SIDA, paludismo y otras enfermedades, se habrá garantizado la sostenibilidad del medio ambiente y se habrá fomentado una asociación mundial para el desarrollo.

Si bien no está explícitamente presente el término salud sexual y reproductiva y, menos, los derechos reproductivos, representando un retroceso respecto de la CIPD y Beijing, casi todos los objetivos suponen el cumplimiento del Programa de Acción de la CIPD y, en especial, lo relativo a la salud sexual y reproductiva. Es claro que aunque no se haga alusión a la población joven y adolescente, la pobreza y el hambre afectan particularmente a niños, adolescentes y mujeres. Asimismo, muchas adolescentes no llegan a tener educación primaria, en parte por embarazos tempranos. La equidad de género y autonomía de la mujer afecta a niñas y adolescentes. La mortalidad materna es, en gran medida, adolescente. La infección VIH se da, mayormente, en adolescentes y jóvenes, aunque el SIDA pueda manifestarse después, y la vulnerabilidad es mayor en las mujeres.

En febrero del 2004, Paul Hunt, relator especial de la Comisión de Derechos Humanos de las Naciones Unidas, en el **60 Período de Sesiones del ECOSOC**, haciendo referencia a los diez años de la CIPD, mencionó que la sensibilidad e importancia de la salud sexual y la salud reproductiva *se han plasmado en los Objetivos de Desarrollo que se derivan de la Declaración del Milenio. Y agregó que si bien por una parte los objetivos no mencionan expresamente la salud sexual y reproductiva, por la otra, por lo menos tres de los ocho objetivos – los relativos a la salud materna, la salud infantil y el VIH/SIDA– están directamente relacionados con esta materia. El relator especial insta a todos los agentes a que reconozcan explícitamente que las cuestiones relativas a la salud sexual y reproductiva tienen un papel fundamental que desempeñar en la batalla mundial contra la pobreza (párrafo 8)*<sup>28</sup>.

El **Comité sobre Población y Desarrollo de Naciones Unidas**, en su 37 sesión en Nueva York, en marzo del 2004, analizó el progreso hecho en la implementación del Programa de Acción de la CIPD y adoptó una resolución afirmando Cairo y las Medidas Clave, expresando su preocupación de que muchos países no puedan cumplir los compromisos adquiridos, y enfatizando la importancia de la población y la salud reproductiva para el desarrollo<sup>29</sup>.

<sup>27</sup> UNFPA. Población, salud reproductiva y Objetivos de Desarrollo del Milenio. UNFPA: Nueva York, s/f.

<sup>28</sup> Hunt, P. Los derechos económicos, sociales y civiles: El derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. Informe del Relator Especial. ECOSOC, Naciones Unidas, 60 Período de Sesiones, Nueva York.

<sup>29</sup> UNFPA, 2004. Seguimiento a la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo El Cairo 1994. Lima: UNFPA, p. 54.