

Pontificia Universidad Católica del Perú

Facultad de Derecho



Programa de Segunda Especialidad en Derecho Público y Buen Gobierno

Salud sexual y reproductiva de los adolescentes en el Perú

**Trabajo Académico para optar el título de Segunda Especialidad en Derecho
Público y Buen Gobierno**

AUTOR

Joaquín Rodrigo González Cuadros

ASESORA:

Renata Anahí Bregaglio Lazarte

CÓDIGO DEL ALUMNO:

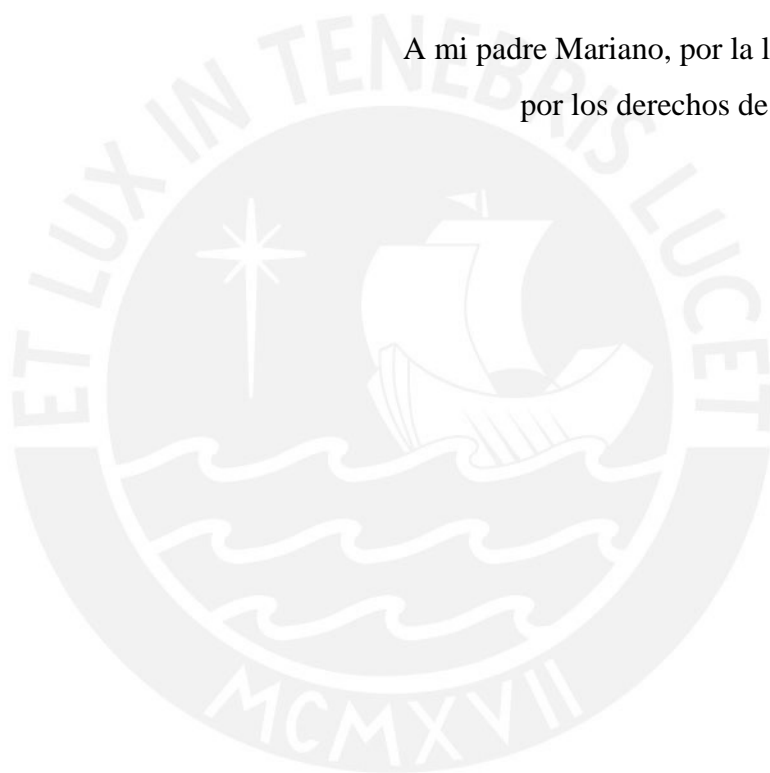
20131042

2020

RESUMEN

El derecho a la salud sexual y reproductiva y la situación particular de la población adolescente no suelen ser protagonistas de la agenda pública ni de la doctrina nacional. Por ello, en el presente trabajo se pretende abrir un punto de discusión en torno a los derechos de este sector de la población, muchas veces olvidado por el Estado peruano. Para ello, se parte del análisis de la Ley N° 28704 y sus impactos en los derechos de los adolescentes, entre ellos, a la salud sexual y reproductiva. En dicho contexto resultó necesaria la intervención del Tribunal Constitucional, quien finalmente la declaró inconstitucional. Sin embargo, esta decisión solo fue un primer paso para lograr proteger y garantizar la salud sexual y reproductiva de las y los adolescentes. Por ello, en el segundo capítulo se analizan las medidas adoptadas por el Estado peruano en dicha materia, a efectos de verificar el cumplimiento o no de sus obligaciones, de conformidad con las dimensiones de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad, y bajo un enfoque basado en derechos humanos. Finalmente se concluye que, si bien hay notables avances, queda aún mucho trabajo por realizar. Por ello, resulta necesario no solo ahondar en la discusión académica –que sirve de insumo–, sino sobre todo elaborar e implementar políticas públicas efectivas, orientadas a garantizar realmente los derechos de las y los adolescentes bajo los enfoques y obligaciones expuestas en el presente trabajo.

A mi padre Mariano, por la lucha constante
por los derechos de los oprimidos.



ÍNDICE DE CONTENIDO

1. Introducción	4
2. Capítulo 1: Antecedentes	5
2.1. Impactos de la Ley N° 28704 en los derechos de las y los adolescentes	5
2.2. Un primer hito para la garantía de la salud sexual y reproductiva de los adolescentes: Relevancia de la sentencia del expediente N° 08-2012-PI/TC	14
3. Capítulo 2: El derecho a la salud sexual y reproductiva y su regulación en el Perú	16
3.1. Salud sexual y reproductiva, derecho de las y los adolescentes peruanos: Contenido y obligaciones.....	16
3.2. Análisis de la Norma Técnica de Salud de Planificación Familiar desde el Enfoque basado en Derechos Humanos	25
3.3. Postura crítica: existen tareas pendientes	38
4. Conclusiones: ¿Qué debe hacer el Estado peruano respecto del derecho a la salud sexual y reproductiva de los adolescentes?	41
5. Bibliografía	43

Introducción

En las últimas décadas, el derecho a la salud sexual y reproductiva de los adolescentes no ha sido adecuadamente protegido y garantizado por parte del Estado peruano, el cual llegó incluso a disponer medidas que vulneraron este y otros derechos de la población adolescente. Un claro ejemplo de ello fue la Ley N° 28704 publicada el 5 de abril de 2006, la cual modificó –entre otros– el artículo 173 del Código Penal¹. Con ello se penalizaron las relaciones sexuales que se mantuvieran con adolescentes entre 14 y 18 años de edad, independientemente del consentimiento. Así, toda relación sexual con adolescentes – consentida o no– sería considerada como un supuesto de violación sexual. Como veremos más adelante, dicha medida no solo afectó su derecho a la libertad sexual, sino también impidió el acceso a servicios e información en materia de salud sexual y reproductiva.

En ese contexto, 1609 ciudadanos (representados por la abogada Ana Victoria Suárez) interpusieron el 3 de abril de 2012 una demanda de inconstitucionalidad ante el Tribunal Constitucional, cuya pretensión principal fue que se declare la inconstitucionalidad del artículo 1 de la Ley N° 28704 y, en consecuencia, se despenalice todo acto sexual consentido por adolescentes de 14 a 18 años.

Dicha demanda dio lugar a la formación del expediente N° 08-2012-PI/TC y finalmente fue declarada fundada² conforme a la sentencia del 12 de diciembre de 12, eliminando así el obstáculo que significó la ley cuestionada respecto del ejercicio de los derechos de los adolescentes. Si bien este fue un gran primer paso, resulta pertinente analizar la situación actual de la salud sexual y reproductiva de los adolescentes, así como las medidas políticas y legislativas que tomó el Estado peruano para garantizarla. En ese sentido, en el presente trabajo analizaré la Norma Técnica de Salud de Planificación Familiar, para

¹ “Artículo 173.- Violación sexual de menor de edad

El que tiene acceso carnal por vía vaginal, anal o bucal o realiza otros actos análogos introduciendo objetos o partes del cuerpo por alguna de las dos primeras vías, con un menor de edad, será reprimido con las siguientes penas privativas de libertad:

1. Si la víctima tiene menos de diez años de edad, la pena será de cadena perpetua.

2. Si la víctima tiene entre diez años de edad, y menos de catorce, la pena será no menor de treinta años, ni mayor de treinta y cinco.

3. Si la víctima tiene entre catorce años de edad y menos de dieciocho, la pena será no menor de veinticinco ni mayor de treinta años. (...) (El resaltado es mío).

² El Tribunal Constitucional concluyó que la medida adoptada por el Congreso no pasó por el test de proporcionalidad, toda vez que existía una medida menos lesiva respecto de la libertad sexual. Esta consistía en sancionar solo las relaciones no consentidas, manteniendo a salvo la dimensión positiva de la libertad sexual de los adolescentes y cumpliendo razonablemente con prevenir supuestos de violación sexual de adolescentes entre 14 y 18 años. Asimismo, advirtió que no existía sentido interpretativo alguno que sea compatible con la Constitución y que permita salvar la constitucionalidad de la norma cuestionada. Así, en base a ambos fundamentos, finalmente se declaró inconstitucional.

constatar si a través de dichas medidas el Estado peruano –en cumplimiento de sus obligaciones– permite una adecuada protección y garantía del derecho a la salud sexual y reproductiva de la población adolescente, que a su vez permita un adecuado y seguro ejercicio de su libertad sexual.

Capítulo I: Antecedentes

1.1 Impactos de la Ley N° 28704 en los derechos de las y los adolescentes

Conforme a los hechos descritos, con el fin de disuadir a los posibles autores y prevenir la comisión del delito de violación sexual contra menores 18 años de edad³, el Congreso de la República emitió la Ley N° 28704. Sin embargo, como veremos, ello trajo efectos adversos. En ese sentido, en el presente capítulo me detendré a analizar los impactos de dicha ley en los derechos de las y los adolescentes, así como el análisis realizado por el Tribunal Constitucional en la sentencia del expediente N° 08-2012/PI-TC.

Ello nos permitirá demostrar cuan necesario y crucial era que la norma cuestionada sea declarada inconstitucional⁴ pues, más allá de los perjuicios generados a las personas injustamente procesadas y condenadas en base al artículo 173.3 del Código Penal, esta provocó graves vulneraciones a los derechos de la población adolescente, los cuales expondré a continuación.

1.1.1 La Ley N° 28704 limitó la dimensión positiva del derecho a la libertad sexual de las y los adolescentes

En primer lugar, la vulneración más evidente y directa que trajo consigo la Ley N° 28704 se dio sobre el derecho a la libertad sexual de los adolescentes, como parte del derecho al libre desarrollo de la personalidad. Al respecto, resulta pertinente definirla brevemente. Así, la libertad sexual, entendida como derecho y bien jurídico constitucionalmente protegido, es “la facultad que tiene toda persona para autodeterminarse en el ámbito de su sexualidad, que viene limitada por dos requisitos: el pleno conocimiento del sujeto del

³ Conforme señala el Proyecto de Ley N° 13390/2004-CR presentado el 18 de julio de 2005 por la ex congresista Julia Valenzuela Cuéllar, esta modificación del Código Penal tenía como objetivo proteger a los menores de edad de ser víctimas del delito de violación sexual.

⁴ Si bien en los años 2007 y 2008 se emitieron los Acuerdos Plenarios N° 07-2007/CJ-116 (publicado el 25 de marzo de 2008) y 04-2008/CJ-116 (publicado el 3 de noviembre de 2008), referidos al alcance interpretativo y aplicación del artículo 173.3 Código Penal, resultaba necesario que dicha norma no solo sea inaplicada, sino que sea declarada inconstitucional y así sea eliminada de nuestro ordenamiento. Ello debido a los serios perjuicios en los derechos de la población adolescente, conforme veremos en el presente capítulo.

contenido y alcance de una relación sexual, y la manifestación voluntaria y libre consentimiento para participar en tal clase de relaciones” (San Martín, 2007: 214). Además, debe tenerse presente que, conforme a la normativa vigente, toda persona mayor de 14 años es titular de dicho derecho y facultad (Prado, 2017:10).

Asimismo, cabe añadir que la titularidad del derecho a la libertad sexual de los adolescentes –como además señaló el propio Tribunal Constitucional en la sentencia analizada– se sustenta en el derecho al libre desarrollo de la personalidad⁵, el principio de desarrollo progresivo de las capacidades del niño y adolescente, y de una interpretación sistemática de nuestro ordenamiento en concordancia con el principio anterior, reconociendo así la capacidad de los adolescentes para sostener relaciones sexuales⁶.

Sobre el particular, es de especial atención el principio de desarrollo o evolución progresiva de las capacidades que se desprende del artículo 5⁷ de la Convención sobre los Derechos del Niño y ha sido reconocido por la Corte Interamericana de Derecho Humanos en el Caso Atala Riffo y niñas vs. Chile. Este es definido como “un nuevo principio de interpretación del derecho internacional, según el cual se reconoce que, a medida que los niños van adquiriendo competencias cada vez mayores, se reduce su necesidad de orientación y aumenta su capacidad de asumir responsabilidades respecto a las decisiones que afectan sus vidas” (Lansdown, 2005: 19). En ese sentido, en virtud de este resulta razonable que el Estado reconozca que los adolescentes mayores de 14 años sean titulares del derecho a la libertad sexual, en la medida que se encuentran en la capacidad de gestionar su vida sexual, comprender los riesgos que ello conlleva, “así

⁵ El Tribunal Constitucional ha reconocido en su jurisprudencia (entre ella las sentencias N° 2868-2004-AA/TC, N° 0032-2010-PI/TC, N° 1575-2007-PHC/TC, N° 03901-2007-PA/TC) que entre los espacios concretos que son protegidos con el derecho al libre desarrollo se encuentra el ámbito de la sexualidad de la persona, lo cual permite reconocer que la libertad sexual es una manifestación del derecho al libre desarrollo de la personalidad (Defensoría del Pueblo, 2007: 43-44). Asimismo, este último es entendido como la garantía de los ámbitos reservados al individuo y, precisamente, de la protección del espacio –en la vida del ser humano– para la toma de decisiones trascendentales (Abad, 2011: 31; Bernal, 2005: 249). Así, en la medida que uno de esos campos de decisión relevantes en la vida de una persona es el ámbito sexual, las decisiones en ese espacio resultan amparadas por el derecho al libre desarrollo.

⁶ Tal es así que el artículo 46 del Código Civil admite y reconoce la capacidad legal de los adolescentes mayores de 14 años para realizar determinados actos respecto de los hijos que puedan tener, como inscribirlos en RENIEC, demandar en procesos de filiación, alimentos, tenencia, entre otros. Ello implica que, para nuestro ordenamiento, los adolescentes mayores de 14 años tienen capacidad suficiente para autodeterminarse en el ámbito sexual de su vida, mantener relaciones sexuales y que eventualmente, a consecuencia de ello, puedan tener hijos.

⁷ Artículo 5: “Los Estados Partes respetarán las responsabilidades, los derechos y los deberes de los padres o, en su caso, de los miembros de la familia ampliada o de la comunidad, según establezca la costumbre local, de los 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 presente Convención” (el subrayado es mío).

como tomar las precauciones necesarias y elaborar juicios bien informados acerca de la naturaleza de la relación en la cual se están embarcando” (Lansdown, 2005: 59).

Ahora bien, para comprender el impacto de Ley N° 28704 en la libertad sexual de los adolescentes se debe tener en cuenta la doble dimensión de este derecho. Así, existe una dimensión positiva referida a la autodeterminación, expresión y disposición de la propia sexualidad, la capacidad de decidir con quién, cómo y cuándo mantener relaciones sexuales, y otra negativa o pasiva, correspondiente a la facultad de rechazar actos, comportamientos o conductas sexuales indeseadas, es decir, de no verse involucrado en una situación sexual sin su consentimiento (Abad, 2011:26-27; Caro, 1999:258; Defensoría del Pueblo, 2007:41; 2011:35; Díez, 2000:71). Al respecto, cabe precisar que el derecho penal reacciona frente a la afectación de la perspectiva negativa, como sucede en los casos de violación de mayores 14 años, donde el bien jurídico protegido es la libertad sexual y, específicamente, se vulnera la facultad de rechazar actos sexuales indeseados (Díez, 2000: 71; San Martín, 2007: 214).

Sin embargo, el artículo 173.3 –tras ser modificado por la Ley N° 28704– penalizó y prohibió las relaciones sexuales con adolescentes entre 14 y 18 años, independientemente de su consentimiento. Así, el Estado no solo sancionaba que los adolescentes sean violados –afectando la dimensión negativa–, sino que igualmente sancionaba y restringía que los adolescentes puedan mantener relaciones sexuales libre y válidamente consentidas con personas mayores de 18 años, limitando por tanto la dimensión positiva de su derecho a la libertad sexual. Asimismo, al ser el derecho a la libertad sexual parte del libre desarrollo de la personalidad de los adolescentes, se vulneró también este último derecho. De igual modo, se desconoció y vulneró el principio de evolución progresiva de las capacidades de los adolescentes, considerándolos incapaces de consentir a pesar de que pudieran hacerlo conforme a lo expuesto.

Siguiendo esa línea, el Tribunal Constitucional consideró que el artículo 173.3 del Código Penal vulneraba la libertad sexual de los adolescentes. Al respecto, realizó un análisis de proporcionalidad y verificó que la norma cuestionada no superaba el examen de necesidad, toda vez que existía una medida menos gravosa que permitiera cumplir razonablemente con el fin de prevenir violaciones sexuales de menores. Esta consistía en

solo sancionar penalmente las relaciones no consentidas, manteniendo a salvo la dimensión positiva de la libertad sexual de las y los adolescentes.

En ese sentido, el Tribunal concluyó que la medida adoptada por el Congreso resultaba inconstitucional –exclusivamente– por vulnerar y restringir injustificadamente la libertad sexual de los adolescentes. Al respecto, debo señalar que, si bien estoy de acuerdo con la decisión final del Tribunal de declarar la inconstitucionalidad, considero que no tuvo igual diligencia respecto del análisis de los demás derechos involucrados. Tal es así que luego de concluir lo anterior, el Tribunal señaló que no habría existido afectación a los demás derechos, entre ellos, a la salud sexual y reproductiva⁸. Sin embargo, ello distaba de la realidad pues, como expondré a continuación, la Ley N° 28704 tuvo serios efectos sobre el acceso a información y servicios en materia de salud sexual y reproductiva.

1.1.2 Impactos de la Ley N° 28704 en el derecho a la salud sexual y reproductiva: impidió del acceso a información y servicios a favor de los adolescentes

En principio debemos tener presente que, aunque formalmente toda persona es titular del derecho a la salud, incluyendo la salud sexual y reproductiva, en la realidad las políticas orientadas a satisfacer dicho derecho no llegan siempre a beneficiar a todos y denotan deficiencias (Alvites y Ramos, 2006: 83). Es así que en la praxis se han presentado medidas estatales que impidieron –e impiden– una correcta protección de la salud sexual y reproductiva. Un claro ejemplo fue la Ley N° 28704 que, al modificar el artículo 173.3 del Código Penal y estipular como ilegales las relaciones con adolescentes entre 14 y 18 años a pesar de ser válidamente consentidas, ocasionó que se vean impedidos de acceder a servicios de salud sexual y reproductiva, reduciendo la posibilidad de recibir atención y asesoramiento en dicha materia. Ello prueba además que algunas medidas orientadas originalmente a brindar una “mayor protección”, como fue la referida ley (que elevó a 18 años el mínimo de edad legal para mantener relaciones sexuales, bajo la mala concepción de “elevar la protección de la indemnidad”⁹), en realidad pueden surtir el efecto contrario

⁸ Asimismo, resulta igualmente observable la decisión de no analizar la vulneración al derecho y principio de igualdad. Tal es así que el Tribunal se limitó a señalar que no sería necesario en la medida que ya se habría concluido que la norma resultaba inconstitucional por no superar el test de proporcionalidad respecto del derecho a la libertad sexual.

⁹ Sobre el particular, si bien no es el objeto de análisis del presente artículo, debo precisar que incluso el Tribunal Constitucional incurrió en error al tener una mala concepción de la indemnidad sexual, contraponiéndola al derecho de libertad sexual en su análisis, llegando incluso a ponderarlos. Al respecto, debo señalar que contraponerlos y ponderar ambos bienes jurídicos resulta irrazonable, en la medida que la protección reforzada del desarrollo del niño que supone la indemnidad, llega a su fin cuando el adolescente llega a un punto de desarrollo suficiente para ser consciente y

al limitar los derechos de los adolescentes, entre ellos la libertad y salud sexual (Lansdown, 2005: 60).

En esa línea, Nagle y Chávez sostienen que, al resultar ilegal la actividad sexual de los adolescentes menores de 18 años, se volvieron también ilegales las atenciones de salud reproductiva y sexual, colocando en seria desprotección a la población adolescente, más aún cuando en dicho grupo etario –según diversas Encuestas Demográficas y de Salud Familiar– se evidencia un alto nivel de contagio de VIH, embarazos no deseados, abortos inseguros y un alto grado de mortalidad materna (2007: 6-25). Al respecto, la Ley N° 28704 generó una particular y grave restricción derivada de la aplicación del artículo 30¹⁰ de la Ley General de Salud. Así, cuando los adolescentes acudían al sistema de salud, por ejemplo, en el caso de menores embarazadas que se acercaban por atención médica, los médicos que las atendían se veían obligados a denunciar y comunicar a la Fiscalía una presunta “violación”, dado que la relación con una adolescente entre 14 y 18 años devenía automáticamente en un supuesto de violación conforme al artículo 173.3 del Código Penal (Abad, 2011:37; Nagle y Chávez, 2007:8).

Dicha dinámica no solo ocasionaba que se generen procesos innecesarios dado que en la mayoría de casos se trataba de relaciones consentidas¹¹, sino que desincentivaba a los adolescentes a acudir al sistema de salud por atención o información en materia de salud sexual y reproductiva. Además, la aplicación del referido artículo 30, llevada al extremo, podía suponer una barrera para que el personal médico proporcione preservativos u otros métodos anticonceptivos a los adolescentes para prevenir ITS y embarazos no deseados, en la medida que no denunciar el aparente delito que advierta tras atenderlos –es decir, las relaciones sexuales que estarían manteniendo– podría considerarse como violación o incumplimiento de su deber (MINSA-UNFPA, 2009: 25; PROMSEX y otros, 2010: 27).

responsable de sus actos en el ámbito sexual de su vida. Así, en tanto dicho nivel habría sido alcanzado a los 14 años, no resultaría posible hablar de indemnidad tras ese momento, pues carecería de sentido proteger un nivel de desarrollo ya superado, correspondiendo, por el contrario, reconocer la capacidad de ejercer libremente su sexualidad.

¹⁰ “Artículo 30.- El médico que brinda atención médica a una persona herida por arma blanca, herida de bala, accidente de tránsito o por causa de otro tipo de violencia que constituya delito perseguible de oficio o cuando existan indicios de aborto criminal, está obligado a poner el hecho en conocimiento de la autoridad competente”.

¹¹ Sobre el particular, la fiscal Florencia Ambrosio señaló durante una entrevista –publicada en El Diario El Comercio de fecha 19 de julio de 2009 y realizada por Fabiola Torres bajo el título de “Madres adolescentes temen ir a revisiones por miedo a que detengan a sus parejas”– que 9 de cada 10 casos de embarazo precoz reportados en hospitales públicos habían sido resultado de relaciones válidamente consentidas y no de violaciones como se presumía con el artículo 173.3 del Código Penal (citado en Abad, 2011: 23).

Cabe precisar que el referido efecto desmotivador impactó también en su derecho de acceso a la información. Así, la Ley N° 28704 impidió que las y los adolescentes pudieran acceder a información –necesaria y suficiente– en materia de salud sexual y reproductiva. Al respecto, debo señalar que la afectación al derecho de acceso a la información en este caso no se dio precisamente respecto de la perspectiva del principio de transparencia, sino como contravención a la obligación del Estado peruano de brindar y garantizar el acceso a información, por ejemplo, sobre ITS, métodos anticonceptivos y planificación familiar, como parte del derecho a la salud sexual y reproductiva de los adolescentes (Abad, 2011: 48-50). Dicha obligación se desprende del párrafo 7.45 del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, el párrafo 95 de la Plataforma de Acción de Beijing, los artículos 17 y 24 (numeral 2, literales e y f) de la Convención sobre los Derechos del Niño, los párrafos 20 y 24 de la Observación General N° 3 (El VIH/SIDA y los Derechos del Niño), y los párrafos 11, 28¹², 30¹³ y 39¹⁴ de la Observación General N° 4 (La salud y el desarrollo de los adolescentes en el contexto de la Convención sobre los Derechos del Niño) del Comité de Derechos del Niño. Asimismo, del párrafo 53 de las Observaciones Finales del Comité de los Derechos del Niño para el Perú, donde se abordó el derecho de acceso a la información como parte del derecho a la salud sexual y reproductiva de los adolescentes (CDN, 2006).

Además, otra grave afectación de la Ley N° 28704 en los derechos de las y los adolescentes se dio con la limitación y suspensión de las políticas públicas que estaban orientadas a la brindar información y educación a la población adolescente a efectos de garantizar su salud sexual y reproductiva, así como el ejercicio adecuado y seguro de su libertad sexual (Rosas, 2017: 68; MINSA-UNFPA, 2009: 25; PROMSEX y otros, 2010: 26-27). Impidió, por ejemplo, la aprobación e implementación del Plan Multisectorial de

¹² El cual refiere que en virtud de los artículos 3, 17 y 24 de la Convención sobre los Derechos del Niño, los Estados deben “facilitar a los adolescentes acceso a 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 enfermedades de transmisión sexual (ETS). Además, los Estados Partes deberían garantizar el acceso a información adecuada, independientemente de su estado civil y de que tengan o no el consentimiento de sus padres o tutores” (CDN, 2003a: párrafo 28).

¹³ Conforme al cual los adolescentes corren el peligro de sufrir el contagio y consecuencias de ETS, por lo que los Estados deben “garantizar la existencia y fácil acceso a los bienes, servicios e información adecuados para prevenir y tratar estas infecciones, incluido el VIH/SIDA” (CDN, 2003a: párrafo 30).

¹⁴ Según el cual los Estados deben “b) Garantizar el acceso de los adolescentes a la información que sea esencial para su salud y desarrollo y la posibilidad de que participen en las decisiones que afectan a su salud (en especial mediante un consentimiento fundamentado y el derecho a la confidencialidad), la adquisición de experiencia, la obtención de información adecuada y apropiada para su edad y la elección de comportamientos de salud adecuados; c) Garantizar que todos los adolescentes puedan disponer de instalaciones, bienes y servicios sanitarios con inclusión de servicios sustantivos y de asesoramiento en materia de salud mental, sexual y reproductiva de calidad apropiada y adaptados a los problemas de los adolescentes” (CDN, 2003a: párrafo 39).

Prevención del Embarazo adolescente, limitó y se contrapuso al “Plan Estratégico Multisectorial 2007-2011 para la prevención y control de las ITS y VIH/SIDA”¹⁵, al “Plan Nacional de Acción por la Infancia y la Adolescencia”¹⁶, a los “Lineamientos de Política de Salud de los/las Adolescentes”¹⁷, así como a la “Norma Técnica de Planificación Familiar”¹⁸. De esa forma, la ley cuestionada menoscabó la garantía de acceso a información y servicios en salud sexual y reproductiva a favor de los adolescentes.

Ello supuso un especial impacto pues, en la medida que los adolescentes mantienen relaciones sexuales y se ven expuestos a una serie de riesgos en su vida sexual¹⁹, la falta de información y educación en dicha materia –y consigo el desconocimiento de métodos anticonceptivos y las enfermedades que puedan contraer– puede llevar a que dichos riesgos se materialicen. De ese modo, sería más probable padecer de alguna ETS o tener embarazos no deseados (sumado al alto riesgo de mortalidad tanto para la madre como para el hijo), situaciones que afectan la autodeterminación reproductiva y libre opción de maternidad o paternidad de los adolescentes y que, al ocasionar el abandono de sus estudios, pueden afectar incluso su proyecto de vida (Abad, 2011: 46-48). Como veremos más adelante, frente a ello debe tenerse presente que el adecuado ejercicio y disfrute de los derechos sexuales y reproductivos (ej. mediante el acceso a servicios e información) demanda una acción positiva por parte del Estado peruano (Abad, 2011: 49).

En esa línea, resultaba imperante erradicar el referido desmotivador, retomar las políticas públicas afectadas y eliminar las barreras de acceso a servicios e información en materia de salud sexual y reproductiva que generó la ley cuestionada. Para ello, se requería extirpar del ordenamiento el artículo 173.3 en el extremo que penalizaba las relaciones consentidas, toda vez que colocaban a los adolescentes en una situación de especial vulnerabilidad, no solo ante enfermedades e ITS, sino incluso frente a la muerte por complicaciones que podrían presentarse durante el embarazo de adolescentes menores de 18 años, impedidas de acudir a un hospital para tener un parto seguro (Nagle y Chávez, 2007:25). Al respecto, cabe precisar que la medida alternativa señalada en el acápite

¹⁵ Aprobado por el Decreto Supremo N° 05-2007-SA.

¹⁶ Aprobado por el Decreto Supremo N° 03-2002-PROMUDEH y otorgado con rango de ley por la Ley N° 28487.

¹⁷ Resolución Ministerial N° 107-2005-MINSA.

¹⁸ Cabe precisar que es la aprobada por la Resolución Ministerial N° 536-2005-MINSA, no la analizada en el segundo capítulo.

¹⁹ Información corroborada por las ENDES del INEI y los “Documentos Técnicos de Situación de Salud de los Adolescentes y Jóvenes en el Perú” publicados por el Ministerio de Salud.

anterior resultaba también menos lesiva respecto del derecho a la salud sexual y reproductiva. Así, al sancionar solo las relaciones no consentidas no se impediría el acceso a información y servicios de salud sexual y reproductiva, revirtiendo con ello la situación de desprotección que trajo consigo la Ley N° 28704. De esa forma, se cumpliría con el deber de eliminar “los obstáculos jurídicos, normativos y sociales que impiden el suministro de información y de servicios de salud reproductiva a los adolescentes”, señalado en el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (UNFPA, 2014: párrafo 7.45). De ahí la importancia y necesidad de la declaratoria de inconstitucionalidad pues, a pesar de que el Tribunal no se acogió a los argumentos y vulneraciones expuestas en este acápite, su sentencia permitió mitigarlas²⁰.

Finalmente, cabe señalar que fue evidente que el Estado peruano faltó a sus obligaciones –sobre las cuales ahondaremos en el próximo capítulo– situación que no debería ser repetida. Frente a ello, resulta fundamental el estricto respeto y cumplimiento de los principios de Buen Gobierno²¹, para evitar tomar decisiones “malas”²², inadecuadas, innecesarias y/o desproporcionales, que no se basen en evidencia o que sean adoptadas sin medir las consecuencias para sectores altamente vulnerables como la población adolescente y, sobre todo, aquellos sobre los que recaen más variables de vulnerabilidad.

1.1.3 La Ley N° 28704 vulneró el derecho y principio de igualdad: provocó un trato diferenciado injustificado

Por último, de las afectaciones anteriormente descritas, se puede evidenciar que la Ley N° 28704 generó un trato desigual injustificado respecto de la población adolescente. Así, a pesar de ser titulares de los derechos de libertad sexual, acceso a la información y salud sexual y reproductiva, se vieron impedidos de ejercerlos por el mero hecho de tener entre 14 y 18 años, situación que no se presentó en la población adulta (mayores de edad).

²⁰ Como señalé inicialmente, a pesar de lo evidente que fueron los impactos en los derechos a la salud sexual y reproductiva y de acceso a la información, el Tribunal consideró que no existió injerencia en ellos. Por ello, si bien se decidió declarar la inconstitucionalidad, de la lectura de la sentencia se puede apreciar que el Tribunal no se acogió a los extremos expuestos en el presente acápite, lo cual resulta criticable por la notoriedad de dichas vulneraciones.

²¹ Los principios de corrección, transparencia, participación, rendición de cuentas y, sobre todo, el principio de eficacia, conforme el desarrollo de Alberto Castro (2019).

²² En otras palabras, evitar replicar tan desastrosa decisión como fue la Ley N° 28704.

Sobre el particular, debemos recordar que el derecho y principio de igualdad se encuentra reconocido en el inciso 2 del artículo 2 de nuestra Constitución²³ y supone que toda persona sea tratada con igualdad ante la ley y sin sufrir discriminación de ningún tipo. En atención a ello, el Tribunal Constitucional ha reconocido una doble dimensión. Así, existe una vinculación negativa que supone la exigencia de tratar igual a los iguales y desigual a los desiguales, de modo que la ley mantenga su vocación de generalidad y abstracción y quede proscrito que el legislador genere factores discriminatorios de cualquier tipo (Tribunal Constitucional, 2003: 8). Al respecto, un trato desigual solo podrá ser fundado en causas objetivas y razonables pues, de no ser así, este sería un acto discriminatorio y supondría una vulneración del principio y derecho de igualdad (Abad, 2011: 64-66). Por otro lado, en cuanto a la vinculación positiva, el Tribunal señaló que supone “la exigencia de revertir las condiciones de desigualdad o de reponer las condiciones de igualdad de las que la realidad social pudiera estarse desvinculando” (2003: 8).

En el caso concreto, el trato diferenciado injustificado e irrazonable a los adolescentes consistió no solo un trato distinto de su consentimiento, respecto del que pudieran brindar las personas mayores de 18 en materia sexual, sino que se anuló por completo el valor de la decisión y capacidad de los adolescentes para poder brindarlo. Al respecto, debo precisar que el criterio de la edad no constituye un indicador válido que justifique el trato distinto de supuestos coincidentes ni el trato igualitario a dos supuestos evidentemente distintos (Abad, 2011: 67). Por ello, el Congreso debió abstenerse de emitir una ley contraria al principio de igualdad y provocar un trato distinto a personas que gozaban de la titularidad de los mismos derechos. En ese sentido, no debió tratar distinto a los adolescentes respecto de los adultos en la medida que ambos grupos gozan de libertad sexual y son capaces de consentir conductas sexuales. Y, por otro lado, no debió tratarlos igual que a los niños y menores de 14 años, anulando por completo su consentimiento en materia sexual y vulnerando así el principio de evolución progresiva de las capacidades²⁴.

²³ El derecho a la igualdad se encuentra además reconocido en los artículos 2.1 y 7 de la Declaración Universal de Derechos Humanos, artículo 26 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, artículo 24 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos, entre otros.

²⁴ Así, mientras que los menores de 14 años –respecto de los cuales se protege la indemnidad sexual– aún se encuentran en desarrollo, los adolescentes mayores de 14 ya alcanzaron un nivel del mismo que les permite ser conscientes de sus actos de índole sexual y las consecuencias de estos (y, por ende, ser titulares y ejercer su libertad sexual), estando plenamente facultados para autodeterminarse en el ámbito sexual de sus vidas y, por ende, consentir conductas sexuales.

En esa línea, en atención a la vinculación positiva, correspondía al Estado revertir la situación anterior, lo que finalmente sucedió con la sentencia de inconstitucionalidad y la correspondiente exhortación al Congreso de legislar de forma sistemática. Ello generó que el Congreso adecue nuevamente el Código Penal y elimine el cuestionado inciso 3 del artículo 173, que suponía una condición y causa de desigualdad que afectó enormemente a las y los adolescentes conforme vimos en el presente capítulo.

Por último, sin perjuicio del valor de la sentencia –que veremos a continuación–, resulta cuestionable que el Tribunal Constitucional haya omitido el test de igualdad, alegando que no era necesario pronunciarse al respecto tras determinar la inconstitucionalidad por vulnerar injustificada y desproporcionalmente el derecho a la libertad sexual. En ese sentido, considero que el Tribunal desaprovechó argumentos valiosos para la declaración de inconstitucionalidad, con lo cual pudo haber logrado aún una mejor motivación.

1.2 Un primer hito para la garantía de la salud sexual y reproductiva de los adolescentes: Relevancia de la sentencia del expediente N° 08-2012-PI/TC

Habiendo abordado los impactos de la Ley N° 28704 y señalado que –al margen de las observaciones realizadas– finalmente el Tribunal Constitucional decidió declarar la inconstitucionalidad, corresponde precisar ahora porqué fue tan importante la sentencia del expediente N° 08-2012-PI/TC de cara a los derechos de los adolescentes.

Sobre el particular, uno de los aspectos más relevantes de la sentencia fue que supuso el reconocimiento expreso del derecho a la libertad sexual –especialmente la dimensión positiva– de las y los adolescentes entre 14 y 18 años como parte del libre desarrollo de su personalidad y la despenalización de las relaciones sexuales consentidas por ellos. En ese sentido, no ameritarían persecución penal ya que no constituirían delito ni infracción a la ley penal, lo cual debía ser considerado por los operadores de justicia, incluyendo a los fiscales, la PNP e incluso los agentes del sistema de salud (INPPARES y otros, 2013).

Ello se condice con el efecto macro de las sentencias de inconstitucionalidad, de modo que impactó en todo el ordenamiento jurídico y no exclusivamente en el Código Penal o las actuaciones del Poder Judicial, en la medida que eliminaría todo efecto que pudiera

tener la Ley N° 28704²⁵. En ese sentido, la decisión del Tribunal repercutió en las demás normas del ordenamiento y políticas públicas, así como en las conductas y obligaciones de los operadores de justicia y médicos, de modo que estén orientados hacia una adecuada protección, atención y garantía de los derechos de los adolescentes. En esa línea, la sentencia eliminó el efecto desmotivador ligado al artículo 30 de la Ley General de Salud²⁶ y la barrera que suponía para que los adolescentes pudiesen acceder a información y servicios en materia de salud sexual y reproductiva. Asimismo, supuso la eliminación de la medida que paralizó las políticas públicas y planes del Estado en la materia, dando paso además a nuevas políticas, extremo que abordaremos en el próximo capítulo.

Por lo tanto, la sentencia abordada en el presente capítulo supuso un hito al revertir la situación de clara afectación de los derechos de los adolescentes y, especialmente, de su libertad y salud sexual y reproductiva. Además, significó el cumplimiento de la obligación del Estado de eliminar las medidas o disposiciones que impidan el adecuado ejercicio de los derechos, así como los tratos desiguales injustificados, conforme se esbozó anteriormente. En ese sentido, cabe recordar que la Corte Interamericana de Derechos Humanos determinó que la obligación de garantizar implica también la obligación del Estado de adoptar todas las medidas necesarias –legales o políticas– para “remover” o eliminar los obstáculos que puedan existir para que las personas disfruten de sus derechos, lo cual habría ocurrido en este caso (Ferrer Mac-Gregor, 2012: 155).

Sin embargo, si bien tras la adopción de tan desastrosa medida como fue la Ley N° 28704, la sentencia significó un gran paso que en principio permitiría revertir la situación de vulneración de derechos, quedan aún muchas acciones pendientes para garantizar la salud sexual y reproductiva de la población adolescente. Así, además de cumplir con lo dispuesto en la sentencia (no volver a emitir una norma que vulnere los derechos de los adolescentes), es necesario analizar el cumplimiento de las obligaciones del Estado de manera posterior a la sentencia, por ejemplo, mediante la implementación de políticas

²⁵ En esa línea, el propio Tribunal Constitucional señaló en la sentencia recaída en el expediente N° 0019-2005-PI/TC: “la derogación es una categoría del Derecho sustancialmente distinta a la inconstitucionalidad. Mientras que la primera no necesariamente elimina los efectos (capacidad reguladora) de la ley derogada (así, por ejemplo, los casos de leyes que, a pesar de encontrarse derogadas, surten efectos ultraactivos), la declaración de inconstitucionalidad ‘aniquila’ todo efecto que la norma pueda cumplir, incluso los que pueda haber cumplido en el pasado, en caso de que haya versado sobre materia penal o tributaria (artículo 83 del Código Procesal Constitucional)” (2005, fundamento 5).

²⁶ Eliminó los efectos que provocaba la disposición cuestionada respecto del artículo 30 de la Ley General de Salud, en la medida que los médicos ya no se encontrarían obligados a denunciar ante la fiscalía un supuesto de violación sexual cuando adviertan que las y los adolescentes mantuvieron relaciones sexuales consentidas.

públicas –y la adopción de decisiones para que estas sean efectivas– de cara a la garantía de los derechos de las y los adolescentes. Por ello, a continuación, nos ocuparemos del contenido del derecho a la salud sexual y reproductiva, así como de las obligaciones que este implica, para analizar posteriormente si las medidas adoptadas por el Estado peruano permiten garantizar efectivamente la salud sexual y reproductiva de las y los adolescentes.

Capítulo 2: El derecho a la salud sexual y reproductiva y su regulación en el Perú

Habiendo esbozado la situación del derecho a la salud sexual y reproductiva de los adolescentes –llena de vulneraciones e impedimentos para su adecuado ejercicio y garantía– tras la publicación de la Ley N° 28704, en el presente capítulo analizaremos si el Estado peruano ha cumplido con garantizar dicho derecho de manera posterior a la sentencia de inconstitucionalidad recaída en el expediente N° 08-2012-PI/TC. En ese sentido, partiré por explicar en qué consiste el derecho a la salud sexual y reproductiva y las obligaciones que este implica, para en base a ello poder analizar las principales políticas públicas del Estado peruano en la materia, y corroborar si este viene garantizando efectivamente los derechos de los adolescentes, en atención al principio de evolución progresiva de las capacidades, así como de los demás principios y derechos abordados en el capítulo anterior.

2.1 Salud sexual y reproductiva, derecho de las y los adolescentes peruanos

En primer lugar, antes de abordar propiamente el derecho a la salud sexual y reproductiva, debemos remitirnos al derecho a la salud en sentido amplio, el cual es reconocido en el artículo 7²⁷ de nuestra Constitución, así como en diversos tratados internacionales. Entre ellos se tiene al artículo 25 de la Declaración Universal de Derechos Humanos, el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, y el artículo 10 del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos Sociales y Culturales (Protocolo de San Salvador)²⁸.

²⁷ “Artículo 7.- Todos tienen derecho a la protección de su salud, la del medio familiar y la de la comunidad, así como el deber de contribuir a su promoción y defensa. La persona incapacitada para velar por sí misma a causa de una deficiencia física o mental tiene derecho al respeto de su dignidad y a un régimen legal de protección, atención, readaptación y seguridad”.

²⁸ El primero aprobado por el Perú mediante la Resolución Legislativa N° 13282 del 9 de diciembre de 1959, y los últimos dos ratificados por el Estado peruano con fecha 28 de abril de 1978 y 17 de mayo de 1995, respectivamente.

Ahora bien, para entender en qué consiste dicho derecho, debemos considerar la definición integral que brinda la Organización Mundial de la Salud (OMS), en cuya constitución define a la salud como el “estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. En esta señaló además que el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es un derecho fundamental de toda persona –sin distinción alguna– y que los “gobiernos tienen responsabilidad en la salud de sus pueblos, la cual sólo puede ser cumplida mediante la adopción de medidas sanitarias y sociales adecuadas” (OMS, 2009:1).

Siguiendo esa línea, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (en adelante, Comité DESC) señaló que el derecho a la salud es un “derecho humano fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos”, y que “todo ser humano tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud que le permita vivir dignamente” (2000: 1). Asimismo, el Comité denota también una visión integral e inclusiva del derecho a la salud, en la medida que abarca no solamente la atención de salud apropiada y oportuna, sino que incluye los principales factores determinantes de la salud²⁹, entre ellos el “acceso a la educación e información sobre cuestiones relacionadas con la salud, incluida la salud sexual y reproductiva” (2000: 3).

En ese sentido, se evidencia que el Comité DESC reconoce el derecho a la salud sexual y reproductiva dentro del derecho a la salud (en sentido amplio e integral). Sobre el particular, precisa incluso que el derecho a la salud engloba distintos derechos y libertades, entre las cuales se encuentra el derecho de las personas a controlar su salud y cuerpo –que correspondería a la capacidad de autodeterminarse y el libre desarrollo–, incluyendo evidentemente la libertad sexual y genésica, el derecho a no sufrir injerencias al respecto y, en ese sentido, también el derecho a un sistema de protección de la salud que brinde a todas las personas las mismas oportunidades para gozar del más alto nivel posible de salud (2000: 3). Ello no hace más que corroborar la íntima vinculación e interdependencia del derecho a la salud y libertad sexual, ambos de titularidad de los adolescentes, así como del derecho a la igualdad en la medida que tienen derecho a

²⁹ Como el acceso a agua limpia potable, a condiciones sanitarias apropiadas, el suministro de alimentos sanos, una buena y adecuada nutrición y vivienda, condiciones sanas tanto en el trabajo como en el medio ambiente y, evidentemente, incluye el acceso a educación e información en materia de salud –en sentido amplio–, así como en salud sexual y reproductiva (Comité DESC, 2000: 3).

disfrutar el más alto nivel de salud posible –incluyendo salud sexual y reproductiva– independientemente de su edad, género, condición socio económica, entre otras variables.

En cuanto al derecho a la salud sexual y reproductiva, si bien puede considerarse un derecho autónomo, resulta evidente –conforme a lo abordado previamente– que se fundamenta en el derecho a la salud en sentido amplio. En ese sentido, podría considerarse como derecho implícito dentro del referido derecho a la salud o como derecho innominado, conforme al artículo 3 de la Constitución que, por su especial vínculo con el derecho a la vida y la salud “se considera como fundamental en nuestro ordenamiento jurídico” (Abad, 2011: 38). Independientemente de ello, es claro que estamos frente a un derecho humano, que amerita por tanto ser protegido y garantizado por el Estado peruano.

Ahora bien, a efectos del presente artículo, resulta fundamental tener claro en qué consiste la salud reproductiva y sexual. Para ello, debemos remitirnos al Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo³⁰, según el cual:

*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.** (...) 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 [el resaltado es mío] (UNFPA, 2014: párrafos 7.2 y 7.3).*

Asimismo, como en el caso de la libertad sexual, existe también una doble dimensión respecto del derecho salud. Así, la dimensión negativa se refiere a la no intromisión por parte de otras personas como del propio Estado en los referidos derechos (Abad, 2011: 54-55). Como se puede ver, esto último coincide con la obligación de respeto referida por

³⁰ Cabe señalar que una idéntica definición fue desarrollada en el párrafo 94 de la Plataforma de Acción de Beijing, aprobada en la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer que fue celebrada en el año 1995 (UN Women, 2014).

la Convención Americana sobre Derechos Humanos, según la cual el Estado debe abstenerse de violar directa o indirectamente derechos, sean civiles y políticos o económicos, sociales y culturales (Ferrer Mac-Gregor, 2012: 150-152). Particularmente en el caso de la salud reproductiva, dicha obligación de respeto supone, por ejemplo, que los Estados no limiten la igualdad de acceso a servicios de salud preventiva, curativa o paliativa a las personas, incluyendo las minorías y sectores vulnerables (Facio, 2008: 74).

Por otro lado, la dimensión positiva³¹ del derecho a la salud sexual y reproductiva corresponde a “la finalidad de garantizar la libertad de contar con una vida sexual satisfactoria y segura, la capacidad de reproducción y de decidir cuándo y con qué frecuencia” (Abad, 2011: 39). Al respecto, ello coincide con la obligación de garantizar, la cual supone el deber de los Estados de organizar el aparato estatal y toda estructura mediante la que se ejerza el poder público, de modo que sean “capaces de asegurar jurídicamente el libre y pleno ejercicio de los derechos humanos” (Ferrer Mac-Gregor, 2012: 154; Corte IDH, 1988: párrafo 166). Además, se vincula directamente con el carácter prestacional del derecho a la salud y la obligación del Estado de garantizar el nivel más alto de dicho derecho (Alvites y Ramos, 2006: 82). Ello se condice con la obligación que se desprende del artículo 2 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos y el artículo 2 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, por la cual el Estado tiene el deber de desplegar una serie de medidas legales, políticas o de otro carácter –como normas, políticas públicas, campañas, entre otras– para garantizar la debida protección, realización y disfrute al más alto nivel posible de la salud en sentido amplio y de la salud sexual y reproductiva de las y los adolescentes.

Sobre el particular, de acuerdo a un enfoque basado en derechos humanos y al principio de eficacia (como sub principio de Buen Gobierno), no bastaría el mero reconocimiento del derecho en una norma, sino que existan medidas y acciones por parte del Estado que se orienten a efectivizar o materializar el ejercicio de dicho derecho. Es decir, que se organice u oriente el ordenamiento hacia su adecuada garantía. Para ello será necesario, como veremos más adelante, que las políticas públicas o medidas que adopte el Estado peruano se diseñen, implementen y evalúen bajo un enfoque basado en derechos humanos, los principios que este implica, así como las dimensiones para la atención

³¹ Cabe añadir que dicha dimensión positiva ha sido además reconocida en la Sentencia recaída en el expediente N° 01575-2007-PHC/TC en el fundamento N° 21.

integral del derecho a la salud y otros enfoques que puedan resultar relevantes (género, discapacidad u otras variables de vulnerabilidad u opresión).

Ahora bien, sin perjuicio del amplio catálogo de derechos reproductivos³², a efectos del presente artículo resulta pertinente enfocarnos principalmente en el acceso a servicios e información en materia de salud sexual y reproductiva. En esa línea, para una adecuada garantía del derecho a la salud sexual y reproductiva de las y los adolescentes resulta crucial considerar las siguientes dimensiones³³:

1) **Disponibilidad:** de acuerdo a esta, el Estado peruano debe contar con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud y centros de atención de salud, que incluyan atención en materia sexual y reproductiva. Asimismo, debería contar con programas que garanticen la atención diferenciada a la población adolescente. Además, dichos establecimientos deberán contar con condiciones sanitarias adecuadas, personal médico y profesional debidamente capacitado y, de manera especial, se deberá contar con los medicamentos e implementos necesarios para atender a los usuarios en materia de salud sexual y reproductiva. De acuerdo a ello, por ejemplo, deberán estar abastecidos de preservativos, pastillas anticonceptivas, entre otros métodos anticonceptivos. De igual modo, deberán contar

³² Sobre el particular, partiendo de la lista propuesta por Alda Facio (2008: 26-68), podemos considerar –no de manera taxativa– los siguientes elementos como parte del universo de derechos reproductivos:

- El derecho a no morir por causas evitables relacionadas con el parto y el embarazo.
- **El derecho a acceder a servicios** en materia de salud sexual y reproductiva.
- El derecho a estar libre de violencia basada en el sexo o género.
- El derecho a vivir libre de la explotación sexual.
- El derecho a decidir sobre el número e intervalo de hijos. Este supone el derecho a la autonomía reproductiva, así como el derecho a realizar un plan de procreación con asistencia (ej. médica), en un hospital o ambiente alternativo.
- El derecho a la intimidad, entendido como el derecho de toda persona a decidir libremente y sin interferencias arbitrarias, sobre sus funciones reproductivas.
- El derecho a la igualdad y no discriminación en el ámbito de la vida y salud reproductiva.
- El derecho de las mujeres a decidir sobre cuestiones relativas a su función reproductora en igualdad de condiciones y sin discriminación.
- El derecho a la protección legal de la maternidad en materia laboral, lo cual implica no ser discriminada ni despedida por causa de embarazo o maternidad, entre otros.
- El derecho a trabajar en un ambiente libre de acoso u hostigamiento sexual.
- **El derecho a recibir educación sexual y reproductiva**, sin distinción alguna.
- **El derecho a la información adecuada y oportuna**, que incluye el derecho a recibir información clara y precisa sobre su estado de salud y a ser informada sobre sus derechos y responsabilidades en materia de sexualidad y reproducción. Además, supone recibir información sobre los métodos anticonceptivos o de regulación de la fecundidad (ej. beneficios, riesgos y efectividad) y sobre las implicaciones del embarazo para cada caso particular.
- El derecho a modificar las costumbres que perjudican la salud reproductiva de las niñas y mujeres.
- El derecho a disfrutar del progreso científico en el área de la reproducción humana y a dar su consentimiento para ser objeto de experimentación en la misma.

³³ Se plantea el siguiente esquema conforme a las dimensiones del derecho a la salud desarrolladas en la Observación General N° 14 del Comité DESC, en cuyo parágrafo 12 precisa que son aplicables al derecho a la salud en todas sus formas, resultando por lo tanto extensibles a la salud sexual y reproductiva en específico.

con personal y recursos materiales suficientes para poder atender embarazos precoces y evitar poner en riesgo la vida o salud de las adolescentes embarazadas.

2) **Accesibilidad:** de acuerdo a esta dimensión, los establecimientos, bienes y servicios de salud sexual y reproductiva deben ser accesibles a todos –incluyendo por tanto a la población adolescente–, sin obstáculos ni discriminación alguna. Cabe precisar que este elemento comprende a su vez los siguientes aspectos:

a) **No discriminación:** de acuerdo al Comité DESC, supone que “los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles, de hecho y de derecho, a los sectores más vulnerables y marginados de la población, sin discriminación alguna por cualquiera de los motivos prohibidos” (2000: par. 12). En el caso particular de la salud sexual y reproductiva, ello implicaría que no se limite el acceso a los establecimientos, bienes y/o servicios por motivos de edad, género, discapacidad, condición socio económica, idioma, entre otros factores. De cara al presente trabajo, resulta pertinente enfatizar que no debería negarse o impedirse el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva a adolescentes menores de 18 años por el mero factor de su edad. Ello atentaría no solo contra el derecho y principio de igualdad y no discriminación, y su derecho a la salud sexual y reproductiva, sino también contra el principio de evolución progresiva de sus capacidades, conforme vimos previamente. En esa línea, la edad no debe ser considerada un factor objetivo para rechazar el acceso a dichos servicios, establecimiento o bienes.

b) **Accesibilidad física:** este elemento implica que los establecimientos, bienes y servicios de salud sexual y reproductiva deben encontrarse al alcance geográfico de todos los sectores de la población, en especial los grupos vulnerables o marginados (Comité DESC, 2000: par. 12). En esa línea, debería garantizarse la existencia de los mismos en las distintas zonas del país, con especial énfasis en las zonas rurales y la selva peruana, donde existe mayor incidencia de embarazo adolescente conforme a las ENDES del INEI. Por otro lado, la accesibilidad física también implica que los establecimientos donde se brinde atención en salud sexual y reproductiva, sean accesibles para toda persona con discapacidad, incluyendo por lo tanto a los adolescentes con discapacidad. Asimismo, “cuando la prestación de servicios de salud sexual y reproductiva en zonas remotas sea impracticable, la igualdad sustantiva requiere medidas positivas para asegurarse de que las

personas necesitadas dispongan de comunicaciones y transporte a esos servicios” (Comité DESC, 2016: par. 16).

- c) **Accesibilidad económica o asequibilidad:** implicará que los costos de los servicios de salud no generen una barrera para acceder a los mismos (Constantino, 2015: 20). En esa línea, resultaría ideal que los servicios de atención en salud sexual y reproductiva para adolescentes sean gratuitos o, en su defecto, supongan un gasto mínimo que no implique un obstáculo de acceso.
 - d) **Acceso a la información:** el Comité DESC señala que ello implica “el derecho de solicitar, recibir y difundir información e ideas acerca de las cuestiones relacionadas con la salud”, sin menoscabar el derecho a que los datos personales relativos a la salud sean tratados con confidencialidad (2000: par. 12). Lo anterior, conforme se esbozó previamente, supondrá que se respete y garantice el derecho de los y las adolescentes a acceder a información como parte de su derecho a la salud sexual y reproductiva. Así, por ejemplo, tendrán derecho a recibir información en formatos accesibles y comprensibles sobre enfermedades de transmisión sexual, los medios de prevención y tratamiento de las mismas, información sobre la diversidad de métodos anticonceptivos tanto para hombres como mujeres, e información relativa a planificación familiar, a efectos de evitar embarazos precoces indeseados.
- 3) **Aceptabilidad:** de acuerdo al Comité DESC, esta dimensión implica que todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán respetar la ética médica y ser culturalmente apropiados –de modo que se respete la cultura de las personas, pueblos y comunidades–, además de ser sensibles a las cuestiones de género, ciclo de vida y confidencialidad, y estar adecuados para mejorar efectivamente el estado de salud de las personas que se atiendan (2000: par.12). En ese sentido, corresponderá que se realicen adaptaciones para la atención adecuada de mujeres, miembros de pueblos indígenas o personas con discapacidad (Constantino, 2015: 21).
- 4) **Calidad:** de acuerdo a este último elemento, los establecimientos, bienes y servicios de salud sexual y reproductiva deberán ser de buena calidad y adecuados desde una perspectiva científica y médica. Ello implicará que el personal médico se encuentre debidamente capacitado, se cuente con medicamentos, equipo hospitalario y demás recursos materiales en buen estado y científicamente aprobados (ej. no vencidos, certificados por la DIGEMID, etc.). Asimismo, las condiciones de los

establecimientos deberán ser óptimas, y deberán contar con agua limpia potable y condiciones sanitarias adecuadas (Comité DESC, 2000: par.12).

De modo ilustrativo, en la Tabla N° 1 se sintetiza el esquema propuesto:

Tabla N° 1 Derecho a la salud sexual y reproductiva de las y los adolescentes		
Dimensión	Contenido	Obligaciones específicas
Disponibilidad	Contar con un número suficiente de establecimientos, bienes, servicios públicos y centros de atención de salud sexual y reproductiva (o SSR).	<ul style="list-style-type: none"> • Contar con condiciones sanitarias adecuadas • Contar con personal médico capacitado • Deberán estar abastecidos de suficientes y diversos métodos anticonceptivos • Deberá contarse con recursos y personal suficiente para atender embarazos precoces y demás atenciones que requieran las y los adolescentes.
Accesibilidad	No discriminación: Los establecimientos, bienes y servicios de SSR deben ser accesibles, de hecho y de derecho, a los sectores más vulnerables de la población, sin discriminación.	<ul style="list-style-type: none"> • No deberá impedirse el acceso a servicios o información por razón de edad (ser menores de 18 años), género, idioma, discapacidad, condición socio económica, nivel de estudios u otro motivo prohibido. • El personal médico no deberá tener ningún tipo de trato discriminatorio con los pacientes. • Se recomienda que el personal se encuentre capacitado para atender en la propia lengua o idioma del paciente. • Se recomienda dejar constancia de ser un establecimiento libre de discriminación.
	Accesibilidad física: Los establecimientos, bienes y servicios de SSR deben encontrarse al alcance geográfico de todos los sectores de la población.	<ul style="list-style-type: none"> • Deben encontrarse al alcance geográfico, especialmente de los grupos más vulnerables y, sobre todo, en las zonas de mayor incidencia de embarazo adolescente e ITS. • De ser necesario, se requerirá de la creación de nuevos centros de salud y mejorar las vías de acceso a los mismos. • Implica también que se garantice el acceso físico a personas con discapacidad. La infraestructura de los establecimientos de salud no deberá suponer un obstáculo de acceso.
	Asequibilidad: Los costos de los servicios de salud sexual y reproductiva no deben generar una barrera para acceder a estos.	<ul style="list-style-type: none"> • Es ideal que la atención en SSR para adolescentes sea gratuita o implique un costo mínimo que no obstaculice su acceso. • La aplicación de métodos anticonceptivos no deberá suponer un costo excesivo que impida a los adolescentes acceder a estos. • Se recomienda que por lo menos los preservativos sean de acceso gratuito para la población adolescente.

	<p>Acceso a la información:</p> <p>Los usuarios (incluyendo a los adolescentes) tienen derecho a solicitar, recibir y difundir información sobre cuestiones relacionadas con a su salud sexual y reproductiva.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Respetar y garantizar el derecho de los y las adolescentes a acceder a información como parte de su derecho a la SSR. • Brindar información en formatos accesibles, de fácil comprensión y en el idioma o lengua de los destinatarios. • Brindar información sobre enfermedades de transmisión sexual, medios de prevención y sus respectivos tratamientos. • Brindar información detallada sobre diversos métodos anticonceptivos tanto para hombres como mujeres. • Brindar información relativa a planificación familiar.
Aceptabilidad	<p>Los establecimientos, bienes y servicios de salud sexual y reproductiva deberán respetar la ética médica y ser culturalmente apropiados.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Los servicios y atención que se brinde en materia de salud sexual y reproductiva, deberán respetar la cultura de las personas, las minorías, los pueblos y las comunidades. • Deberán ser sensibles a las cuestiones de género y ciclo de vida. • Deberán respetar la confidencialidad de todos, sin distinción. • De ser necesario, se deberán realizar adaptaciones para la atención adecuada de mujeres, miembros de pueblos indígenas o personas con discapacidad.
Calidad	<p>Los establecimientos, bienes y servicios de salud sexual y reproductiva deberán ser de buena calidad y adecuados desde una perspectiva científica y médica.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • El personal médico deberá estar debidamente capacitado. • Deberá contarse con medicamentos, equipo hospitalario y demás recursos materiales en buen estado y científicamente aprobados. Por ejemplo, deberán estar certificados por la DIGEMID, se prohíbe la entrega de medicamentos o preservativos vencidos, entre otros. • Las condiciones de los establecimientos deberán ser óptimas, deberán contar con agua limpia potable y condiciones sanitarias adecuadas.

Habiendo esclarecido el marco teórico en cuanto al derecho a la salud sexual y reproductiva, así como las obligaciones y dimensiones que deberá tomar en cuenta el Estado peruano para garantizar el pleno disfrute de la salud sexual y reproductiva de las y los adolescentes, corresponde a continuación analizar una de las principales medidas que tomó en la materia. En ese sentido, en el próximo acápite abordaré la Norma Técnica de Salud de Planificación Familiar. Para verificar si permite garantizar adecuadamente el derecho a la salud y reproductiva de los adolescentes, será fundamental corroborar si considera y respeta el principio de evolución progresiva de sus capacidades y si cumple igualmente con los principios del enfoque basado en derechos humanos.

2.2 Análisis de la Norma Técnica de Salud de Planificación Familiar desde el Enfoque basado en Derechos Humanos

En primer lugar, debemos partir señalando que la NTS N° 124-2016-MINSA-V01, denominada Norma Técnica de Salud de Planificación Familiar (en adelante, la Norma Técnica), fue aprobada el 2 de septiembre de 2016 mediante la Resolución Ministerial N° 652-2016/MINSA y modificada por la Resolución Ministerial N° 536-2017/MINSA. Dicha Norma Técnica, que será materia de análisis en el presente acápite, tuvo por finalidad “contribuir a que las personas ejerzan sus derechos de manera responsable, libre e informada respecto a la decisión del número y espaciamiento de los hijos que deseen procrear; brindando servicios de planificación familiar de calidad”. Al respecto, señaló como objetivo general el “establecer las disposiciones relacionadas con los procesos vinculados a la atención integral en planificación familiar, con calidad y seguridad, en los establecimientos de salud de los diferentes niveles de atención”.

Asimismo, resalta entre sus objetivos específicos³⁴ el referido a “Estandarizar los procedimientos técnicos para brindar atención de planificación familiar en los servicios de salud, en el marco de los derechos humanos, sexuales y reproductivos, con los enfoques de equidad de género, integralidad, interculturalidad e inclusión social”. En esa línea, es especialmente plausible la inclusión y referencia expresa de los siguientes enfoques en la atención en materia de salud sexual y reproductiva³⁵:

- Derechos Humanos (correspondiente al Enfoque Basado en Derechos Humanos)
- Equidad de Género en salud sexual y reproductiva
- Interculturalidad
- Integralidad
- Inclusión social en salud

De acuerdo al referido objetivo específico y de conformidad con los enfoques incluidos expresamente, se evidencia que la Norma Técnica se encontraría, en principio, acorde a las dimensiones del derecho a la salud sexual y reproductiva abordadas previamente.

³⁴ Enlistados en el numeral 2.2 de la Norma Técnica.

³⁵ Dichos enfoques se hayan descritos en el numeral 5.12 de la Norma Técnica.

Por otro lado, en cuanto a su ámbito de aplicación cabe precisar que, si bien resulta obligatoria para el sector público, no es así para el sector privado, en la medida que se limita a referir que “puede servir de referencia a los establecimientos de salud del Sector Privado”, lo cual resulta cuestionable. Sobre el particular, debemos recordar que los derechos fundamentales –como es la salud, en sentido amplio, y la salud sexual y reproductiva, en específico– “deben ser respetados tanto por los poderes públicos como por los particulares en relación con otros particulares” (Corte IDH, 2003: par. 140). Asimismo, de conformidad con lo señalado por la Corte IDH³⁶, el Estado peruano debería velar porque los establecimientos privados de salud cumplan con respetar y garantizar efectivamente los derechos de otros particulares, es decir, de las personas en general que se puedan atender en dichos establecimientos. En esa línea, conviene resaltar que la “obligación de los Estados de regular no se agota, por lo tanto, en los hospitales que prestan servicios públicos, sino que abarca toda y cualquier institución de salud” (Corte IDH, 2006: par. 90). Por lo tanto, bajo ese criterio, correspondería que los estándares de atención integral y enfoques que incluye la presente Norma Técnica para una mejor atención en materia de salud sexual y reproductiva, sean extensibles al sector privado como una auténtica obligación y no como una simple referencia.

Además, toda vez que el sector privado también brinda servicios de salud y el Estado peruano tiene la obligación de garantizar el pleno disfrute de dicho derecho, este debería preocuparse por prevenir que dichos actores vulneren el derecho a la salud sexual y reproductiva de las y los adolescentes, sea por una atención deficiente (que no cumpla con la dimensión de calidad) o porque se les impida el acceso a información o atención en dicha materia (lo que contravendría con el principio de igualdad y no discriminación). De lo contrario, en caso de que las instituciones privadas que brindan el servicio de salud abusen de su condición y vulneren los derechos de las personas (especialmente de los

³⁶ La Corte IDH señaló en la Opinión Consultiva N° OC-18/03 que “La obligación impuesta por el respeto y garantía de los derechos humanos frente a terceros se basa también en que los Estados son los que determinan su ordenamiento jurídico, el cual regula las relaciones entre particulares y, por lo tanto, el derecho privado, por lo que deben también velar para que en esas relaciones privadas entre terceros se respeten los derechos humanos, ya que de lo contrario el Estado puede resultar responsable de la violación de los derechos” (2003: par. 147). Asimismo, en el Caso *Ximenes Lopes vs. Brasil* precisó que en tanto “la salud es un bien público cuya protección está a cargo de los Estados, éstos tienen la obligación de prevenir que terceros interfieran indebidamente en el goce de los derechos a la vida y a la integridad personal, particularmente vulnerables cuando una persona se encuentra bajo tratamiento de salud. **La Corte considera que los Estados tienen el deber de regular y fiscalizar toda la asistencia de salud prestada a las personas bajo su jurisdicción, como deber especial de protección a la vida y a la integridad personal, independientemente de si la entidad que presta tales servicios es de carácter público o privado** [el resaltado es mío] (2006: par. 89).

adolescentes y otros grupos vulnerables), el Estado peruano incurriría en responsabilidad internacional.

Por otro lado, de cara a los derechos de la población adolescente, resulta pertinente destacar que uno de los principales aspectos positivos de la Norma Técnica es su explícita referencia a la “Atención integral con énfasis en salud sexual y reproductiva en servicios diferenciados para los adolescentes”, abordada en el numeral 5.1.1. De acuerdo a ella, esta atención consiste en:

la provisión continua y con calidad de una atención integral, orientada hacia la promoción, prevención, acceso a métodos anticonceptivos, recuperación y rehabilitación en salud sexual y reproductiva, en el contexto de su vida en familia y en la comunidad. Esta atención se realiza en horarios diferenciados y ambientes exclusivos, y de acuerdo a las disposiciones normativas (Norma Técnica de Salud: “Criterios y Estándares de Evaluación de Servicios Diferenciados de Atención Integral de Salud para Adolescentes). Se brinda también en los centros de desarrollo juvenil (CDJ) donde se atiende al adolescente a través de: orientación/consejería, talleres formativos, animación sociocultural y atención clínica. En estos espacios, se abordan temas como la salud física, psicosocial, sexual y reproductiva de las/os adolescentes.

Destaca en ese sentido el enfoque de edad, el reconocimiento de la necesidad de una atención integral y trato diferenciado a los adolescentes, justificado en razón de su situación particular, como es el encontrarse durante el inicio de su vida sexual (aproximadamente de los 15 años en adelante según las ENDES del INEI), la dependencia económica de sus padres y el hecho de encontrarse en edad escolar. Asimismo, igual de loable es su buena definición de salud reproductiva³⁷, compatible con la definición esbozada previamente, así como el desagregado de los servicios y derechos en materia de salud sexual y reproductiva (numeral 5.10.2). Al respecto, cabe destacar algunos de ellos:

³⁷ En el numeral 5.1.35, la Norma Técnica define salud reproductiva como: “Un estado de bienestar físico, mental y social que no consiste solamente en la ausencia de enfermedades o dolencias en todos los aspectos referentes al sistema reproductivo, sus funciones y procesos. Por consiguiente, la salud reproductiva implica que la gente pueda llevar una vida sexual segura y satisfactoria, teniendo la capacidad de reproducirse y la libertad de decidir cuándo y cuán a menudo hacerlo. En esta última condición está implícito el derecho de los varones y mujeres a mantenerse informados con respecto a los métodos anticonceptivos seguros, aceptables y al alcance de sus posibilidades, a elección suya, y a tener acceso a los mismos así como a otros métodos de planificación familiar para regular la fertilidad, que no sean contrarios a la ley, además del derecho de acceder a servicios apropiados de salud que permitirán que las mujeres tengan un embarazo y un parto seguros, proporcionando a las parejas las mejores oportunidades de tener un bebé sano” (el resaltado es mío).

- “Tener acceso, en condiciones de igualdad, sin discriminación por edad, orientación sexual, estado civil, religión, creencias, entre otros, a los servicios de atención que incluyan la salud sexual y reproductiva incluyendo planificación familiar”. Resulta evidente que ello responde al principio de igualdad y no discriminación.
- “Tener acceso a una amplia gama de métodos anticonceptivos para poder realizar una elección libre y voluntaria, y que no esté limitada por su capacidad económica”. Lo anterior responde a las dimensiones de disponibilidad y asequibilidad.
- “Tener acceso a servicios de calidad en salud sexual y reproductiva”. En efecto, de la literalidad del enunciado, respondería a la dimensión de calidad.

Ahora bien, para seguir un análisis más ordenado de la Norma Técnica, resulta pertinente abordarla bajo los principios del Enfoque Basado en Derechos Humanos (en adelante, EBDH). Sobre el particular, este ha sido definido por la Oficina del Alto Comisionado de Naciones Unidas como:

un marco conceptual para el proceso de desarrollo humano que desde el punto de vista normativo está basado en las normas internacionales de derechos humanos y desde el punto de vista operacional está orientado a la promoción y la protección de los derechos humanos. Su propósito es analizar las desigualdades que se encuentran en el centro de los problemas de desarrollo y corregir las prácticas discriminatorias y el injusto reparto del poder que obstaculizan el progreso en materia de desarrollo (OACHD, 2006:15).

En ese sentido, las políticas dejan de entenderse bajo una perspectiva de simples objetivos, cumplimiento de resultados y satisfacción de necesidades, para ser medios orientados a garantizar efectivamente los derechos humanos. Para ello, resulta fundamental ver qué derechos están detrás –como los expuestos hasta el momento–, así como los derechos y principios que resultan transversales a toda intervención estatal bajo un enfoque de derechos humanos: igualdad y no discriminación, participación e inclusión, acceso a la información y acceso a la justicia (Bregaglio y otros, 2014:22-23). En ese sentido, a continuación, analizaré la política en cuestión, desde los principios del EBDH:

2.2.1 Igualdad y no discriminación:

En este caso, corresponderá evaluar si de lo dispuesto en la Norma Técnica se presentan (o pueden presentar) o no supuestos de discriminación, directa o indirectamente. Para ello, conviene remitirnos a la definición brindada en la Convención Interamericana contra

toda forma de discriminación e intolerancia (art. 1.1), según la cual se entiende por discriminación a cualquier distinción, exclusión, restricción o preferencia, arbitraria, que esté basada en un motivo prohibido³⁸, que se presente tanto en el ámbito público o privado, y que tenga el objetivo o el efecto de anular o limitar el reconocimiento, goce o ejercicio, en condiciones de igualdad, de uno o más derechos humanos o libertades fundamentales consagrados en los instrumentos internacionales.

En atención a ello, además del enfoque de “equidad de género”³⁹, interculturalidad⁴⁰ e inclusión social⁴¹ que reconoce expresamente, destacan los siguientes aspectos de la Norma Técnica:

- a) En virtud de la atención integral en servicios diferenciados para las y los adolescentes y demás disposiciones que siguen esa línea, no se evidencia –en principio– un supuesto de discriminación por edad. Al respecto destaca, el literal k) de las Disposiciones Específicas (numeral 6.4), según el cual “la población adolescente, que acuda a los establecimientos de salud en busca de planificación familiar, se les brindará todos los servicios”, salvo el método de anticoncepción quirúrgica, con efectos permanentes⁴².

³⁸ Sobre el particular, corresponde tener de referencia la lista del numeral 2 del artículo 1 de la referida Convención, según la cual son motivos prohibidos de discriminación los siguientes: “nacionalidad, edad, sexo, orientación sexual, identidad y expresión de género, idioma, religión, identidad cultural, opiniones políticas o de cualquier otra naturaleza, origen social, posición socioeconómica, nivel de educación, condición migratoria, de refugiado, repatriado, apátrida o desplazado interno, discapacidad, característica genética, condición de salud mental o física, incluyendo infectocontagiosa, psíquica incapacitante o cualquier otra”. Al respecto, cabe añadir la discriminación racial, conforme el artículo 1.1 de la Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial.

³⁹ Enfoque detallado en el numeral 5.12.2 de la Norma Técnica, donde destaca la siguiente precisión: “El **enfoque de género** en los servicios de salud sexual y reproductiva contribuye a disminuir la morbilidad y mortalidad producto de la inequidad, y a mejorar la calidad de vida y la armonía entre hombres y mujeres, y dentro de las familias. Asimismo, permite comprender cómo los aspectos socioculturales, institucionales y normativos se traducen en diferencias en la distribución del poder y en la toma de decisiones en asuntos de la sexualidad y la reproducción” (el resaltado es mío).

⁴⁰ Al respecto, la Norma Técnica señala: “5.12.3. **Interculturalidad**: La atención en los servicios de salud sexual y reproductiva considera y promueve el reconocimiento y respeto de la existencia de diversidades socio culturales, lo que implica el conocimiento, comprensión, interés y acción del personal de la salud para conciliar sus conocimientos actitudes y competencias con las características culturales, étnicas, lingüísticas, nivel educativo, religiosas, socioeconómicas, edad, identidad y orientación sexual y género de la población a la que atiende, introduciendo adaptaciones en la atención (...)” (el resaltado es mío).

⁴¹ En consonancia con el principio de igualdad y no discriminación, así como la dimensión de accesibilidad, el presente enfoque señala: “5.12.5. **Inclusión Social en Salud**: La atención en los servicios de salud sexual y reproductiva debe garantizar el acceso de determinados individuos y grupos de la sociedad a las oportunidades, bienes y servicios de salud que otros miembros de la sociedad disfrutan. Es el respeto a la diversidad, y el reconocimiento de un tercero vulnerable, con necesidades específicas que deben ser atendidas para que pueda estar en condiciones de igualdad y disfrutar de sus derechos fundamentales. En este marco la atención en planificación familiar responde a un contrato social establecido en la Constitución Política del Perú, por tanto, **el Estado debe proteger y garantizar la atención en planificación familiar con la misma cantidad, calidad y oportunidad sin discriminación** por razones de raza, sexo, etapa de vida, estrato social, discapacidad, etnia, religión y cultura, priorizando a las mujeres y hombres en situación de marginación, vulnerabilidad y riesgo” (el resaltado es mío).

⁴² Sobre el particular, se considera a los adolescentes dentro del grupo de condiciones que contraindican la aplicación de la anticoncepción quirúrgica femenina y masculina voluntaria (bajo el motivo de “consideraciones psicosociales”). De acuerdo a ello, no serían capaces de optar por un método anticonceptivo permanente por su “condición psicológica”. Ello llama la atención porque se los coloca en el mismo grupo que las mujeres que optan por dicha opción bajo presión de terceros (ej. cónyuge u otro tercero) o el caso de mujeres en estado de depresión severa o enfermedades psiquiátricas que le impidan tomar decisiones por sí mismas. Si bien ello abre un punto de discusión que excede a los propósitos del

- b) Cabe señalar que los servicios diferenciados, como en el caso del horario especial, corresponde a un criterio objetivo basado en la realidad, el cual resulta razonable para garantizar el acceso de los adolescentes a servicios en salud sexual y reproductiva. En esa línea, por ejemplo, no resulta injustificado, desproporcional o discriminatorio que se atiendan a las y los adolescentes en horarios distintos que no interfieran con su horario escolar. De ese modo, no sería necesario que falten a clases para poder acudir a un establecimiento de salud, lo cual los libera de obstáculos para ser atendidos.
- c) La Norma Técnica no solo incluye de manera enunciativa el enfoque de “equidad de género” (numeral 5.12.2), sino que este se ve reflejado en las definiciones que usa, así como en sus disposiciones generales y específicas. Por ejemplo, de las definiciones de método anticonceptivo y planificación familiar, se evidencia que no hay una carga de estereotipo de género. Así, la Norma Técnica reconoce que tanto hombres como mujeres pueden usar métodos anticonceptivos para evitar embarazos, que el uso de los mismos es responsabilidad de ambos y que la planificación familiar no es tarea exclusiva de la mujer.
- d) Dentro de sus definiciones incluye a las “personas iletradas”, como aquellas que no han tenido instrucción alguna. Ello demuestra la inclusión de distintas variables de opresión, sin limitarse exclusivamente al sector adolescente o a la variable de género. Además, en principio, toma en cuenta el grado de instrucción para que ello no suponga un obstáculo y así se pueda garantizar el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva de toda persona, independientemente de su grado de instrucción.
- e) Por otro lado, el numeral 5.10 señala que “el MINSA y las Direcciones Regionales de Salud o quien haga sus veces, son responsables de la capacitación del personal en los establecimientos de salud sobre los derechos de las/os usuarias/os en los servicios de planificación familiar”. Asimismo, conforme al enfoque de interculturalidad, “la sensibilización y capacitación del personal que brinda la atención en los servicios de salud sexual y reproductiva en relación a conocimientos, comprende:
- Conocimientos actitudes y prácticas de las/os usuarias/os.
 - Adecuación cultural de los servicios.
 - Trabajo con agentes comunitarios de salud, trabajo de pares.
 - Visitas domiciliarias”.

presente artículo, cabe considerar para dicho debate el principio de evolución progresiva de las capacidades de cara a decisiones tan importantes que supongan efectos permanentes.

Sobre el particular debo señalar que, si bien se tiene un enfoque intercultural, no se precisa si es que dicha capacitación implicará también una atención accesible para personas con discapacidad (ej. auditiva, visual, etc.) o personas quechua hablantes (o cualquier otra lengua distinta al español). Al respecto, considero que no bastaría que el personal esté capacitado en términos médicos o científicos, sino que también esté capacitado para atender a todo público que requiera métodos anticonceptivos o atención en materia de salud sexual y reproductiva, independientemente de su edad, género, idioma/lengua, discapacidad, etc. Asimismo, sin perjuicio de que se regule la posibilidad de contar con un intérprete, resulta fundamental –y sería lo ideal– que el personal esté capacitado para atender a toda persona, más aún si hay zonas en nuestro país donde mayoritariamente se habla una lengua distinta al español. De igual modo, el personal deberá encontrarse capacitado para atender a adolescentes, mujeres, personas con discapacidad, entre otros casos sobre los que recaigan una o más variables de vulnerabilidad u opresión.

- f) Posee una cláusula expresa de no discriminación bajo el nombre de “Condición inclusiva de la atención” (numeral 5.8). De acuerdo a esta, “en los servicios integrales de planificación familiar está prohibido todo trato discriminatorio por razón de sexo, edad, raza, estado civil, credo, grado de instrucción, orientación sexual, condición económica o cultural de cualquier índole”. Esta se complementa con la cláusula de obligatoriedad, según la cual todo el personal de los establecimientos de salud públicos del país “está obligado a cumplir con las disposiciones de la presente Norma Técnica de salud, sin objeción de conciencia”.

Al respecto, si bien la Norma Técnica señala expresamente una cláusula de no discriminación e incluye disposiciones correspondientes a enfoques de género, interculturalidad, edad, entre otros, considero que el reto se encuentra en la práctica. Así, aunque todas las disposiciones anteriores son de obligatorio cumplimiento para todo el personal, para que ello se materialice es fundamental que el personal sea adecuadamente capacitado para garantizar una atención verdaderamente inclusiva, conforme lo expuesto en el literal anterior.

- g) Sin perjuicio de lo anterior, considero que podría haber un mayor desarrollo del enfoque de discapacidad. Si bien es incluido dentro del enfoque de inclusión social, considero que la Norma Técnica podría brindar mayor detalle de una atención idónea para personas con discapacidad. Ello, en atención a que se garantice el cumplimiento de las dimensiones de accesibilidad y no discriminación.

- h) Por otro lado, los enfoques y principios referidos previamente se evidencian también en las disposiciones relativas al derecho de los usuarios a recibir una atención con respeto y dignidad. Por ejemplo, señala que tienen derecho a “que se respeten sus creencias, valores, conocimientos, actitudes y prácticas de su cultura” (responde al enfoque de interculturalidad) y a “no ser discriminado por ninguna causa, y menos para acceder a la atención de planificación familiar” (principio de igualdad).
- i) Finalmente, conforme señalé previamente, dentro de los derechos de los usuarios, la Norma Técnica reconoce el derecho a contar con un intérprete (como ajuste razonable) para garantizar su atención. De acuerdo a ello, en los casos donde la o el usuario no hable, ni entienda el idioma español, y el personal responsable de su atención no maneje su idioma, el establecimiento de salud deberá brindar a una o un intérprete para garantizar el derecho de información y comunicación⁴³.

Ello evidencia nuevamente una manifestación del enfoque intercultural en base al idioma, de inclusión social, así como del principio de igualdad y no discriminación. Ahora bien, sin perjuicio de que lo ideal es que el personal esté capacitado para atender a personas en su idioma (más aún si se trata de localidades donde la lengua que prime no es el español), es plausible este primer paso de tener como ajuste razonable el contar con un intérprete para garantizar el acceso a personas que no hablen español. Incluso, de la redacción de dicho punto, cabría la extensión del referido ajuste también para personas mudas o sordomudas, donde el intérprete debería ser de lengua de señas.

Esto último permite dar paso al siguiente principio, toda vez que el ajuste razonable correspondiente al intérprete y la capacitación para la atención inclusiva permitirán garantizar también el acceso a la información, elemento que analizaré a continuación.

⁴³ Al respecto, la Norma Técnica señala en el numeral 5.10.1, entre otros, los siguientes derechos:

“Derecho a la información: los usuaria/os en los servicios de planificación familiar tienen derecho a: Obtener de la persona responsable de su atención, la información completa, actualizada, comprensible y oportuna del diagnóstico, tratamiento o procedimiento antes de ser realizado. Dicha información será comunicada a la/el usuaria/o claramente, de preferencia en su idioma, debiendo verificarse que el mensaje ha sido comprendido. **Sin embargo, si la/el usuaria/o no habla, ni entiende el idioma español, y el persona responsable de su atención no maneja su idioma, entonces el establecimiento de salud debe brindar a una/un intérprete”** (el resaltado es mío).

“Derecho a la Comunicación. - Las/os usuaria/os en los servicios de planificación familiar tienen derecho a: Poder comunicarse de manera verbal o escrita con personas de su elección durante su atención, y especialmente a que acceda a recibir visitas si es atendida en hospitalización de los establecimientos de salud. Si la/el usuaria/o no habla, ni entiende el idioma español, y el personal responsable de su atención no maneja su idioma, entonces **el establecimiento de salud debe brindar a una/un intérprete”** (el resaltado es mío).

2.2.2 Acceso a la información:

El principio de acceso a la información cobra especial importancia toda vez que –como expuse previamente– también es parte del derecho a la salud sexual y reproductiva. Sobre el particular, este derecho y principio del EBDH ha sido reconocido explícitamente en la Norma Técnica. Así, conforme al numeral 5.10.1, los usuarios de los servicios de planificación familiar tienen derecho a la información (y comunicación), extremo donde se incluyó la regulación correspondiente al intérprete, referida previamente. Asimismo, es loable que la Norma Técnica dedicó un acápite completo a la regulación de la “Difusión y comunicación en salud sexual y reproductiva” (numeral 6.1.1), cuyas cláusulas están orientadas a garantizar el acceso a la información a la población como parte del derecho a la salud sexual y reproductiva. Al respecto, debo precisar que, si bien el acceso a la información es considerado como derecho de todo usuario, considero que la Norma Técnica debe ser abordada teniendo presente también el principio de evolución progresiva de las capacidades, a efectos de no obstaculizar el acceso a información a la población adolescente.

En esa misma línea, también debería reconocerse y respetarse la capacidad de los adolescentes para garantizar su derecho a la privacidad e intimidad. A efectos de analizar si la Norma Técnica garantiza la privacidad e intimidad de este sector, corresponde remitirnos al numeral 5.10.1, según el cual es derecho de las y los usuarios:

- Que toda consulta o mención de su caso sea realizada discretamente y que no haya personas presentes que no estén directamente involucradas en su atención, sin su consentimiento.
- Que no se ofrezca información a terceras personas, ni familiares sobre los motivos de atención, diagnósticos ni tratamiento, si no es autorizado por la/el usuaria/o, excepto en los casos que la ley lo señale.
- Tomar decisiones relacionadas con su atención de salud.
- No ser sometido/a a presión o coerción alguna para elegir un método anticonceptivo.
- Estar informada/o del propósito del establecimiento de realizar algún proyecto de investigación.

Sobre el particular, conforme lo desarrollado en el primer capítulo, debe recordarse que los adolescentes mayores de 14 años son capaces de autodeterminarse y consentir válidamente en el ámbito sexual y reproductivo de su vida, en tanto son titulares del derecho a la libertad sexual. Como vimos, ello coincide con lo dispuesto en el artículo 46 del Código Civil, el cual admite que puedan tener hijos, respecto de los cuales tendrían la capacidad de ejercer una serie de actos como registrarlos, demandar alimentos, tenencia, etc. Bajo esa lógica, con mayor razón podrían consentir prácticas en el ámbito sexual de su vida y tomar decisiones en materia de salud sexual y reproductiva como parte también de su derecho a la intimidad y privacidad, como las descritas en el párrafo anterior.

Sin embargo, el artículo 45-A del propio Código Civil podría significar un obstáculo para lo anterior, toda vez que señala que las personas con capacidad restringida según el artículo 44 (entre ellos los adolescentes entre 16 y 18) “contarán con un representante legal”. En base a este y en desconocimiento del principio de desarrollo progresivo de las capacidades, podría considerarse que los adolescentes requerirían de un representante para autorizar las atenciones en materia de salud sexual y reproductiva, restándoles autonomía para decidir por sí solos quienes pueden estar presentes o conocer sobre su atención, así como para optar por un determinado método anticonceptivo. Dicha interpretación impediría que puedan gozar efectivamente de su privacidad pues, bajo ese supuesto, la ley requeriría la participación de un representante y podría suponer un obstáculo para que el adolescente sea finalmente quien decida si informar o no a terceras personas (ej. sus padres, cuidadores, etc.).

Asimismo, cabe tener presente que contar con la presencia de un representante (sean sus padres, tutores o cuidadores), podría desmotivar el acceso a información o atención en materia de salud sexual y reproductiva. En atención a ello, resulta pertinente que la Norma Técnica precise y señale expresamente que, en el caso específico de adolescentes, no es necesaria la autorización de ningún representante, sus padres, tutores o cuidadores, ni se requiere la presencia de alguno de ellos para poder ser atendidos en un establecimiento de salud. Ello a efectos de que puedan acceder a información y atención en salud sexual y reproductiva, sin obstáculos.

En virtud de lo anterior, cabe tener presente lo desarrollado por el Comité de los Derechos del Niño en las Observaciones Generales N° 15⁴⁴ y 20⁴⁵, según las cuales –como parte del derecho a la salud sexual y reproductiva– los adolescentes tienen el derecho a tener asesoría y atención en confidencialidad, sin necesidad del consentimiento de sus padres o tutores. En atención a ello, considero que es fundamental instruir al personal en materia de derechos del niño y adolescente. Así, deberían ser conscientes del principio de evolución progresiva de sus capacidades, así como lo desarrollado por el Comité de los Derechos del Niño en cuanto a la confidencialidad, para que resulte completamente admisible para el personal que un adolescente de 14 años pueda atenderse sin la necesidad de contar con la presencia o autorización de sus padres o cuidadores. Solo así se garantizaría que lo consideren como un auténtico usuario de los servicios de planificación familiar y se respete su derecho a la privacidad. Asimismo, bajo un enfoque de derechos humanos, ello implicaría que en la realidad las y los adolescentes sean reconocidos como titulares del derecho a la salud sexual y reproductiva, correspondiendo al aparato Estatal tratarlos como tales y cumplir con las obligaciones que de ello se desprenda.

Por último, en cuanto al detalle que brinda la Norma Técnica sobre los métodos anticonceptivos, en qué consiste cada uno, su eficacia, contraindicaciones, características, tasa de falla, si es que tiene o no efectos colaterales, forma de uso y el seguimiento que amerita, considero que evidencia un buen estándar de información, adecuada y de calidad para los usuarios⁴⁶. Al respecto, cabría recomendar que dicha información no debería limitarse a estar incluida solo de manera enunciativa en la Norma Técnica, sino que, en garantía plena del derecho de acceso a la información, sea puesta en conocimiento de manera comprensible y amigable para todos los usuarios que acudan por atención y/o información sobre el uso de los referidos métodos anticonceptivos. Ello debería ser parte de las medidas de difusión y comunicación en materia de salud sexual y reproductiva que

⁴⁴ “31. De conformidad con la evolución de sus capacidades, los niños deben tener acceso a terapia y asesoramiento confidenciales, sin necesidad del consentimiento de sus padres o su custodia legal cuando los profesionales que examinen el caso determinen que ello redunde en el interés superior del niño” [el resaltado es mío] (CDN, 2013).

⁴⁵ “También debe considerarse la posibilidad de que se presuma la capacidad jurídica del adolescente para solicitar servicios y productos urgentes o preventivos de salud sexual y reproductiva, y para tener acceso a ellos. El Comité subraya que, si lo desean, todos los adolescentes tienen derecho con independencia de su edad a acceder de forma confidencial a orientación y asesoramiento médicos sin el consentimiento de un progenitor o tutor legal. Este derecho es distinto del derecho a otorgar consentimiento médico y no se debe someter a ninguna limitación de edad” [el resaltado es mío] (CDN, 2016: párrafo 39). En esa misma línea, el Comité señala que “el acceso a los productos básicos, a la información y al asesoramiento sobre la salud y los derechos sexuales y reproductivos no debería verse obstaculizado por, entre otros factores, el requisito de consentimiento o la autorización de terceros” (CDN, 2016: párrafo 60).

⁴⁶ Dicha información se encuentra detallada a partir de la página 44 de la Norma Técnica.

incluye la Norma Técnica y, además, podría ser extensible a la educación sexual, no solo a la brindada en los establecimientos de salud (conforme señala la Norma analizada), sino también a la brindada a las y los adolescentes en las instituciones educativas.

2.2.3 Acceso a la justicia:

Este principio implica la existencia de mecanismos de reclamo –y no propiamente en vía judicial– que permitan cuestionar la intervención, decisión o política pública. En esa línea, supone la existencia de órganos de vigilancia autónomos, conformados por expertos independientes, que verifiquen el cumplimiento de las políticas y puedan realizar recomendaciones sobre el mejoramiento de las mismas y del acceso a servicios (Bregaglio y otros, 2014: 24; Constantino, 2015:9). En atención a este, cabe señalar que la Norma Técnica regula expresamente la capacidad de reclamar e incluso reconoce el derecho de los usuarios a ser resarcidos. En ese sentido, el numeral 5.10.1 señala que los usuarios tienen derecho a:

- Expresar su disconformidad por el trato que haya recibido en el establecimiento de salud, y que considere inadecuado, o que no haya recibido cuando le correspondía; así como a recibir las explicaciones y las medidas correctivas que correspondan ante lo que motivó su insatisfacción.
- A recibir el resarcimiento correspondiente, de ser el caso, de acuerdo al resultado del proceso legal por los daños que se le pueda ocasionar por el ejercicio imprudente, negligente o imperito del personal de la salud.

Sobre el particular, si bien es loable que cuente con una cláusula expresa de acceso a la justicia que reconoce la posibilidad y el derecho de reclamo directo e incluso el resarcimiento, considero que resultaría necesario tener mayor desarrollo y detalle de dicho mecanismo y que los usuarios sean informados efectivamente de sus derechos. Por tanto, no solo debería encontrarse enunciada esa posibilidad, sino que los usuarios deben ser informados oportunamente sobre el mecanismo de reclamo y resarcimiento, y sus respectivos procedimientos. Por ejemplo, debería señalarse expresamente ante qué entidad o autoridad se debe realizar el reclamo directamente, qué trámite seguirá el mismo, quién lo evaluará o resolverá, cuál será el tiempo estimado de respuesta, etc. Como se puede ver, a diferencia de los principios anteriores, la Norma Técnica no brinda mayor desarrollo al respecto.

2.2.4 Participación e inclusión:

Por otro lado, de acuerdo a este último principio, “se requiere la plena participación de las personas beneficiarias desde el diseño mismo de la intervención, y durante las fases de ejecución, supervisión y monitoreo” (Bregaglio y otros, 2014: 23; Constantino, 2015:9). Al respecto, si bien no se evidencian detalles sobre la participación en el diseño de la Norma Técnica, considero que sí se puede apreciar un esbozo en la etapa de monitoreo.

En esa línea, cabe remitirnos al Anexo N° 14 denominado “Encuesta de satisfacción de la/el usuaria/o en la atención de planificación familiar”. Al respecto, se recomienda su realización cada 6 meses, de modo que se puedan valorar los avances en el mejoramiento de la calidad de cada establecimiento de salud. Asimismo, cabe tener en cuenta el apartado exclusivo sobre “Monitoreo y evaluación de indicadores” (numeral 7.3.4), cuyas disposiciones se orientan a medir la eficacia de la Norma Técnica.

Sobre el particular, se señala que para la realización del monitoreo y evaluación de los avances de las actividades de planificación familiar se tendrán en cuenta, entre otros indicadores, el “Porcentaje de usuarias/os que acuden a los servicios de planificación familiar y que están satisfechas con la atención recibida (Anexo 14)”. Es decir, la encuesta que es realizada a los usuarios de los establecimientos de salud, es considerada como mecanismo de monitoreo. Por tanto, en la medida que se toma en cuenta su opinión para evaluar la eficacia de la política, cabría considerar la referida encuesta y consecuente monitoreo –en el extremo que se basa o apoya en ella– como formas de participación.

Al respecto, conforme a los comentarios anteriores, corresponde que el personal tome en consideración la capacidad de los adolescentes mayores de 14 –en virtud del principio de evolución progresiva– para que puedan participar de la referida encuesta y su opinión sea considerada para la evaluación de la Norma Técnica. De esa forma, podrán manifestar su aprobación o desaprobación respecto de las disposiciones de la referida política, el grado de satisfacción de la atención o información que reciben y, en contraste con otros indicadores no considerados en la Norma Técnica (como el porcentaje de adolescentes embarazadas, adolescentes con VIH/SIDA, tasa de mortalidad materna, entre otros), se podrá evidenciar qué necesidades están siendo satisfechas y cuáles no. Así, por ejemplo, si las encuestas denotan una mala atención recibida por las adolescentes o ellas refieren

que se les negó algún tipo de atención o aplicación de método anticonceptivo y, por otro lado, se identifica que en la zona geográfica donde se ubica el establecimiento de salud al que acudieron, aumentó la tasa de embarazo adolescente, podrá identificarse más fácilmente el problema. Asimismo, en base a lo que refieran las y los adolescentes, podrán tomarse medidas adicionales y plantear soluciones, como las referidas capacitaciones orientadas a que el personal conozca y respete el principio de evolución progresiva de sus capacidades y no interfiera en la garantía de sus derechos.

En ese sentido, cabe recordar que conforme señala el Comité de los Derechos del Niño, el Estado peruano, en colaboración con las y los adolescentes, debería “examinar de manera amplia y con la intervención de múltiples actores la índole y el alcance de los problemas sanitarios que padecen los adolescentes y los obstáculos a los que se enfrentan para acceder a los servicios, y las conclusiones de esos exámenes deberían servir como base para la elaboración en el futuro de políticas y programas sanitarios integrales y de estrategias de salud pública” (2016: par. 57). En esa línea, estimo necesario que el Estado organice y realice investigaciones y consultas participativas periódicas adaptadas a la edad y madurez del niño o adolescente, “a fin de conocer las dificultades que encuentran en el ámbito de la salud, sus necesidades en materia de desarrollo y sus expectativas con miras a la elaboración de intervenciones y programas eficaces sobre salud” (CDN, 2013: par. 19). Todo ello en virtud del principio de participación e inclusión, así como para la adecuada garantía de los demás derechos de las y los adolescentes.

2.3 Postura crítica: existen tareas pendientes

De lo expuesto, queda claro que el Estado peruano no ha sido pasivo frente al derecho a la salud sexual y reproductiva de las y los adolescentes. Así, podemos ver que luego de la desastrosa decisión que significó la emisión de la Ley N° 28704, la situación de graves vulneraciones de derechos se pudo revertir con la sentencia de inconstitucionalidad correspondiente al expediente N° 08-2012-PI/TC, así como con la formulación de políticas públicas y emisión de normas posteriores, como la Norma Técnica de Salud de Planificación Familiar.

Sin embargo, también se pudo evidenciar que no basta la norma escrita, así sea destacable que aborde diversos enfoques y principios, como los expuestos en el presente artículo. Es

así que ello significa aún un primer paso, que requiere de voluntad política y otras decisiones o medidas que permitan complementar o subsanar las deficiencias que se vayan identificando tanto en la Norma Técnica como en otras políticas o normas que se adopten en materia de salud sexual y reproductiva de los adolescentes. Por lo tanto, queda pendiente que el Estado tome medidas adicionales que permitan garantizar la materialización o concreción de lo dispuesto en la Norma Técnica, así como en los principios y enfoques abordados en los acápite anteriores.

Por ejemplo, resultará fundamental que el personal médico sea capacitado efectivamente en materia de derechos del niño, niña y adolescente⁴⁷, de modo que interioricen el respeto de sus capacidades y decisiones, así como el abanico de derechos que se desprenden de ello. Solo así podría materializarse la atención diferenciada, su derecho a la participación, acceso a la información, privacidad, intimidad y, en general, su derecho a la salud sexual y reproductiva. Pues no sirve de mucho tener un amplio reconocimiento de derechos, principios y enfoques si en el momento de acudir por información o atención el personal médico desconoce los mismos y se niega a atenderlos o, en su defecto, brinda una atención deficiente.

Además, conforme lo expuesto, resulta también indispensable que lo dispuesto en la Norma Técnica y demás normas o políticas que adopte el Estado, sean también obligatorias para el sector privado. Como vimos, el servicio de salud también es brindado por instituciones privadas, por lo que correspondería que el Estado peruano no se limite a regular y fiscalizar exclusivamente a los centros de salud públicos. Asimismo, debemos recordar que, independientemente de que sea un actor público o privado quien vulnere directamente los derechos de la población adolescente, dicha vulneración traerá como consecuencia la responsabilidad internacional de nuestro Estado. Por lo tanto, en atención a la obligación de garantía, el Estado debe preocuparse porque tanto los establecimientos públicos como privados, se orienten a garantizar efectivamente el derecho a la salud sexual y reproductiva de las y los adolescentes peruanos.

⁴⁷ Sin perjuicio de otras variables cruciales como el idioma en zonas donde la población no hable español. Ello es importante porque la barrera de idioma puede sumarse a otras variables de vulnerabilidad. Así, de la revisión de las ENDES y del diagnóstico realizado en el Plan Multisectorial para la prevención del embarazo adolescente (2013-2021), puede verse que la tasa de embarazo adolescente es mayor en provincia y particularmente alta en la selva (2013: 9). Ello puede denotar no solo la desigualdad en el acceso a información y servicios en salud sexual y reproductiva en base a la edad, sino también en base a la localidad donde residen, el lenguaje y el estrato socioeconómico donde se ubican. Por lo tanto, corresponde que el Estado aborde dichas variables al analizar el problema del embarazo adolescente y adopte medidas pertinentes para mitigar su aumento en los próximos años.

Por otro lado, considero que es esencial que el Estado refuerce las medidas en materia de acceso a la información y educación sexual. En esa línea, resulta imprescindible que las y los adolescentes sean conscientes de sus derechos, para que se encuentren en condiciones de exigirlos ante el Estado y, particularmente, frente al personal médico que deba atenderlos. En ese contexto, es necesario que el Estado peruano asuma un rol activo y brinde mayor información y educación a la población adolescente en materia de salud sexual y reproductiva, de modo que puedan ejercer de modo seguro su libertad sexual.

Al respecto, los programas educativos deberían incluir educación sobre salud sexual y reproductiva, de manera adecuada a la edad de sus destinatarios, amplia, incluyente, basada en evidencias científicas y en normas de derechos humanos. Además, conforme el principio de participación y el principio de evolución progresiva de las capacidades, ameritaría que sea también diseñada con colaboración de la población adolescente. Al respecto, el Comité DESC añade que dicha educación debe dirigirse también a todos los adolescentes (incluyendo los no escolarizados) y que debe prestar especial atención a la “igualdad de género, la diversidad sexual, los derechos en materia de salud sexual y reproductiva, la paternidad y el comportamiento sexual responsables, así como a la prevención de la violencia, los embarazos precoces y las enfermedades de transmisión sexual. La información debería estar disponible en formatos alternativos para garantizar la accesibilidad a todos los adolescentes, especialmente a los que presentan discapacidad” (CDN, 2016: par.61). En ese sentido, considero que la información contenida en la Norma Técnica, así como sus fortalezas y aspectos positivos, deberían ser extensibles a la educación sexual que se brinde en las instituciones educativas a nivel nacional, sin limitarse a ser brindada exclusivamente en los establecimientos de salud públicos.

Conforme a lo anterior, la educación sexual a nivel nacional se convertiría realmente en una eficiente herramienta para prevenir los embarazos adolescentes no deseados (y la consecuente deserción escolar), infecciones y enfermedades de transmisión sexual, así como para una adecuada garantía del derecho a la salud sexual y reproductiva. Sin perjuicio de ello, debo señalar que estas son solo algunas acciones pendientes de realizar.

Por lo tanto, corresponde al Estado peruano aprovechar los avances y aciertos como los expuestos respecto de la Norma Técnica, así como mantener una línea progresiva respecto

de la garantía de los derechos de los adolescentes. En ese sentido, deberá mantener un rol activo y adoptar mayores medidas –legislativas y políticas– que respondan y sean compatibles con los principios, derechos, dimensiones y enfoques abordados, para así cumplir con su obligación de garantizar efectiva y adecuadamente la salud sexual y reproductiva de la población adolescente de nuestro país.

Conclusiones:

1. Las y los adolescentes son titulares del derecho a la libertad sexual y salud sexual y reproductiva, lo cual no solo demanda el reconocimiento de estos por parte del Estado, sino que adopte medidas para garantizarlos plenamente de conformidad con sus obligaciones. Asimismo, en virtud del principio de evolución o desarrollo progresivo de las capacidades del adolescente, corresponde que no sean tratados como incapaces y que su opinión, decisión y consentimiento sean considerados perfectamente válidos, especialmente en cuanto a la atención en materia de salud sexual y reproductiva.
2. La Norma Técnica de Salud de Planificación Familiar evidencia un empleo y aplicación del enfoque basado en derechos humanos –y sus principios–, además de otros enfoques como género e interculturalidad, resultando evidente por ello el manejo de diversas variables de opresión o vulnerabilidad para lograr una mejor e integral atención en materia de salud sexual y reproductiva. En esa línea, destaca la forma en la que aborda el contenido del derecho a la salud sexual y reproductiva, así como la aplicación de los enfoques para lograr su garantía.
3. Sin perjuicio del enfoque de edad y la inclusión de un apartado sobre atención integral y servicio diferenciado para adolescentes, considero que sería ideal brindar mayor desarrollo de los mismos. Así, la Norma Técnica –u otra medida que la complemente– debería pronunciarse expresamente sobre la posibilidad de que los adolescentes sean atendidos sin necesidad de contar con la presencia, consentimiento u autorización de sus padres, tutores o cuidadores, conforme el principio de desarrollo progresivo de sus capacidades, en plena garantía de su privacidad e intimidad. Ello permitiría además que no se vean impedidos o desmotivados de acudir al centro de salud en búsqueda de información o atención en materia de salud sexual y reproductiva.

4. No basta el mero reconocimiento de derechos y principios a nivel normativo, sino que las políticas establezcan los medios y mecanismos idóneos para que puedan ejercerse y realizarse a plenitud. Por ello, por ejemplo, resulta fundamental que el personal de los establecimientos de salud se encuentre capacitado y conozca el contenido de los principios y enfoques desarrollados en el presente trabajo. En ese sentido, la capacitación del personal no debe reducirse a materias estrictamente médicas o científicas, sino que debe incidirse en el conocimiento del principio de evolución de capacidades del niño, niña y adolescente. Así, el personal médico estará en condiciones de poder atender a los adolescentes y no impedirles el acceso a servicios de atención y/o información en materia de salud sexual y reproductiva.
5. Finalmente, cabe admitir que la Norma Técnica de Salud de Planificación Familiar es un primer paso en el reconocimiento y garantía de los derechos de los adolescentes, que es indubitablemente perfectible. Por ello, resulta fundamental que el Estado peruano siga adoptando medidas (legislativas y políticas) que atiendan –tanto en su diseño, formulación, implementación, seguimiento y evaluación– al contenido y dimensiones del derecho a la salud sexual y reproductiva de los adolescentes –y demás derechos vinculados, como libertad sexual, acceso a la información, igualdad y no discriminación, entre otros–, así como los diversos enfoques abordados en el presente trabajo. Solo así se logrará garantizar de manera efectiva los derechos de las y los adolescentes peruanos.

Bibliografía:

Abad Yupanqui, Samuel. (2011). *Informe sobre la inconstitucionalidad del inciso 3 del artículo 173 del Código Penal Peruano*. Lima: Promsex.

Alvites, Elena y Mayda Ramos. (2006). Derechos sociales, salud y conciliación: la situación del Perú. *Revista Ábaco - Género y Conciliación*. Año 2, número 49/50, pp. 78-87.

Bernal, Carlos. (2005). *El Derecho de los derechos*. Bogotá: Universidad Externado de Colombia. Consulta: 23 de septiembre de 2020.

<https://es.scribd.com/book/295470279/El-derecho-de-los-derechos-escritos-sobre-la-aplicacion>

Bregaglio, Renata; Carmela Chávez y Renato Constantino. (2014). *Políticas Públicas con enfoque de derechos humanos en el Perú: El Plan Nacional de Derechos Humanos y las experiencias de planes regionales en Derechos Humanos*. Lima: KAS/IDEHPUCP. Consulta: 27 de noviembre de 2020.

<https://idehpucp.pucp.edu.pe/wp-content/uploads/2014/05/Pol%C3%ADticas-p%C3%BAblicas-con-enfoque-de-derechos-humanos-en-el-Per%C3%BA.pdf>

Caro, Dino. (1999). Problemas de interpretación judicial en los delitos contra la libertad e indemnidad sexuales. *IUS ET VERITAS*, 9(19), 250-269. Consulta: 15 de septiembre de 2020.

<http://revistas.pucp.edu.pe/index.php/iusetveritas/article/view/15871>

Castro, Alberto. (2019). *Principles of Good Governance and the Ombudsman. A comparative study on the normative functions of the institution in a modern constitutional state with a focus on Peru*. Cambridge: Intersentia.

Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. (2016). *Observación general N° 22, relativa al derecho a la salud sexual y reproductiva (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales)*. Ginebra: CESCR. Consulta: 27 de noviembre de 2020.

https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=E%2fC.12%2fGC%2f22&Lang=es

Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. (2000). *El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud – Observación General 14*. Ginebra: CESCR. Consulta: 10 de septiembre de 2020.

<https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2001/1451.pdf?file=fileadmin/Documentos/BDL/2001/1451>

Comité de los Derechos del Niño. (2016). *Observación General N° 20: sobre la efectividad de los derechos del niño durante la adolescencia*. (CRC/C/GC/20). Ginebra: CDN. Consulta: 28 de noviembre de 2020.

https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CRC/C/GC/20&Lang=en

Comité de los Derechos del Niño. (2013a). *Observación General N° 15: sobre el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 24)*. (CRC/C/GC/15). Ginebra: CDN. Consulta: 28 de noviembre de 2020.
<https://www.refworld.org/es/publisher,CRC,GENERAL,,51ef9e5b4,0.html>

Comité de los Derechos del Niño. (2013b). *Observación General N° 14: sobre el derecho del niño a que su interés superior sea una consideración primordial (artículo 3, párrafo 1)*. (CRC/C/GC/14). Ginebra: CDN. Consulta: 27 de noviembre de 2020.
<https://www.refworld.org/es/docid/51ef9aa14.html>

Comité de los Derechos del Niño. (2006). *Observaciones finales del Comité de los Derechos del Niño - Perú*. (CRC/C/PER/CO/3), 41 período de sesiones. Ginebra: CDN. Consulta: 21 de septiembre de 2020.
<https://www.mimp.gob.pe/webs/mimp/pnaia/pdf/recomendaciones-CDN-2006.pdf>

Comité de los Derechos del Niño. (2003a). *Observación General N° 4. La salud y el desarrollo de los adolescentes en el contexto de la Convención sobre los Derechos del Niño*. (CRC/GC/2003/4). Ginebra: CDN. Consulta: 21 de septiembre de 2020.
<https://www.refworld.org/cgi-bin/texis/vtx/rwmain/opendocpdf.pdf?reldoc=y&docid=50045c4e2>

Comité de los Derechos del Niño. (2003b). *Observación General N° 3. El VIH/SIDA y los Derechos del Niño*. (CRC/GC/2003/3). Ginebra: CDN. Consulta: 21 de septiembre de 2020.
<https://www.refworld.org/docid/4538834e15.html>

Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer. (2002). *Observaciones finales del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer: Perú*. Ginebra, 23 de agosto de 2002. Consulta: 10 de noviembre de 2020.
<https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2007/5364.pdf?view=1>

Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer. (1999). *Recomendación General N° 24 – La mujer y la salud*. Ginebra, 2 de febrero de 1999. Consulta: 10 de noviembre de 2020.
<https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2001/1280.pdf>

Constantino, Renato. (2015). *Rampas, camillas, pastillas y más: Barreras en el ejercicio del derecho a la salud de personas con discapacidad*. Lima: Paz y Esperanza. Consulta: 15 de octubre de 2020.
<http://repositoriodcpd.net:8080/handle/123456789/1013>

Defensoría del Pueblo. (2012). *Informe de Adjuntía N° 020-2012-ANA/DP: Resultado de la investigación Defensorial realizada en cumplimiento del artículo 17° de la Ley N° 26520, Ley Orgánica de la Defensoría del Pueblo, en el caso de la inconstitucionalidad del inciso 3 del artículo 173° del Código Penal, modificado por la Ley N° 28704*. Lima.

Defensoría del Pueblo. (2007). *Informe Defensorial N° 126*. Lima. Consulta: 14 de septiembre de 2020.
https://www.defensoria.gob.pe/categorias_informes/informe-defensorial/page/9/

Díez, José. (2000). “El objeto de protección del nuevo Derecho Penal Sexual”. *Revista de Derecho Penal y Criminología*, 2ª época (6), 2000, pp. 69-101. Consulta: 18 de septiembre de 2020.

<http://e-spacio.uned.es/fez/eserv/bibliuned:revistaDerechoPenalyCriminologia-2000-6-2010/Documento.pdf>

Facio, Alda. (2008). *Los derechos reproductivos son derechos humanos*. San José: IIDH. Consulta: 17 de octubre de 2020.

<https://www.corteidh.or.cr/tablas/24841.pdf>

Ferrer Mac-Gregor, Eduardo. (2012). “La obligación de ‘respetar’ y ‘garantizar’ los derechos humanos a la luz de la jurisprudencia de la Corte Interamericana”. *Estudios Constitucionales*, año 10, N° 2, pp. 141-192.

INPPARES, IPPF y UNFPA. (2013a). *Tribunal Constitucional. Fundamentos y Alcances de una sentencia que reconoce el derecho a la libertad sexual de las y los adolescentes. Documento de trabajo para operadores de justicia*. Lima: INPPARES. Consulta: 12 de septiembre de 2020.

[http://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con4_uibd.nsf/503F217AAB64A48905257C3F0060F3B3/\\$FILE/INPPARES-UNFPA-TC-Documento-Operadores-de-Justicia.pdf](http://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con4_uibd.nsf/503F217AAB64A48905257C3F0060F3B3/$FILE/INPPARES-UNFPA-TC-Documento-Operadores-de-Justicia.pdf)

INPPARES, IPPF y UNFPA. (2013b). *Tribunal Constitucional. Fundamentos y alcances de una sentencia que protege la Salud Sexual y Salud Reproductiva de los y las adolescentes. Documento de trabajo para la atención en servicios de salud*. Lima: INPPARES. Consulta: 13 de septiembre de 2020.

<http://www.spaj.org.pe/wp-content/uploads/2016/05/INPPARES-UNFPA-TC-Documento-Servicios-de-Salud27agosto.pdf>

Lansdown, Gerison. (2005). *La evolución de las facultades del niño*. Siena: Centro de Investigaciones Innocenti de UNICEF. Consulta: 13 de septiembre de 2020.

<https://www.unicef-irc.org/publications/pdf/EVOLVING-E.pdf>

MINSA-UNFPA. (2009). *Balance político normativo sobre el acceso de las y los adolescentes a los servicios de salud sexual, salud reproductiva y prevención del VIH-Sida*. Lima: Instituto de Educación y Salud. Consulta: 25 de septiembre de 2020.

<https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/417128/-251375766309228383720191106-32001-yyu158.pdf>

Muñoz, Francisco y Mercedes García. (2010). *Derecho Penal Parte General 8ª edición, revisada y puesta al día*. Octava edición. Valencia: Tirant lo Blanch.

Nagle, Jennifer y Susana Chávez. (2007). *De la protección a la amenaza: Consecuencias de una ley que ignora los derechos sexuales y derechos reproductivos de las y los adolescentes. El caso de la modificatoria del Código Penal, Ley N° 28704*. Lima: Centro de Promoción y Defensa de los Derechos Sexuales y Reproductivos – PROMSEX. Consulta: 12 de septiembre 2020.

<https://promsex.org/publicaciones/de-la-proteccion-a-la-amenaza-consecuencias-de-una-ley-que-ignora-los-derechos-sexuales-y-derechos-reproductivos-de-las-y-los-adolescentes-el-caso-de-la-modificatoria-del-codigo-penal-ley-n-28704/>

Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos. (2006). *Preguntas frecuentes sobre el enfoque de derechos humanos en la cooperación para el desarrollo*. Nueva York y Ginebra: UN. Consulta: 21 de noviembre de 2020.
<https://www.ohchr.org/Documents/Publications/FAQsp.pdf>

Organización Mundial de la Salud. (2009). *Documentos Básicos*. Edición 47. Ginebra: OMS. Consulta: 10 de octubre de 2020.
<http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/SP/basic-documents-47-sp.pdf>

Prado Saldarriaga, Víctor. (2017). *Derecho Penal. Parte Especial: Los delitos*. Lima: Fondo Editorial PUCP.

Promsex, UNFPA y Movimiento Manuela Ramos. (2010). *Situación, barreras legales y alternativas frente a la penalización de las relaciones sexuales consentidas entre y con adolescentes de 14 a 18 años de edad*. Lima: AECID. Consulta: 10 de octubre de 2020.
<https://issuu.com/promsex/docs/minsa-barreras-legales>

Rosas, Hazel. (2017). *La capacidad de agencia de las organizaciones juveniles en el uso de mecanismos de accountability. El caso: "la despenalización de las relaciones sexuales consentidas con adolescentes (Perú - 2008-2013)"*. Tesis de maestría en Ciencias Políticas con mención en Gestión Pública. Lima: PUCP. Consulta: 28 de septiembre de 2020.
<http://hdl.handle.net/20.500.12404/9941>

San Martín Castro, César. (2007). "Delitos sexuales en agravio de menores (aspectos materiales y procesales)". *Derecho PUCP*, (60), pp. 207-252. Consulta: 12 de septiembre de 2020.
<http://revistas.pucp.edu.pe/index.php/derechopucp/article/view/2933>

UNFPA. (2014). *Programa de Acción Aprobado en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo. El Cairo, 5 a 13 de septiembre de 1994. Edición 20 Aniversario*. El Cairo: Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). Consulta: 21 de septiembre de 2020.

UN Women. (2014). *Declaración y Plataforma de Acción Beijing – Declaración Política y documentos resultados de Beijing+5*. Beijing: UN Women. Consulta: 20 de septiembre de 2020.
https://beijing20.unwomen.org/~media/headquarters/attachments/sections/csw/bpa_s_final_web.pdf

Jurisprudencia:

Corte IDH. (2012). Caso Atala Riffo y niñas vs. Chile. Sentencia del 24 de febrero de 2012. Consulta: 22 de octubre de 2020.
https://corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_239_esp.pdf

Corte IDH. (2006). Caso Ximenes Lopes vs. Brasil. Sentencia del 4 de julio de 2006. Consulta: 12 de diciembre de 2020.
https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/Seriec_149_esp.pdf

Corte IDH. (2003). Opinión Consultiva N° OC-18/03: Condición jurídica y derechos de los migrantes indocumentados. Opinión consultiva del 17 de septiembre de 2003.

Consulta: 12 de diciembre de 2020.

<https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2003/2351.pdf>

Corte IDH. (1988). Caso Velásquez Rodríguez vs. Honduras. Sentencia del 29 de julio de 1988. Consulta: 11 de septiembre de 2020.

https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_04_esp.pdf

Poder Judicial. (2008). Acuerdo Plenario N° 04-2008/CJ-116. Acuerdo Plenario del 18 de julio de 2008. Consulta: 11 de septiembre de 2020.

<https://www.pj.gob.pe/wps/wcm/connect/c40fa480499132a8848cf5cc4f0b1cf5/Acuerdo+Plenario+4-2008+.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=c40fa480499132a8848cf5cc4f0b1cf5>

Poder Judicial. (2007). Acuerdo Plenario N° 07-2007/CJ-116. Acuerdo Plenario del 16 de noviembre de 2007. Consulta: 11 de septiembre de 2020.

https://www.pj.gob.pe/wps/wcm/connect/958d4f804bbfc6ad9040d940a5645add/acuerdo_plenario_07-2007_CJ_116.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=958d4f804bbfc6ad9040d940a5645add

Tribunal Constitucional. (2012). Expediente N° 00008-2012-PI/TC. Sentencia del 12 de diciembre de 2012. Consulta: 5 de septiembre de 2020.

<https://www.tc.gob.pe/jurisprudencia/2013/00008-2012-AI.pdf>

Tribunal Constitucional. (2010). Expediente N° 00032-2010-PI/TC. Sentencia del 19 de julio de 2011. Consulta: 20 de septiembre de 2020.

<https://tc.gob.pe/jurisprudencia/2011/00032-2010-AI.pdf>

Tribunal Constitucional. (2007a). Expediente N° 00665-2007-AA/TC. Sentencia del 12 de marzo de 2007. Consulta: 10 de septiembre de 2020.

<https://tc.gob.pe/jurisprudencia/2007/00665-2007-AA.pdf>

Tribunal Constitucional (2007b). Expediente N° 1575-2007-PHC/TC. Sentencia del 25 de marzo de 2009. Consulta: 20 de septiembre de 2020.

<https://tc.gob.pe/jurisprudencia/2009/01575-2007-HC.pdf>

Tribunal Constitucional. (2007c). Expediente N° 03901-2007-PA/TC. Sentencia del 28 de septiembre de 2009. Consulta: 20 de septiembre de 2020.

<https://tc.gob.pe/jurisprudencia/2009/03901-2007-AA.pdf>

Tribunal Constitucional. (2005). Expediente N° 0019-2005-PI/TC. Sentencia del 21 de julio de 2005. Consulta: 20 de septiembre de 2020.

<https://tc.gob.pe/jurisprudencia/2005/00019-2005-AI.pdf>

Tribunal Constitucional. (2004). Expediente N° 2868-2004-AA/TC. Sentencia del 24 de noviembre del 2004. Consulta: 18 de septiembre de 2020.

<https://tc.gob.pe/jurisprudencia/2005/02868-2004-AA.pdf>

Tribunal Constitucional. (2003). Expediente N° 00018-2003-AI/TC. Sentencia del 26 de abril de 2004. Consulta: 18 de septiembre de 2020.
<https://tc.gob.pe/jurisprudencia/2004/00018-2003-AI.pdf>

Normas:

Congreso de la República. (2006). Ley N° 28704. Ley que modifica artículos del código penal relativos a los delitos contra la libertad sexual y excluye a los sentenciados de los derechos de gracia, indulto y conmutación de la pena. Lima, 5 de abril de 2006.

Congreso de la República. (2004). Proyecto de Ley N° 13390/2004-CR, presentado el 18 de julio de 2005. Consulta: 12 de septiembre de 2020.
[http://www2.congreso.gob.pe/Sicr/TraDocEstProc/CLProLey2001.nsf/PorLey/611BBE0E4BE4C53D052570420073E084/\\$FILE/13390.PDF](http://www2.congreso.gob.pe/Sicr/TraDocEstProc/CLProLey2001.nsf/PorLey/611BBE0E4BE4C53D052570420073E084/$FILE/13390.PDF)

Congreso de la República. (1997). Ley N° 26842. Ley General de Salud. Lima, 20 de julio de 1997. Consulta: 18 de septiembre de 2020.
<https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/256661-26842>

MINSA. (2017). Resolución Ministerial N° 536/2017/MINSA. Resolución que modificó la Norma Técnica de Salud de Planificación Familiar. Lima, 12 de julio de 2017. Consulta: 17 de octubre de 2020.
<https://busquedas.elperuano.pe/download/url/aprueban-modificacion-de-la-norma-tecnica-de-salud-de-planif-resolucion-ministerial-n-536-2017minsa-1542679-1>

MINSA. (2016). Resolución Ministerial N° 652-2016/MINSA. Resolución que aprobó la NTS N° 124-2016-MINSA-V01: Norma Técnica de Salud de Planificación Familiar. Lima, 2 de septiembre de 2016. Consulta: 17 de octubre de 2020.
<http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4191.pdf>