



SEMINARIO

DERECHOS SEXUALES Y
DERECHOS REPRODUCTIVOS
CON PERSPECTIVA
DE GÉNERO

SEMINARIO

DERECHOS SEXUALES Y DERECHOS REPRODUCTIVOS CON PERSPECTIVA DE GÉNERO



PRESENTACIÓN

Estas hojas informativas son parte del material de apoyo para el *Seminario Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos con perspectiva de género*, coordinado por la **Colectiva por el Derecho a Decidir**.

La Colectiva trabaja en la incidencia política por los derechos sexuales y los derechos reproductivos. No obstante, los avances que se puedan realizar en materia de legislación y reglamentación serán efectivos para las mujeres, si son acompañados por procesos de capacitación y sensibilización dirigidos a profesionales de la salud, quienes en última instancia son las personas responsables de la atención de las mujeres en los servicios de salud.

En Costa Rica, el tema de derechos en salud sexual y salud reproductiva ha estado ausente en los programas de formación profesional de las carreras del sector salud; razón por la que existe un amplio desconocimiento sobre estos temas y como consecuencia la atención se enmarca en un paternalismo que limita la autonomía de las mujeres. A la vez, se da la imposición de valores morales y religiosos del personal de salud a las mujeres en una violación de derechos humanos tales como el derecho a la información, el derecho a decidir, el derecho a los avances científicos y el derecho a la libertad de conciencia, entre muchos otros.

El Seminario tiene una duración mínima de 24 horas distribuidas en los siguientes módulos:

1. Situación de la salud sexual y la salud reproductiva en Costa Rica.
2. Secreto profesional y el derecho a la confidencialidad.
3. Marco jurídico internacional y legislación nacional relativa a derechos sexuales y derechos reproductivos.
4. Principios de la bioética.
5. Los derechos sexuales y los derechos reproductivos de las personas menores de edad.
6. Tecnología anticonceptiva moderna, incluyendo anticoncepción de emergencia.
7. Interrupción terapéutica del embarazo.

Las hojas informativas para los temas de secreto profesional e interrupción terapéutica del embarazo se encuentran contenidas en el documento "*Hojas informativas. Interrupción terapéutica del embarazo. Aportes para la reflexión*", publicado por la **Colectiva por el Derecho a Decidir**.

Esta publicación incluye las otras cinco hojas, con las cuales esperamos contribuir a un diálogo amplio, fundamentado y respetuoso sobre algunos de los principales temas del complejo mundo de los derechos sexuales y los derechos reproductivos.

Para más información sobre el Seminario puede consultar la dirección electrónica <http://seminarios.colectiva-cr.com> o escribirnos a colectiva@colectiva-cr.com

Colectiva por el Derecho a Decidir

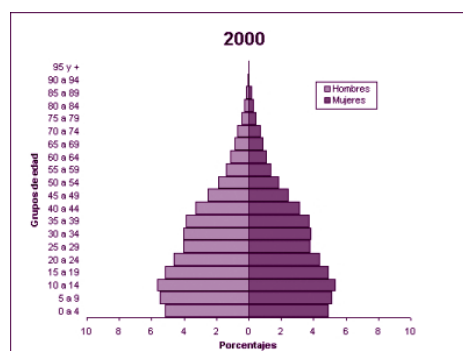
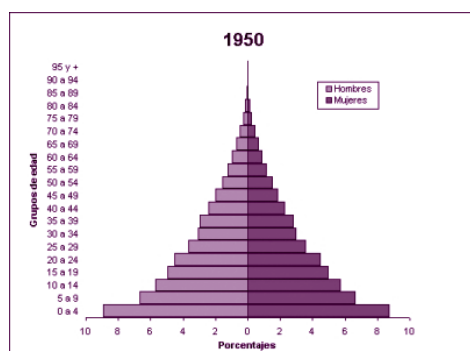
HOJA INFORMATIVA 1

SALUD SEXUAL Y SALUD REPRODUCTIVA EN COSTA RICA: ALGUNOS DATOS

La salud reproductiva “entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia. Esta última condición lleva implícito el derecho del hombre y la mujer a obtener información y de planificación de la familia de su elección, así como a otros métodos para la regulación de la fecundidad que no estén legalmente prohibidos, y acceso a métodos seguros, eficaces, asequibles y aceptables, el derecho a recibir servicios adecuados de atención de la salud que permitan los embarazos y los partos sin riesgos y den a las parejas las máximas posibilidades de tener hijos sanos.” (CIPD, párrafo 7.2)

La salud sexual tiene como objetivo “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”. (CIPD, párrafo 7.2)

Pirámide de la Población de Costa Rica¹



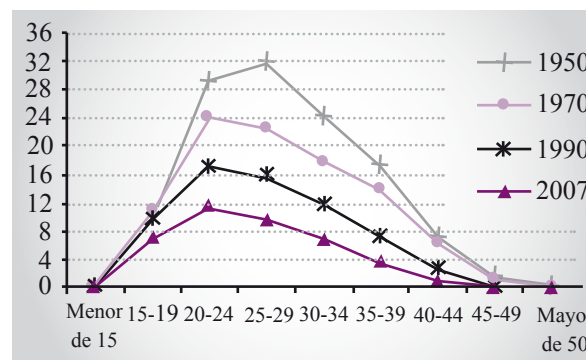
La tasa de fecundidad pasó de 6,06 hijas e hijos por mujer en 1950 a 1,9 en el año 2007. El grupo de 15 a 17 años es el que ha tenido una reducción más pequeña y por eso persiste el mito de que cada vez es mayor el número de embarazo en adolescentes.

Tasa de fecundidad²

Número de nacimientos por cada mil mujeres en edad fértil en un año.

Año	Tasa Global
2003	2,1
2004	2,0
2005	2,0
2006	1,9
2007	1,9

Tasa de fecundidad específica por grupos de edad³



1 Centro Centroamericano de Población. (s.f) *Indicadores Demográficos*. Consultado el 13 de abril de 2009, en <http://ccp.ucr.ac.cr/observa/CRindicadores/mestim.htm>

2 Instituto Nacional de Estadística y Censos. (s.f.) *Indicadores Demográficos*. Consultado el 13 de abril de 2009, en www.inec.go.cr

3 Collado, A. (2008). *Presentación Salud Sexual y Reproductiva*. Trabajo presentado en el Seminario Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos, abril, San José.

Un tema que es bastante invisibilizado es el embarazo en niñas, a pesar de que hubo al menos 3224 embarazos en niñas menores de 15 años en el periodo 2002-2006.

Nacimientos de madres adolescentes⁴

Año	Número de casos presentados	Porcentaje
2002	14,674	20,63
2003	15,241	20,90
2004	15,068	20,86
2005	14,798	20,68
2006	14,399	20,20

Nacimientos de madres menores de 15 años⁵

Año	Número de casos presentados	Porcentaje
2002	693	0,97
2003	880	1,21
2004	728	1,01
2005	454	0,63
2006	469	0,66

Los temas de salud sexual y salud reproductiva no se pueden desligar del desarrollo social y económico de los países. A pesar de los buenos indicadores que tenemos como país, se observan diferencias importantes cuando se hace el análisis por provincias. Aquellas que tienen un índice de desarrollo social más bajo tienen tasas de fecundidad y de mortalidad materna más altas.

Principales tasas demográficas según provincia. Año 2006⁶

Provincia	Índice de desarrollo social ⁷	Tasa bruta de natalidad	Tasa global de fecundidad	Tasa de mortalidad materna
Costa Rica	46,9	16,20	1,97	3,93
San José	59,6	14,75	1,69	3,48
Alajuela	54,4	16,20	1,92	3,66
Cartago	63,6	15,03	1,77	2,68
Heredia	71,4	14,80	1,69	4,77
Guanacaste	47,5	19,64	2,46	5,38
Puntarenas	45,4	20,06	2,46	6,63
Limón	33,1	18,55	2,19	2,57

A pesar de que en el país se reporta un alto uso de métodos anticonceptivos, el porcentaje de embarazos no deseados en el país ronda entre un 42% y un 45%.

Porcentaje de mujeres en unión que utilizan cada método anticonceptivo, 1976-1999⁸

Tipo de método	1976	1981	1986	1992	1999
Modernos	30	28	28	28	38
Esterilización	16	18	17	21	22
Barrera	11	10	13	16	11
Tradicionales	10	9	11	10	9
Total	67	65	69	75	80

4 Observatorio del Desarrollo. (s.f.) *Tendencias del Desarrollo Costarricense*. Consultado el 6 de abril de 2009, en http://www.tdc.odd.ucr.ac.cr/nacional_v2009.php?var1=TDC001193

5 Observatorio del Desarrollo. (s.f.) *Tendencias del Desarrollo Costarricense*. Consultado el 6 de abril de 2009, en http://www.tdc.odd.ucr.ac.cr/nacional_v2009.php?var1=TDC001201 y http://www.tdc.odd.ucr.ac.cr/nacional_v2009.php?var1=TDC001644

6 Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. (s.f.) *Principales tasas demográficas según provincia*. Consultado el 23 de marzo de 2009, en www.inec.go.cr

7 Corresponde al año 2001. Para más información ver <http://www.ministeriodesalud.go.cr/estaindibas.htm>

8 Chen, M.; Rosero, L.; Brenes, G.; León, M.; González, M. y Venegas, C. (2001). *Salud Reproductiva y Migración Nicaragüense en Costa Rica 1999-2000: Resultados de una Encuesta Nacional de Salud Reproductiva*. San José: Programa Centroamericano de Población (PCP), Escuela de Estadística e Instituto de Investigaciones en Salud (INISA), UCR.

Costa Rica tiene una baja tasa de mortalidad materna, el problema es que según el Ministerio de Salud el 85% de estas muertes son prevenibles y no se han tomado las medidas para evitarlas. Por ejemplo, si a las mujeres se les diera la opción y ellas la aceptaran, el número de muertes por causas obstétricas indirectas podrían prevenirse con la interrupción terapéutica del embarazo.

Defunciones por complicaciones relacionadas al embarazo, el parto y el puerperio⁹

Año	Causas obstétricas directas	Causas obstétricas indirectas	Aborto	Total
2003	14	8	2	24
2004	11	9	2	22
2005	10	14	3	27
2006	14	12	2	28
2007	5	8	1	14

Tasa de mortalidad materna (casos por 10 mil nacimientos)¹⁰

Año	Tasa Global
2002	3,80
2003	3,30
2004	3,00
2005	3,63
2006	3,93

Abortos terapéuticos realizados en el país¹¹

Año	2002	2003	2004	2005	2006
Abortos terapéuticos	4	3	8	3	8

A pesar de que el aborto es considerado un delito en nuestro país, existe una alta tasa de abortos inducidos.

Estimaciones sobre aborto inducido (2007)¹²

Rubro	Estimación
Mujeres atendidas en centros de salud por complicaciones de aborto espontáneos	3550
Mujeres atendidas en centros de salud por complicaciones de aborto inducidos	8086
Estimación de abortos inducidos en el país (2007)	27000
Tasa de aborto inducido (2007)	22,3 (abortos por cada 1000 mujeres entre 15 y 49 años)
Razón de aborto (2007)	38 (abortos inducidos por cada 100 nacimientos)

El número de muertes por sida va en aumento, especialmente entre mujeres. A pesar de esto, el porcentaje de personas que utiliza el condón presenta una tendencia a la disminución desde inicios de la década de los noventas.

Porcentaje de mujeres en unión que utilizan el condón⁸

Año	Porcentaje
1976	8,6
1981	8,4
1986	12,9
1992	15,7
1999	10,9

Defunciones por sida¹³

Año	Casos registrados	
	Hombres	Mujeres
2002	107	11
2003	117	23
2004	92	26
2005	108	18
2006	111	30

⁹ Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. (varias) *Estadísticas Vitales 2003-2007*. Consultado el 23 de marzo de 2009, en www.inec.go.cr
¹⁰ Observatorio del Desarrollo. (s.f.) *Tendencias del Desarrollo Costarricense*. Consultado el 6 de abril de 2009, en http://www.tdc.odd.ucr.ac.cr/nacional_v2009.php?var1=TDC001138

¹¹ Caja Costarricense del Seguro Social, Departamento de Estadística de Salud.
¹² Gómez, C. (2008). *Estimación del aborto inducido en Costa Rica. Informe de resultados del año 2007*. San José: Asociación Demográfica Costarricense.

¹³ Observatorio del Desarrollo. (s.f.) *Tendencias del Desarrollo Costarricense*. Consultado el 6 de abril de 2009, en http://www.tdc.odd.ucr.ac.cr/nacional_v2009.php?var1=TDC000476 y http://www.tdc.odd.ucr.ac.cr/nacional_v2009.php?var1=TDC000477

En el país existe un subregistro de las infecciones de transmisión sexual. En el caso del sida y la sífilis, el Ministerio de Salud sí tiene los datos por tratarse de enfermedades de declaración obligatoria.

Tasa de incidencia anual de sida y sífilis x 100.000 habitantes¹⁴

2007		2006		2005		2004		2003	
Sida	Sífilis	Sida	Sífilis	Sida	Sífilis	Sida	Sífilis	Sida	Sífilis
4.11	26.09	3.63	25.60	5.83	29.22	4.61	28.65	0.27	18.25

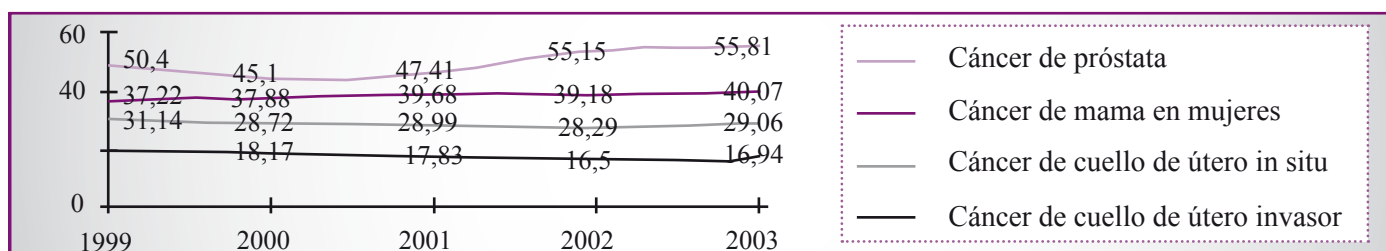
¿Sabía qué?¹⁵

- En Costa Rica el VIH se transmite en la mayoría de los casos a través del contacto sexual desprotegido, la transmisión por sangre y la transmisión de madre a hijo/a.
- El grupo de edad que registra mayor número de SIDA son las personas de entre 25 y 34 años y el segundo grupo más afectado es el de adolescentes y jóvenes.
- La transmisión de VIH está ocurriendo en las primeras relaciones sexuales y está afectando a la población joven y económicamente activa, que en su mayoría son el principal sustento de la familia.

Según el Plan Nacional para el Control contra el Cáncer 2007-2016, el cáncer es la segunda causa de muerte en el país. Los principales tipos de cáncer que afectan a las mujeres son el cáncer de mama y cuello uterino y a los hombres el cáncer de próstata. Esta alta incidencia está relacionada con la pobre cultura de prácticas preventivas en salud sexual y reproductiva que existe en el país.

De acuerdo con el Registro Nacional de Tumores, la detección del cáncer de cérvix in situ aumentó en un 38.5% durante los últimos 10 años y por consiguiente, se observa un descenso en la detección de casos invasores en casi un 18%¹⁶.

Tendencia de la incidencia de algunos tipos de cáncer en Costa Rica 1999-2003¹⁷
(Tasa por 100,000 personas)



Tendencia de la Mortalidad de algunos tipos de cáncer en Costa Rica 1999-2003¹⁷
(Tasa por 100,000 personas)



¹⁴ Ministerio de Salud. (s.f) *Situación de la Salud en Costa Rica. Indicadores Básicos 1998-2004*. Consultado el 23 de marzo de 2009, en <http://www.ministeriodesalud.go.cr/estaindibas.htm>

¹⁵ Puig Borràs, C. (2008) *Los Objetivos de Desarrollo del Milenio y la Salud Sexual y Reproductiva: una mirada desde Costa Rica*. San José: Asociación Colectiva por el Derecho a Decidir. p. 63

¹⁶ La CCSS detecta 13.340 mujeres con lesiones en cuello del útero por año. Ver http://www.ccss.sa.cr/html/comunicacion/noticias/2008/09/n_643.html

¹⁷ Ministerio de Salud. (2005) *Incidencia de cáncer 1995-2005*. Consultado el 21 de abril de 2009, en <http://www.ministeriodesalud.go.cr/cancer05.htm>

HOJA INFORMATIVA 2

LOS DERECHOS SEXUALES Y LOS DERECHOS REPRODUCTIVOS

El nacimiento de los instrumentos internacionales de derechos humanos se da con la Declaración de Derechos Humanos en 1948. No obstante, debido a que estos son un producto sociocultural, se han construido tomando como base al ámbito público y por ende al hombre adulto, provocando la exclusión e invisibilización de las mujeres¹. Esto es lo que se conoce como la ceguera de género de los derechos humanos².

Respondiendo a los cambios sociales por la reivindicación de las mujeres como sujetas políticas y de derechos humanos, recientemente se incluyó la perspectiva de género y se volvió la mirada hacia lo que ocurre en el ámbito privado y por ende al campo de la sexualidad y la reproducción².

En 1979, se aprueba la Convención para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW), el primer instrumento que protege de manera específica los derechos humanos de las mujeres. Según Bareiro esta convención “está pensada en femenino, incluyendo lo privado y lo público. Une también lo productivo y lo reproductivo”. (2006; p.121)

Catorce años después, en la Declaración y Programa de Acción de la Conferencia de Derechos Humanos celebrada en Viena, quedó estipulado en el artículo 18 que los derechos de la mujer y de la niña son parte inalienable, integrante e indivisible de los derechos humanos.

En 1994, la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (CIPD) utiliza por primera vez el término de **derechos reproductivos** en un instrumento internacional de derechos humanos. Establece que estos

“(…) se basan en el reconocimiento del derecho básico de todas las parejas e individuos a decir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y el intervalo entre éstos y a disponer de la información y de los medios para ello y el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva. También incluye su derecho a adoptar decisiones relativas a la reproducción sin sufrir discriminación, coacciones ni violencia, de conformidad con lo establecido en los documentos de derechos humanos. En ejercicio de este derecho, las parejas y los individuos deben tener en cuenta las necesidades de sus hijos nacidos y futuros y sus obligaciones con la comunidad”. (CIPD, párrafo 7.3)

No existe una definición de los **derechos sexuales** en los instrumentos de derechos humanos y por eso usualmente se habla de ellos de manera conjunta con los derechos reproductivos. No obstante, es preciso separarlos ya que no nece-

¿Sabía qué la primera Declaración de los Derechos de la Mujer se formuló en 1791?

Fue formulada por Olympe de Gouges (1748-1793) y presentada a la Asamblea Nacional Francesa. Reclamaba un trato igualitario hacia las mujeres en todos los ámbitos de la vida tanto públicos como privados, entre otros: el derecho al voto, a la propiedad privada, a participar en la educación y en el ejército, a ejercer cargos públicos y la igualdad de poder en la familia y en la iglesia. La Declaración establecía que la: “mujer nace libre y debe permanecer igual al hombre en derechos” y que “la Ley debe ser la expresión de la voluntad general; todas las Ciudadanas y los Ciudadanos deben contribuir, personalmente o por medio de sus representantes, a su formación”. Por este motivo, Olympe de Gouges fue condenada a la guillotina.

1 Torres, I. (2006) Una lectura de los derechos reproductivos desde la perspectiva de género. En: *Promoción y Defensa de los derechos reproductivos: nuevo reto para las instituciones nacionales de derechos humanos*, 132-136. San José: Instituto Interamericano de Derechos Humanos.

2 Villanueva Flores, R. (2008). *Protección constitucional de los derechos sexuales y los derechos reproductivos*. San José: Instituto Interamericano de Derechos Humanos.

sariamente la sexualidad y la reproducción se encuentran unidas. Entre los componentes de la sexualidad que deben protegerse se encuentran la identidad sexual y de género, la orientación sexual, la elección de pareja, la actividad sexual consentida, el erotismo, el placer y la intimidad. (Villanueva, 2008)

Los derechos sexuales y los derechos reproductivos tienen como base los derechos humanos que han sido reconocidos desde hace décadas por diferentes instrumentos internacionales, la Constitución Política y nuestra legislación nacional. A continuación se presentan algunos de ellos³:

1. **El derecho a la vida:** no morir por causas evitables relacionadas con el parto y el embarazo, no morir por un aborto practicado en malas condiciones.
2. **El derecho a salud:** incluyendo el más alto nivel de salud sexual y salud reproductiva. Para ello, se deben asegurar el acceso a la información y a servicios de salud sexual y salud reproductiva.
3. **El derecho a la libertad y a la seguridad:** tomar decisiones relativas a la sexualidad y la reproducción libres de coerción, amenazas, sanciones morales y penales.
4. **El derecho a la igualdad y a estar libres de todas las formas de discriminación:** incluyendo la identidad y la orientación sexual.
5. **El derecho a la privacidad:** adoptar decisiones relativas a la sexualidad y la reproducción sin sufrir discriminación, coacciones, ni violencia.
6. **El derecho a la información:** adecuada, oportuna y libre de sesgos morales, que permita la toma de decisiones en el área de la sexualidad y la reproducción.
7. **Derecho a vivir libre de violencia:** ninguna persona debe ser abusada, acosada, hostigada o explotada sexualmente.
8. **El derecho a la libertad religiosa:** libertad de conciencia para la toma de decisiones en relación a la sexualidad y la reproducción.
9. **El derecho a no soportar tortura y tratos crueles, inhumanos y degradantes:** estar libre de situaciones que puedan afectar la integridad.
10. **El derecho al empleo y la seguridad social:** trabajar en un ambiente libre de acoso y no ser discriminadas por razones de embarazo y maternidad.
11. **El derecho a modificar costumbres discriminatorias en contra de la mujer:** las cuales afectan su salud, su integridad y su vida.
12. **El derecho a disfrutar del progreso científico:** el cual permite a las personas desligar la sexualidad de la reproducción.

A nivel nacional existe legislación que protege estos derechos

Ley contra el Hostigamiento Sexual en el Empleo y la Docencia, El Código de la Niñez y la Adolescencia, Ley General sobre el VIH/SIDA, Decreto Ejecutivo 27913-S: La salud sexual y reproductiva es un derecho nuestro, Ley contra la Explotación Sexual Comercial de las Personas Menores de Edad y Ley de Fortalecimiento a la Lucha contra la Explotación Sexual Comercial, Política Pública de Educación Integral de la Sexualidad Humana, Ley General de la Persona Joven, Política Pública de la Persona Joven, Prohibición del Matrimonio de Personas Menores de 15 años, entre otras.

³ Adaptado de Facio, A. (2006). Asegurando el futuro: las instituciones nacionales de derechos humanos y los derechos reproductivos. En: *Promoción y Defensa de los derechos reproductivos: nuevo reto para las instituciones nacionales de derechos humanos*, 21-116. San José: Instituto Interamericano de Derechos Humanos.

HOJA INFORMATIVA 3 LA BIOÉTICA Y LOS PRINCIPIOS

La bioética es una disciplina que surge en una sociedad democrática, multicultural y pluralista, tanto en lo moral como en lo religioso. En la sociedad actual, tecnológicamente muy avanzada, es necesario hacer una distinción entre la moral y el derecho. La moral pertenece al ámbito privado y el derecho al ámbito público, por esta razón, no se puede imponer por los medios jurídicos las prácticas morales que se debieran asumir en una sociedad toda.

El oncólogo estadounidense Van Rensselaer Potter (2008) acuñó el término bioética como “ciencia de la sobrevivencia, interacción entre salud y medio ambiente.”¹

Reich definió la bioética de la siguiente manera: “Es el estudio sistemático de la conducta humana en el área de las ciencias de la vida y del cuidado de la salud, en cuanto que dicha conducta es examinada a la luz de los valores y de los principios morales.”²

La aplicación de la bioética en el ámbito sanitario ayuda a resolver los dilemas éticos que se presentan cotidianamente en la práctica clínica; los principios de la bioética implican una ética de mínimos y de máximos. En la ética de mínimos se debe estar de acuerdo entre todas las personas porque son principios necesarios para la convivencia humana. El respeto a la vida es un principio mínimo.

Los principios de la bioética

Los principios fundantes de la bioética son: autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia.

Autonomía

Significa darse leyes (*nomoi*) a sí mismo (*autos*), imperio sobre sí mismo, autodeterminación, es una situación en que una persona se da a sí misma las normas, estas no vienen de afuera. Es necesario tomar en cuenta que “el principio de autonomía implica, que en el seno de una sociedad secularizada, una persona adulta y conciente, tiene el derecho a decidir sobre su vida y su salud.” (Marlasca, 2001, p. 36) Esto aplicado a la medicina y la salud supone una revolución a la hora de interactuar. En el arte de la medicina, la médica y el médico deben de comunicar cualquier tipo de tratamiento en un lenguaje comprensible y pedir permiso; no se puede pasar por encima de la decisión de la persona. Un instrumento clave para la aplicación de este principio es el consentimiento informado.

Beneficencia

Este principio es evidente por sí mismo: haz el bien a los demás. En medicina el bien se entiende como salud y/o recuperación de la salud. No hay nadie en contra de hacer el bien o evitar el mal. Se respetan las decisiones de las personas y se busca explícitamente asegurar el efecto positivo de una intervención. Con este principio del bien surgirá el problema de que una ética secular debe ser válida para personas que no comparten valores ni normas (“extraños morales”). Se deberá recurrir, entonces al consenso. De existir un conflicto entre el principio de autonomía y el de beneficencia, prevalece la autonomía.

1 Presentando en el Seminario sobre Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos con perspectiva de género, Hospital San Juan de Dios, Módulo de Bioética, diciembre 2008, San José.
2 Marlasca, A. (2001). *Introducción a la bioética*. Heredia: Facultad de Filosofía y Letras, Universidad Nacional.

No maleficencia

Este se funda en el principio “ante todo no hacer daño”. Algunos autores creen que este es prioritario ante el principio de beneficencia. A nadie se le puede imponer que haga positivamente el bien a otra persona, pero sí que no le haga daño, que no le cause perjuicio. Es más absoluto, se impone siempre, es obligatorio para todas las personas.

Los efectos negativos de un acto médico o no contemplar las consecuencias que van a seguirse después de una intervención médica es lo que se llama iatrogenia. Cuando se prevé que de una intervención se siguen efectos buenos y malos se deben poner en una balanza y ver hacia dónde esta se inclina; teóricamente es sencillo, pero en la práctica es más complejo.

Hay órdenes que no se deben obedecer porque son inmorales. Hay temas en moral que se pueden discutir, otros que no porque es evidente cuál es el bien y cuál es el mal. En el enunciado del principio no caben discusiones, el conflicto surge en la interpretación concreta de qué es bueno y qué es malo.

Justicia

Desde el punto de vista teórico es el más complicado. Es fundamental en una sociedad pues alude a la equidad o a la imparcialidad como los aspectos centrales a la distribución de justicia.

La justicia implica proporcionar a todas las personas condiciones materiales de igualdad y oportunidad. Dar a cada uno lo suyo, lo que le pertenece. ¿Quién decide lo que le pertenece a cada quién? El problema en la aplicación del principio surge cuando no existe consenso acerca de qué es lo justo, pues en bioética, la justicia se relaciona con la distribución de los recursos médicos, cada vez más caros y más escasos.

Para abordar el problema se procurará que el Estado sostenga un sistema universal de acceso mínimo a la salud pública; y en el margen de este sistema público se da el espacio para que surja un sistema de libre elección para quienes pueden pagar. (Marlasca, 2001)

Un resumen para recordar³

AUTONOMÍA, el ejercicio de este corresponde a la USUARIA o al USUARIO y el **Consentimiento informado** es el instrumento que asegura el cumplimiento del principio.

BENEFICENCIA – NO MALEFICENCIA son los que corresponden al EQUIPO DE SALUD.

JUSTICIA, su cumplimiento corresponde al ESTADO.

³ Rodríguez Allen, A. y Díaz Pastén, S. (2002). *La toma de decisiones en salud sexual y reproductiva, una mirada desde la bioética: guía metodológica*. San José: Caja Costarricense del Seguro Social.

HOJA INFORMATIVA 4

DERECHOS SEXUALES Y DERECHOS REPRODUCTIVOS DE LAS PERSONAS MENORES DE EDAD

Los derechos sexuales y los derechos reproductivos, en tanto derechos humanos son inherentes a las personas independientemente de su edad¹. Cuando se trata de personas menores de 18 años surge la controversia sobre su autonomía y poder de decisión en todos los aspectos de su vida en general y en materia de sexualidad y reproducción en particular.

En 1989, mediante la celebración de la Convención sobre los Derechos de los Niños (CDN) se reconoce a las personas menores de 18 años como ciudadanas y sujetas de derechos humanos. Este instrumento, además trae nuevos conceptos al derecho internacional al plantear el **interés superior** y las **capacidades evolutivas**². Este último principio establece que “a medida que los niños adquieren competencias cada vez mayores, disminuye su necesidad de dirección y orientación y aumenta su capacidad de asumir responsabilidades, tomando decisiones que afectan su vida”. (Lansdown, 2005; p.10)³

El concepto de capacidades evolutivas significa que las personas menores de edad deben:

1. Ser reconocidas como protagonistas de su propia vida.
2. Ser escuchadas y respetadas.
3. Tener, cada vez más, autonomía en el ejercicio de sus derechos.
4. Recibir protección en función de su relativa inmadurez y por ser menor edad.

Este enfoque plantea tres obligaciones para los Estados³:

- Tienen la obligación de cumplir con los derechos.
- Tienen la obligación de respetar los derechos.
- Tienen la obligación de proteger los derechos.

Y entonces, ¿qué pasa con la familia y la autoridad parental?

Ante esta gran interrogante, la Convención se basa en tres premisas fundamentales³:

1. Las personas menores de edad son sujetas de derechos. Para proteger y promover dichos derechos a las y los representantes legales se les atribuyen derechos y responsabilidades.
2. A medida que evolucionan las facultades de la persona menor de edad, gradualmente va “adquiriendo” los derechos para que pueda ejercerlos por propia cuenta.
3. Los derechos de las personas menores de edad existen y se aplican en cualquier ámbito: el hogar, la escuela, las instituciones y en la esfera pública. Por lo tanto, el Estado debe (a) crear un marco jurídico y político que promueva la realización universal de los derechos; (b) intervenir para contra la violación de los derechos; (c) tener mecanismos legislativos y judiciales para garantizar los derechos cuando son infringidos.

En otras palabras, “los derechos y responsabilidades de los padres no son ilimitados. Al introducir la palabra “apropiadas”, el artículo 5 (de la Convención) elimina la posibilidad de que los padres u otras personas responsables del cuidado del niño tengan carta blanca para impartir (o no impartir) cualquier tipo de orientación o apoyo que consideren oportuno”. Lansdown, 2005; p.10

1 Para más información sobre los derechos sexuales y los derechos reproductivos ver la Hoja Informativa 2.

2 Para ampliar información ver CDN (art 3, 5 y 14) y el Código de Niñez y Adolescencia (art. 5).

3 Lansdown, G. (2005) *Innocenti Insight. La evolución de las facultades del niño*. Italia: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF).

Responsabilidades del personal de salud en la protección del interés superior del niño, la niña o la persona adolescente

El artículo 46 del Código de Niñez y Adolescencia y el artículo 144 del Código de Familia establecen que el personal de salud puede actuar en contra del consentimiento de las o los representantes legales y en apego al interés superior de las personas menores de edad, en casos de hospitalización, tratamiento o una intervención quirúrgica urgente.

Según el artículo 49 del Código de Niñez y Adolescencia, el personal de salud, el personal de centros educativos, guarderías o cualquier otro sitio que atienda a personas menores de edad, estará en la obligación de denunciar ante el Ministerio Público cualquier sospecha razonable de maltrato o abuso cometido contra ellas. El artículo 134 del mismo Código les protege de una demanda penal aún si no se llega a demostrar el abuso.

Los derechos sexuales y los derechos reproductivos de las personas menores no son diferentes a los enunciados en los instrumentos internacionales, pero queda claro que requiere algunas condiciones de protección de sus representantes legales, las instituciones públicas, la sociedad y el Estado. Para el disfrute de estos derechos, las personas menores de edad requieren:

- Protección y acompañamiento por parte de las personas adultas.
- Información y educación sexual como ejes centrales que fortalecen capacidades para el autocuidado mutuo y la toma de decisiones responsables.
- Servicios de salud y consejería para acompañar decisiones y posicionamientos nuevos frente a la propia sexualidad y la de otras personas.

Además, se debe prevenir y proteger del riesgo, ya que la libertad de decisión en materia de actividad sexual es un proceso paulatino y gradual.

Entre los elementos centrales de las personas menores de edad para la toma de decisiones en el campo de la salud se suelen incluir los siguientes¹:

- a. Capacidad de comprender y comunicar informaciones pertinentes: cuáles son las alternativas posibles, expresar sus preferencias, sus preocupaciones y preguntas.
- b. Capacidad de pensar y elegir con un cierto nivel de independencia: efectuar elecciones que no sean obligadas ni manipuladas y reflexionar sobre lo que significan las cuestiones en discusión.
- c. Capacidad de evaluar los beneficios, peligros y daños potenciales: comprender las consecuencias de las diferentes líneas de conducta, cómo le afectarán, a qué riesgos se expondrán y cuáles serán las implicaciones a corto y largo plazo.
- d. Posesión de una escala de valores relativamente estable: contar con un cierto sistema de valores en base al cual pueda tomar una decisión.

Otra forma de protección a la integridad de las personas menores de edad es la tipificación como delito de ciertas conductas que implican acciones de carácter sexual con personas menores de edad.

HOJA INFORMATIVA 5

TECNOLOGÍAS ANTICONCEPTIVAS MODERNAS Y ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA

El reconocimiento de los derechos sexuales y los derechos reproductivos se relaciona directamente con el avance de las tecnologías anticonceptivas. Estos derechos básicos de las personas se vinculan con el ejercicio de la sexualidad y la reproducción humana. El contenido de ellos tiene raíces en los conceptos de integridad, salud, autodeterminación sexual y libertad. La instrumentación de los mismos se expresa en la vida sexual y reproductiva de las mujeres y los hombres¹.

Salud sexual y salud reproductiva

Condición en la cual las personas tienen una vida sexual satisfactoria y logran sus episodios reproductivos exitosamente, o los previenen exitosamente, basándose en decisiones educadas, libres y responsables que no ponen en riesgo su bienestar físico, psicológico y social, ni el de su pareja, ni el de su prole.

¿Qué son los métodos anticonceptivos?

Son procedimientos o técnicas que usa el hombre o la mujer para disociar la relación sexual de la reproducción.

¿Cómo se clasifican los métodos anticonceptivos?

Los métodos anticonceptivos se pueden clasificar en dos tipos:

- **Temporales:** estos que son reversibles, pueden ser hormonales, intrauterinos y de barrera.
- **Permanentes:** se reconocen los quirúrgicos como la salpingectomía y la vasectomía; además existen unos dispositivos que se insertan al interior de las trompas de Falopio (Essure®).

En este acápite interesa abordar con especial interés las alternativas en materia de anticoncepción hormonal que han surgido con el correr de los años gracias a los avances en investigación de nuevas tecnologías.

¿Cuál es el mecanismo de acción de los métodos hormonales?

La acción fundamental de los métodos hormonales en el cuerpo de las mujeres se centra en tres aspectos: inhibir la ovulación, impedir el paso de los espermatozoides por el cuello del útero y producir espesamiento del moco cervical.

- Los llamados **métodos hormonales combinados** que consisten, como señala su nombre, en la combinación de **una progesterona sintética o progestina más un estrógeno (etinilestradiol)**. Estos métodos pueden venir en presentación oral, inyectable, parche o en anillo vaginal.

En el caso de anticonceptivos hormonales orales combinados se administran por tres semanas, se descansa una para que se produzca la menstruación.

- Los métodos **hormonales simples** cuyo compuesto único es una **progestina**. Estos pueden ser orales, inyectables, implantes (como Jadelle®), o incluido en un sistema intrauterino como la Mirena®. En el caso de los orales se administran de manera continua, sin descanso.

¹ Para ampliar información consultar la Hoja Informativa 2.

Se ubica en esta categoría el inyectable de depósito cuyo principio activo es la depo medroxiprogesterona (DPMA), más conocida como Depo Provera®. Esta inyección se administra cada tres meses.

- En los métodos hormonales se incluye la **anticoncepción de emergencia (AE)**. En los países donde está registrado el producto dedicado, éste es un compuesto de sólo una progestina llamada **levonorgestrel**; en los países, como Costa Rica, en el que no está registrado un producto dedicado se utiliza el método Yuzpe.

Anticoncepción de emergencia

El anticonceptivo de emergencia es el único método de uso post-coital que puede ser usado por las mujeres para evitar un embarazo no deseado después de una relación sexual sin protección. Debe considerarse una alternativa de uso ocasional, sólo en emergencias, como abuso, incesto o violación sexual, accidente anticonceptivo como la rotura del condón masculino u olvido de la pastilla anticonceptiva de uso regular. La AE debe usarse hasta un máximo de 72 horas después de la relación sexual sin protección.

El mecanismo de acción de la AE es alterar la maduración folicular y el proceso ovulatorio, inhibiendo la ovulación, posiblemente afecta la migración espermática.

Consortio Internacional sobre Anticoncepción de Emergencia (ICEC)
Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO)

Posicionamiento sobre el mecanismo de acción

¿De qué modo las píldoras anticonceptivas de emergencia de levonogestrel (PAE de LNG) impiden el embarazo?

Las píldoras anticonceptivas que contiene solo levonogestrel:

- * Inhiben o retardan la liberación de un óvulo desde el ovario cuando se toman antes de la ovulación.
- * Posiblemente impiden que los espermatozoides y el óvulo se encuentren, ya que afectan el moco cervical o la capacidad de los espermatozoides de adherirse al óvulo.

¿Qué es el método Yuzpe?

Este método consiste en usar una combinación de anticonceptivos regulares que contengan Levonogestrel 0,15mg y Etinilestradiol 0,03mg, como por ejemplo, la Microgynon®. De este se toman 4 pastillas en una primera dosis y 12 horas más tarde, 4 pastillas en la segunda dosis.

La otra posible combinación es de pastillas que contengan Norgestrel 0,50mg y Etinilestradiol 0,05mg, como por ejemplo Norgyl® u Ovral®. De estas se toman 2 en la primera dosis y 2 pastillas 12 horas más tarde, como segunda dosis.



Planned Parenthood[™]
Federation of America, Inc.
INTERNATIONAL

Colectiva por el Derecho a Decidir / Teléfono (506) 2272 4963 / Fax (506) 2272 2951
www.colectiva-cr.org / colectiva@colectiva-cr.com
Apartado postal: 2608-2050 San Pedro de Montes de Oca, San José, Costa Rica