

# Salud y derechos sexuales y reproductivos de adolescentes y jóvenes en el contexto de la reforma de salud en Chile

## 5

Documento preparado por la psicóloga Irma Palma, académica de la Universidad de Chile. Fue enriquecido con el aporte de protagonistas de las Jornadas Participativas que impulsó en regiones del país el Proyecto Equidad, Género y Reforma de la Salud en Chile, de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), Representación en Chile, durante el año 2001.



### Introducción

El proceso de reforma de la salud en marcha en nuestro país evidencia una ausencia de la dimensión de género cuando aborda los problemas y desafíos de la equidad, fenómeno que como ha observado OPS/OMS ocurre en las reformas de esta naturaleza que se realizan en América Latina y El Caribe: «Tal ausencia se ha traducido en un vacío de políticas correctivas con respecto a las inequidades de género asociadas con estas reformas, inequidades que no pueden ser combatidas con las mismas medidas que se emplean para reducir las brechas entre estratos socioeconómicos.»<sup>1</sup> Por cierto, se agrega, «las desigualdades de género se articulan con otros tipos de desigualdades sociales que afectan los riesgos y las oportunidades para asegurar la salud. Por ende, cualquier estrategia dirigida a reducir las brechas de género deberá abordar ineludiblemente las diferencias de clase, etnia y edad que influyan sobre la índole y magnitud de las inequidades de género». La importancia de incorporar una perspectiva de género «responde a la necesidad de visibilizar una importante dimensión de inequidad generalmente ignorada, y cuya consideración es crítica para el logro de objetivos de conocimiento, justicia social, eficacia y sostenibilidad de las intervenciones». Ahora bien, conceptual y metodológicamente, una aproximación a la salud que considera tal perspectiva «incluye, pero va más allá de una respuesta adecuada a las necesidades asociadas con diferencias biológicas entre mujeres y hombres. Exige, además, el reconocimiento y respues-

ta a las necesidades específicas de cada sexo que se derivan de las relaciones desiguales de poder entre mujeres y hombres (o entre los ámbitos masculinos y femeninos)» (Pág. 7). Asimismo, la edad puede resultar ser un elemento crucial en la profundización de desigualdades en relación a la salud, en particular cuando se refiere a la salud sexual y reproductiva.

Puede afirmarse con relativa certeza que uno de los aspectos complejos de abordar en el procesos de reforma a la política pública en salud sea el de la salud sexual y reproductiva y derechos de la población adolescente y joven. Ello porque en el contexto de la sociedad chilena implica una discusión sobre la autonomía relativa de éstos respecto de sus progenitores, una tensión entre los derechos de las personas y responsabilidades del conjunto de instituciones sociales: entre la familia y la escuela, entre educación y salud, entre el Estado y las organizaciones privadas; una tensión respecto de las orientaciones a promover como respuestas al riesgo sexual, tensión respecto de los derechos a la información y acceso a servicios, etc. Por cierto, ello no se resuelve puramente en este campo de la salud. No obstante, el sector salud está desafiado -en el marco de procesos de reforma sectorial y de modernización del Estado- a instalar en sus concepciones teórico-metodológicas, discursos y prácticas institucionales una perspectiva de derechos en el ámbito de la salud sexual y reproductiva de los/as adolescentes y jóvenes en el país, a la vez que orientar sus acciones de acuerdo

<sup>1</sup> Equidad, Género y Reforma de las Políticas de Salud en América Latina y El Caribe. Contribución de OPS/división de Salud y Desarrollo Humano/Programa Regional Mujer, Salud y Desarrollo a la Octava Sesión de la Conferencia Regional sobre la Mujer en América Latina y El Caribe. CEPAL, 2000. pág 3

a demandas rediseñar sus servicios, ampliar coberturas, desarrollar sistemas y servicios pertinentes y oportunos, y desarrollar indicadores críticos de salud pública que se ubiquen en una perspectiva de derechos, riesgos/daños y de calidad de vida.

#### Entrada en la sexualidad activa de las generaciones jóvenes

##### • Las primeras relaciones sexuales

En la actualidad asistimos -biográfica e históricamente- a transformaciones sustantivas de la sexualidad, que se relacionan con cambios producidos en otros dominios de la vida social y personal, asociados a los procesos de modernización acelerada de las sociedades contemporáneas. Tales transformaciones resultan tensionadas por relaciones de poder que incorporan a nuevos agentes institucionales y tecnologías. Al mismo tiempo, constituyen oportunidades para reducir asimetrías, como las vinculadas al género, pero también aumentan otras, como las vinculadas a la clase social.

En el curso del siglo XX se modificó la temporalidad generacional y la temporalidad biográfica de la entrada de los individuos en la sexualidad activa. Desde el punto de vista generacional, la entrada en la sexualidad genital es un proceso más temprano que a comienzos del siglo, pero desde el punto de vista de los individuos, es más prolongado. No obstante, las modificaciones crecientes respecto de la sexualidad activa han tenido en los géneros su más importante expresión. Desde una perspectiva biográfica, hoy existe un modelo de transición progresiva hacia la sexualidad activa. La entrada de los/as jóvenes a ésta ya no es un rito de paso iniciático (con una prostituta, en el caso de los hombres; o en la noche de bodas, en el caso de las mujeres). Corresponde más bien a un proceso de familiarización y aprendizaje progresivo respecto del cuerpo, de las reacciones y sentimientos del/a otro/a. Es un conjunto de etapas sucesivas, desde el beso profundo y las caricias sobre el cuerpo y los genitales, a la penetración genital y a la exploración de otras formas de realizar los acoplamientos corporales. Este proceso involucra, general-

mente, una sucesión de compañeros/as. Se trata de una serie de contactos que pueden operar en sucesivos encuentros en los cuales la persona desarrolla algún tipo de relación de naturaleza diversa -más estable o más ocasional, más afectiva o más recreativa, etc.-, que implica una progresión en la intimidad, es decir, el establecimiento de una proximidad de orden emocional.

La información disponible indica, en general, una tendencia al descenso de la edad de la primera relación sexual en las generaciones nacidas en Chile en las últimas décadas, especialmente en las mujeres. En esto se articulan categorías de género y generación. La investigación realizada por CONASIDA (1998) muestra una mediana de 19.9 años en las mujeres nacidas a fines de la década del 20, mientras las nacidas en torno a los 80 presentan una mediana de 18 años. Es decir, la edad mediana de iniciación sexual ha descendido en casi 2 años. Aunque también los hombres han modificado la edad de ingreso a la sexualidad activa, el descenso es de sólo un año entre la mediana de las generaciones nacidas a fines de los 20 (17.7 años) y a fines de los 80 (16.7 años). Dado el desfase en la reducción de la edad de la primera relación sexual, se asiste a una reducción de la brecha entre los géneros en las generaciones más jóvenes<sup>1</sup>. Este fenómeno expresa una tendencia generalizada en las sociedades occidentales.

La Tercera Encuesta Nacional de Juventud, realizada en 2000, por el Instituto Nacional de la Juventud, -que incorpora a sujetos desde la edad de 15 años- muestra que 42.1% de la población adolescente comprendida entre 15-19 años se encuentra sexualmente activa. Pasado el período adolescente, es decir, a partir de los 20 años, se produce una entrada masiva a la sexualidad activa (85.2%). En forma consistente con las modificaciones experimentadas en las edades medianas de iniciación, la comparación de las encuestas nacionales de juventud, de 1994, 1997 y 2000, indica un aumento general del número de jóvenes que ha tenido relaciones sexuales. Esto es especialmente notorio en mujeres jóvenes -consideradas desde 15 a 29 años-, que pasan de 59.0% en 1994, a 68.0% en

<sup>1</sup> Mientras la diferencia entre las generaciones nacidas antes de los 70 supera los 2 años -muy ampliamente, en algunos rangos-, en las generaciones posteriores alcanza niveles inferiores a 2 años (1.2 años en grupo de 25-29 años, 1.5 en grupo de 20-24 años y 1.3 años en grupo de 18-19 años).

1997, y a 71.4% en 2000. En tanto, los hombres pasan de 74.0%, a 73.0% y a 76.1%, en los mismos años.

En general, las transformaciones en el proceso de entrada a la sexualidad activa de la población femenina no sólo expresan cambios en el plano de la sexualidad, sino que remiten a modificaciones producidas en las relaciones de género y en la posición de las mujeres en la sociedad chilena. Esto se refiere al acceso al sistema escolar, especialmente en niveles superiores; al mundo del trabajo, tanto en niveles de mayor calificación como en relaciones laborales abiertas (por ejemplo, trabajo temporal en faenas agro-industriales), y a servicios que permiten separar la sexualidad de la reproducción humana, unido a la emergencia de importantes movimientos socioculturales que elaboran la situación de la mujer y proponen orientaciones hacia el cambio.

Se puede sugerir, de forma general, que el género ha sido un elemento central en el cambio. Este ha tenido una historia cambiante -la edad de entrada de las mujeres a la sexualidad activa se redujo globalmente a fines de los 60 y se elevó en los 80- y se vincula a procesos de segmentación social y cultural. La edad mediana de iniciación sexual

es mayor en la medida en que las adolescentes y jóvenes tienen mayor nivel educacional. Además, mientras la edad de iniciación se estabiliza en los estratos medios y altos, en los estratos populares se acentúa la tendencia a la baja<sup>2</sup>.

#### • El embarazo adolescente en Chile

Una comprensión amplia del embarazo adolescente supone dimensionar la magnitud de aquel que se traduce en maternidad adolescente, medida usualmente mediante la fecundidad<sup>3</sup>, al mismo tiempo que dar cuenta de otros dos fenómenos asociados, normalmente invisibilizados en la sociedad chilena: el embarazo no planificado/no deseado<sup>4</sup> y el aborto inducido<sup>5</sup>. Sin embargo, el embarazo adolescente no adquiere su centralidad en el ámbito de la salud sexual y reproductiva fundamentalmente a partir de su magnitud, sino de su particular ubicación sociodemográfica en los estratos populares y de las consecuencias que eso tiene para el desarrollo social de los sujetos involucrados.

Aunque Chile tiene la tasa de fecundidad adolescente más baja de la región, esta aproximación deja fuera de consideración el aborto inducido y el embarazo no planificado, lo que puede ocultar las implicancias

<sup>2</sup> CONASIDA. Estudio Nacional Comportamiento Sexual en Chile; 1998.

<sup>3</sup> Para su estudio se utiliza como indicador la fecundidad de las mujeres entre 15 y 19 años, que corresponde a los nacidos vivos de las mujeres entre esas edades. En la publicación de datos oficiales, el primer grupo considerado para el estudio de la fecundidad es el comprendido entre los 15 y los 19 años, en el cual se incluye la fecundidad de las mujeres menores de 15 años, y deja fuera todos los embarazos que no llegan a término (principalmente abortos), así como aquellos que comienzan a los 19 años y finalizan a los 20.

<sup>4</sup> La definición del embarazo no deseado obviamente es compleja, y ha sido analíticamente construida a partir de dos elementos. De una parte, como orientación a la búsqueda o no; de otra, como disposición a la aceptación o no. Se lo define como aquel embarazo no buscado que se produce por relaciones sexuales que carecen de información y/o de acceso a métodos anticonceptivos eficaces, o por relaciones sexuales no consentidas y, por tanto, no planificadas. Un embarazo deseado, a su vez, correspondería a aquel que es conscientemente buscado, atendiendo a una decisión informada por parte de la adolescente y/o la pareja, o que, no siendo conscientemente buscado, forma parte de las probables consecuencias que la mujer, o la pareja, reconocen como resultado legítimo de su actividad sexual. Un embarazo deseado se produciría, entonces, cuando la adolescente o la pareja, cuenta con una amplia información sobre los temas de sexualidad y anticoncepción, así como de las consecuencias sociales, psicológicas, culturales y económicas del embarazo y la maternidad tanto en las madres, como en los padres y los hijos/as. Si bien es cierto que un embarazo no buscado puede convertirse en deseado, el énfasis está puesto en el deseo del embarazo antes de que ocurra, porque desde el punto de vista de los involucrados la calificación de un embarazo como deseado o no deseado suele estar mediatizada por el momento en que ocurre esta evaluación (antes o después del mismo). O sea, una mujer/pareja que no desee o planea un embarazo puede definirlo como deseado toda vez que, descubierto ese embarazo no buscado, acepta-desea el nacimiento de su futuro/a hijo/a, para lo cual necesita de la continuación y término del embarazo. En este marco, la consideración de un embarazo como deseado o no deseado tendería a definirse en términos de su resultado y no del proceso mismo. En Chile, aunque es difícil determinar la magnitud real del embarazo no deseado, diversos estudios dan cuenta de que un número importante de mujeres no desea su embarazo. Según un estudio realizado en seis países latinoamericanos en 1997, en Chile el 56% de los embarazos no serían deseados. Un estudio realizado en 1992 en una población femenina de estratos sociales populares constató que el 28% de ellas no deseaba el embarazo que cursaba y el 38% declaró tener sentimientos mezclados (deseaban ser madres, pero no en ese momento).

<sup>5</sup> El embarazo no deseado es la principal causa de aborto en Chile. El aborto inducido es un problema de salud pública. La principal causa de muerte materna la constituye el aborto, con una tasa de 9 por 100.000 nacidos vivos. En Chile la morbilidad materna ha descendido desde hace tres décadas. No obstante, las cifras son aún excesivas respecto de lo que debiera ser la realidad en un país con un crecimiento económico importante y una óptima cobertura de atención prenatal y de parto intrahospitalario. Al mismo tiempo, el aborto constituye un asunto de derechos humanos, que involucra múltiples aspectos, tanto valóricos, psicológicos, sociales, legales, políticos y económicos. En Chile el aborto es ilegal, a pesar de lo cual es uno de los países con la mayor tasa de aborto en América Latina. Según diferentes cálculos, se realizarían anualmente entre 150.000 y 200.000 abortos, aproximadamente, 2 abortos por cada 5 embarazos (Requena, 1990). Para el MINSAL, del total de abortos, un tercio son espontáneos y dos tercios son provocados.

epidemiológicas, sociales, médicas y económicas, éticas y de derechos humanos de ambos fenómenos.

En el período 1996-98, se produjeron aproximadamente 260.500 nacimientos medios anuales, de los cuales 40.675 corresponden a madres menores de 20 años. La maternidad de las adolescentes se concentra en los grupos de 18 y 19 años (54%), y de 15 a 17 (43%), mientras las menores de 15 años sólo representan un 3%.

La fecundidad adolescente de Chile es de 49 nacimientos por mil mujeres del grupo de 15-19 años, la tasa más baja de América Latina y el Caribe (promedio de 76 por mil), pero significativamente más alta que la de países desarrollados. El aporte porcentual de este grupo etéreo a la fecundidad total (11%)<sup>6</sup> ha aumentado, incrementándose en 50% durante el período 1955-1990. La fecundidad adolescente rural es 1,7 veces mayor que la urbana.

#### • La maternidad adolescente por estratos sociales

La distribución social de la maternidad adolescente en nuestra sociedad expresa inequidades en materias de habilitación de los sujetos y acceso a medios de prevención de riesgos y reducción de daños. Al mismo tiempo, genera efectos que mantienen y profundizan desigualdades sociales y de género. Como ejemplo, mientras en la La Pintana uno de cada 5 niños/as que nacen tiene por madre a una adolescente, en Vitacura sólo uno de cada 64 niños nacerá bajo esa condición<sup>7</sup>.

#### • Reproducción y profundización de la pobreza

Diversas dimensiones de la maternidad de mujeres en etapa adolescente constituyen

elementos cruciales de reproducción de trayectorias de pobreza. La mayor prevalencia del embarazo fuera del matrimonio, la deserción del sistema escolar producida ante el embarazo o la maternidad y una inserción precaria en el mercado laboral, y, generalmente, la transmisión intergeneracional de patrones de maternidad adolescente generan condiciones para que estas jóvenes mujeres -y sus hijos- conformen un tipo de hogar especialmente vulnerable desde el punto de vista económico y social.

En 1998, aproximadamente 3 de cada 10 adolescentes se encontraba en situación de pobreza. Es decir, este flagelo afecta más a los segmentos adolescentes (también a los niños, según la encuesta CASEN) que a la población adulta.

Las adolescentes madres son aún más pobres<sup>8</sup>. Las cifras de CASEN 1998 señalaban que 48% de las adolescentes que son madres están bajo la línea de pobreza, en tanto 25% de las que no lo son están en esa misma situación. La maternidad adolescente ha sido asociada a condiciones de pobreza, debido a que da lugar a una jefatura de hogar femenina<sup>9-10</sup>, porque la mayoría de las adolescentes hacen su maternidad en soltería. De los nacimientos ocurridos en el período 1996-1998<sup>11</sup>, 76.7% son de madres adolescentes solteras y 23.3% de casadas. No se dispone de datos de convivencia.

La mayor pobreza de los hogares con jefatura femenina, en comparación con la masculina, está determinada por:

\* Aunque tengan menos miembros en el hogar, deben sustentar comparativamente a más personas dependientes (hay menos adultos que contribuyen económicamente).

\* La vulnerabilidad económica de estos hogares se explica por diferencias de género: las jefas son

6 Según las proyecciones de población INE-CELADE para los quinquenios 1995-2000 y 2000-2005, el aporte seguirá descendiendo hasta algo menos de 10%. No obstante, se necesita cautela al considerar estos datos, pues según la información de las estadísticas vitales, los nacimientos de madres adolescentes se mantienen relativamente constantes en alrededor de 40 mil, mientras que el tamaño de la población femenina entre 15 y 19 años ha desacelerado su ritmo de crecimiento en las dos últimas décadas.

7 INE. Ranking de Comunas del Gran Santiago según número de nacimientos de madres adolescentes: las seis comunas con mayor y menor proporción. 1996.

8 Los datos presentados corresponden a todas las mujeres que en el momento de la realización del censo eran madres, por lo tanto no arrojan información de embarazo según edad. Debido a que en Chile no existe otra fuente oficial de datos sobre este tipo de fenómenos, aparte del censo de población, sólo es posible conocer las características sociodemográficas de la maternidad adolescente.

9 Buvinic M: La Vulnerabilidad de los Hogares con Jefatura Femenina: Preguntas y Opciones de Política para América Latina y El Caribe. CEPAL. Santiago, Chile; 1990.

10 Los informes sobre la evolución de la familia en Chile destacan el crecimiento sostenido de los hogares encabezados por una mujer. Familias y Políticas Públicas: Una Reflexión Necesaria. Servicio Nacional de la Mujer. Santiago, Chile; febrero 2000.

11 El análisis se basa en información proveniente del Censo de Población y Vivienda de 1992 y de las estadísticas vitales de nacimiento para el período 1996-1998.

mujeres, tienen menores ingresos medios, menos bienes y menos acceso a empleos remunerativos y a recursos productivos (tierras, capital y tecnología) que los jefes de hogar masculinos.

\* En torno a la jefatura femenina del hogar se da una singular combinación que puede dar por resultado mayor pobreza, a través de tres mecanismos diferentes. La mujer debe cumplir funciones domésticas o de producción hogareña, con mayores limitaciones de tiempo y movilidad, por lo que a menudo está obligada a «escoger» empleos de menor remuneración, pero más compatibles con el cuidado de los hijos. Además, puede enfrentar una mayor discriminación en el acceso a empleos debido a su género y está más expuesta a hacer decisiones inapropiadas que afecten el bienestar económico del hogar. Por último, las historias de maternidad precoz e inestabilidad familiar tienden a perpetuar la pobreza de una generación a otra.

Asimismo, existe una doble dirección en la relación entre la maternidad adolescente y el nivel de escolarización. Por una parte, el embarazo a edades tempranas puede tener como consecuencia la deserción del sistema de educación formal. Y por otra, el bajo nivel de instrucción, asociado al no ingreso o deserción temprana del sistema de educación formal por razones distintas a la maternidad, puede generar condiciones para la ocurrencia de un embarazo a edades tempranas.

Del total de hijos de mujeres de 15 a 19 años, 36% corresponde a adolescentes que no tienen educación o no han completado su educación primaria, 32% a aquellas que no han terminado su educación secundaria, y 21% corresponde a adolescentes que han concluido la educación primaria. Según datos de MIDEPLAN, obtenidos de la encuesta CASEN 1998, sólo un 28% de las adolescentes madres asiste a un establecimiento educacional. Es decir, 7 de cada 10 están fuera del sistema de educación formal a causa de la maternidad, que a la vez se articula con problemas económicos. La carencia de recursos y el abandono escolar interfiere con las opciones de educación, capacitación y desarrollo de las adolescentes, especialmente las de sectores más pobres, quienes deben buscar y permanecer en trabajos precarios y mal pagados,

cuando logran obtenerlos. De acuerdo con la CASEN 1998, 44% de las adolescentes madres se ubican en el quintil de ingreso más bajo, en tanto 26% de aquellas que no son madres están en la misma categoría.

En consecuencia, sus hijos/as son más vulnerables: tienen más probabilidades de desnutrición, menores niveles de estudio, mayores probabilidades de colocación en servicios de menores y de riesgos de maltrato infantil, además de estar más expuestos a presentar problemas en la infancia y adolescencia en relación con el aprendizaje, deserción escolar, drogadicción y delincuencia<sup>12</sup>.

Las mujeres que han sido madres adolescentes afrontan también un mayor riesgo de que sus hijas vivan la misma experiencia, ya que puede existir reincidencia generacional<sup>13</sup>. De igual forma, es altamente probable que un número considerable de madres adolescentes tenga más de un/a hijo/a, lo que hace más difícil la experiencia de la maternidad. Cifras de estadísticas vitales de nacimientos para el período 1996-1998, indican que 12% de las madres adolescentes han sido madres por segunda, tercera y hasta por cuarta vez estando todavía en esa etapa de la vida. Al iniciar su ciclo reproductivo en forma temprana, existen más posibilidades de tener un mayor número de hijos.

#### El embarazo adolescente profundiza inequidades de género

A pesar que tradicionalmente se estimó que la adolescencia era una edad adecuada para la maternidad, en nuestra sociedad se la considera problemática para el desarrollo personal y social de las mujeres y sus hijos/as, como también para el ejercicio de sus derechos, la equidad en las relaciones de género y la plena integración social. Esa situación expone a la adolescente a la discriminación social, a la eventual exclusión de los caminos institucionales de formación y a una limitación de oportunidades de desarrollo y de plena integración social.

Tanto en el origen como en sus consecuencias, su situación está ligada a una inequidad en las relaciones entre hombres y mujeres en un contexto de desprotección social y de

12 González E: Adolescente embarazada. Aspectos sociales. En: Embarazo adolescente. Diagnóstico en 1991. UNICEF-SERNAM. Santiago, 1992.

13 Núñez N: Muñecas por niñas, en Rompan Filas 28, N° 109.

insuficiente promoción de sus derechos sexuales y reproductivos, lo que le ha impedido satisfacer sus necesidades de información y educación, así como los medios para prevenir el embarazo.

El hombre que participa del embarazo con frecuencia elude su co-responsabilidad, es un actor socialmente invisibilizado, que todavía carece de códigos culturales que le permitan vincularse afectiva, ética o normativamente de una manera distinta. La figura del padre soltero aún no está plenamente constituida en nuestra sociedad. Para el hombre joven, a menudo el embarazo es un suceso que trastorna sus proyectos y quiebra su curso biográfico. Es sentido como un error, por el que se paga un costo<sup>14</sup>. Si los padres comparten la responsabilidad del nuevo hijo, los adolescentes deben ingresar al mercado del trabajo sin haber terminado su formación escolar o profesional, con la consiguiente inequidad en las oportunidades para enfrentar su futuro laboral. La sociedad no ofrece condiciones para que esa experiencia sea integrada sin perjudicar el desarrollo y la integración social del hombre. Eso implica que la mujer debe asumir tales efectos sobre sí misma y sobre su hijo/a, aún en condiciones de mayor inequidad. El embarazo en las mujeres adolescentes en la sociedad chilena acrecienta su vulnerabilidad en la medida en que concurren en ella diversas formas de subordinación social: en cuanto mujer, en cuanto joven y en cuanto pobre.

La política pública de salud en el contexto de la reforma

**• Sobre la naturaleza del objeto de la política pública**

La prevención del embarazo no deseado/no planificado, de la violencia sexual, de la infección por VIH y ETS (enfermedades de transmisión sexual) demanda que la política pública dé cuenta de la naturaleza particular del objeto de su intervención. La sexualidad<sup>15</sup>-como la salud, y los derechos sexuales y reproductivos de adolescentes y jóvenes-

puede asimilarse a otros fenómenos (discriminación social, violencia intrafamiliar) y/o a identidades socioculturales (niño/a, mujer, indígena, joven, etc.) susceptibles de ser definidos como objetos integrales. Estos fenómenos están referidos a prácticas subjetivo/sociales y no a condiciones económico/sociales. El mundo de las prácticas subjetivo/sociales constituye un espacio de desconocimiento o re-conocimiento de derechos y de potenciales daños que se pueden prevenir o reducir, por cuanto se relacionan con zonas de la vida personal conectadas con vulnerabilidades derivadas de un conjunto amplio de factores individuales, sociales, políticos y culturales.

Las políticas abordan prácticas desde intencionalidades o propósitos promocionales de derechos, preventivos de riesgos, reparadores de daños. La promoción de decisiones sobre la propia sexualidad resulta necesaria para la prevención de riesgos en salud. Del mismo modo, la integración de la paternidad/maternidad a las biografías y familias requiere de decisiones en el plano de la reproducción. Esas decisiones corresponden a un ámbito de la vida en el cual la prevención de daño no depende directa y simplemente de la acción de un agente estatal (policía, agente de salud, profesor), sino de lo que las personas hagan más allá de la mirada del Estado. Por lo tanto, requieren de una alta reflexividad. Tanto la prevención de riesgos como las decisiones reproductivas se dan en contextos de interacciones y de relaciones interpersonales.

Requieren, por eso, de activación de disposiciones al autocuidado, al mutuocuidado (hacia el/la otro/a) y al sociocuidado (protección genérica). Las capacidades o competencias para el cuidado se alcanzan en contextos de empoderamiento social de los individuos, en las relaciones de género, en las relaciones con el Estado y con otros agentes sociales. En consecuencia, la responsabilidad remite a la promoción del autocuidado, autonomía y empoderamiento de las personas como sujetos de derechos en procesos de crecimen-

14 Olavaria J, Parrini, R: Los padres adolescentes/jóvenes. FLACS. Santiago, Chile; 1999.

15 La sexualidad es personal. Sin embargo, al mismo tiempo es histórica y social. Se puede decir que la sexualidad es parte del desarrollo humano, pero simultáneamente constituye un ámbito de la vida personal altamente configurado en términos sociales en sus significaciones, subjetividades y normatividad. En su vinculación con la construcción social de la masculinidad y feminidad hace a las relaciones entre las personas, las cuales se encuentran atravesadas por diversas relaciones sociales de poder. La sexualidad se constituye, por lo tanto, en un ámbito de la vida vulnerable a riesgos, discriminaciones y exclusiones sociales, a la vez que campo de crisis, negociación y empoderamiento.

to y desarrollo.

La sexualidad es responsable en la misma medida que libre. La cuestión de la responsabilidad no puede dominar la política pública ni se puede ubicar en un nivel superior al de los derechos. Los derechos fundan responsabilidades y no viceversa, sin perder el carácter de ser caras de una misma moneda. Por lo tanto, hay que preguntarse qué sentido tiene una formulación aparentemente punitiva en el marco de una acción del Estado que debe ser básicamente de promoción y educación para el autocuidado de la salud.

#### • La prevención real: los avances en las prácticas preventivas y la brecha social

La investigación sobre el uso de tecnologías preventivas por parte de adolescentes y jóvenes en las prácticas sexuales, predominantemente de base estadística, no parece orientarse ni por una lógica epidemiológica, ni por la consideración de dificultades económicas y culturales para el desarrollo de prácticas de prevención. La interpretación de los datos exige considerar la evolución del uso de estas tecnologías en la sociedad chilena.

El Banco Central registra un ascenso de la importación de condones en la última década. De un total de 2.663.729 unidades en 1990, ésta subió a 11.968.168 unidades en el 2000. Por otra parte, investigaciones sobre uso de condón indican una tendencia al incremento de la adopción de estrategias preventivas<sup>16</sup>. Al observar generacionalmente el fenómeno, se puede afirmar una tendencia al aumento del uso de tecnología preventiva en el proceso de iniciación sexual -muy especialmente del condón-, desde el surgimiento del sida a mediados de los 80.

La Tercera Encuesta Nacional de Juventud del INJ, el más reciente estudio realizado en el país sobre el tema, muestra que la mayoría (69% de los/as jóvenes) usó algún tipo de método preventivo en su última relación sexual. Las mujeres declararon un nivel mayor de uso (76.6% contra 61.7%).

El uso de tecnología preventiva es mayor en los estratos medios y altos, y en los sectores urbanos (69.6% versus 64.6% en sectores rurales). Las tecnologías más utilizadas son los anticonceptivos orales y el condón. En el tipo

de tecnología empleada interviene un patrón de género: las mujeres usan preferentemente anticoncepción oral (40.5% en su último acto sexual) y en menor medida el condón (15.9%), mientras los hombres emplean preferentemente el condón (35.8%) y, en segundo lugar, la anticoncepción oral (19.3%). En conjunto, la tecnología utilizada es mayoritariamente de uso femenino. Sólo el condón, el coito interrumpido (3.7% en hombres y mujeres) y el «método natural» (2.2% y 4.7%, respectivamente) consideran la participación masculina.

Sin embargo, el aumento del uso del condón podría significar una creciente participación masculina directa y autogestionada en la seguridad de las prácticas sexuales. Aunque con diferencias importantes, esa tendencia se observa en los niveles socioeconómicos alto (35% declaró en 1997 haberlo usado en su última relación sexual y en el 2000, 51.8%); medio (22% en 1997 y 27.9% en el 2000) y bajo (11% en 1994 y 18.3% en el 2000).

En relación con la edad, los/as más jóvenes (15-19 años) declaran en mayor proporción el uso de condón. En los grupos de otras edades aumenta el empleo de píldora y DIU. A mayor edad, se incrementa la utilización de alguna forma de protección.

Mientras los/as jóvenes de estratos medios y altos han desarrollado habilidades, información y disponibilidad de ciertos recursos económicos en las últimas décadas, lo que contribuye a empoderarles y permite su acceso -todavía limitado y precario- a servicios de salud privados y adquisición de tecnología preventiva, los/as jóvenes de sectores populares dependen dramáticamente de la disposición normativa y de la acción y recursos del Estado.

#### • Una política basada en derechos

En el campo de las políticas públicas, el Estado tiene el desafío de incorporar y promover el conjunto amplio de avances que ha habido en materia de derechos. Esta exigencia surge de la participación de Chile en la comunidad internacional, de nuestra historia reciente en materia de violación y defensa de los derechos humanos, de nuestra creciente conciencia respecto de las discrimina-

16 Valenzuela S, y cols: (1993) Encuesta de salud reproductiva en adultos jóvenes. Gran Santiago. 1988. Bernal J, Bonacic E: (1997) Evolución en los últimos cinco años de conductas, actitudes y conocimientos de los jóvenes acerca del SIDA. Fundación Nacional contra el Sida (FUNAC), con la colaboración de ADIMARK, Investigaciones de Mercado. Informe 117/97.

ciones por edad, sexo, etnia, etc. En ese sentido, resultan centrales las convenciones y acuerdos emanados de la Organización de Naciones Unidas para fundamentar la construcción de ciudadanía en estas materias. Los acuerdos centrales en los cuales está comprometido el Estado chileno son:

- \* Convención de los Derechos del Niño/a.
- \* Convención para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer, 1989.
- \* Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, 1994.
- \* Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, Beijing, 1995.
- \* Conferencia Mundial de los Derechos Humanos, 1993.
- \* Conferencia de Violencia, OEA, 1994.
- \* Cumbre Social sobre Desarrollo Social, 1995.
- \* Cumbre Mundial a favor de la Infancia, 1990.

De especial importancia son los derechos sexuales y reproductivos, definidos como derechos y libertades fundamentales de todas las personas, sin discriminación. Estos derechos implican contar con información y acceso a los servicios y medios que se requieren para adoptar libremente, sin ningún tipo de coacción o violencia, decisiones sobre aspectos consustanciales a la vida humana, como la sexualidad y la reproducción. Los derechos sexuales y reproductivos, junto con sus enunciados, se unen a otros derechos básicos ya contemplados en instrumentos internacionales sobre derechos humanos<sup>17</sup>. Se basan en el principio de la libertad sexual, lo que significa decidir por sí mismo cuándo y con quién tener relaciones sexuales, libre de coacción, violencia, reproche o discriminación, y sin otros límites que la no-transgresión de la libertad sexual de otras

personas. También implica el derecho a tener la posibilidad de alcanzar el máximo de placer, bienestar y felicidad posibles. Significa autodeterminar la vivencia, experiencia y significación de la propia sexualidad, tenga o no una finalidad procreativa, expresándola a lo largo de toda la vida.

Todas las personas pueden decidir libre, informada y responsablemente si desean o no procrear. En consecuencia, tienen derecho a decidir el número y espaciamiento de sus hijos/os.

Del mismo modo, tienen derecho a alcanzar el más elevado nivel de salud sexual y reproductiva, de acuerdo con la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS), contenida en el Programa de Acción de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo<sup>18</sup>.

Para tomar -y consecuentemente, ejercer- las decisiones reproductivas en el contexto del respeto y protección de los derechos humanos, las personas deben contar con toda la información, educación y orientación necesarias, como también con servicios de atención integral y métodos adecuados. Tienen derecho a ser informadas y asesoradas para vivir su sexualidad libres del riesgo de contraer enfermedades (ETS y VIH/SIDA) y embarazos no planificados y/o no deseados. Asimismo, la protección de estos derechos debe tender a la promoción de relaciones de equidad entre hombres y mujeres, procurando modificar los patrones estereotipados y la valoración social de ambos géneros, eliminando prejuicios y prácticas basadas en ideas de inferioridad o superioridad de los sexos. Los derechos fundamentales se erigen bajo el principio de no discriminación, es decir, con prohibición de todo trato arbitrario en razón

17 Los derechos humanos constituyen el marco general en el cual se construye la noción de derechos sexuales y reproductivos. Los derechos sexuales y reproductivos son un reflejo del carácter progresivo de los derechos humanos.

18 «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 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 de planificación de la familia a 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 partos sin riesgos y den a las parejas las máximas posibilidades de tener hijos sanos. En consonancia con esta definición de salud reproductiva, la atención de salud reproductiva se define como el conjunto de métodos, técnicas y servicios que contribuyen a la salud y al bienestar reproductivo 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» (párrafo 7.2).

de sexo, orientación sexual, raza, edad, estado civil, clase social, origen étnico, religión y minusvalías<sup>19</sup>.

La Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (El Cairo) y la Cuarta Conferencia Mundial de Naciones Unidas sobre la Mujer (Beijing) consagraron el derecho de hombres y mujeres, jóvenes o adultos a estar informados, a acceder a métodos de regulación de la fecundidad seguros, efectivos, aceptables y financiados, y a contar con formas efectivas de prevención de ETS<sup>20</sup>.

Las políticas públicas en salud sexual y reproductiva requieren, por lo tanto, constituir a los individuos en sujetos de derechos, lo cual implica reconocimiento y promoción de la libertad, autonomía y empoderamiento de la población adolescente para llevar a cabo decisiones concernientes a su salud sexual y reproductiva. Al mismo tiempo, deben desarrollar estrategias educativas, de asistencia oportuna y pertinente a sus demandas y necesidades, así como marcos jurídicos que otorguen legitimidad al ejercicio de esos derechos.

Esto debería implicar una reformulación sustantiva de las estrategias educativas. Libertad de elección, respeto a la autonomía, equidad, acceso a información y recursos preventivos constituyen puntos críticos de inflexión respecto de lógicas tradicionales. Por eso, expresan la disposición a formar parte de una corriente de promoción de derechos sexuales y reproductivos, que se sustenta en:

a. El reconocimiento de los derechos sexuales establece el derecho de elección de los individuos sobre su vida sexual. Específicamente, sobre la edad y el modo de entrar a la sexualidad activa.

b. La equidad en la consideración de las categorías de género y de estratificación social. La promoción de la equidad en salud entre hombres y mujeres implica la apertura e incorporación de servicios en salud sexual y reproductiva para hombres, de modo que la responsabilidad del uso de medios preventivos no siga recayendo casi exclusivamente en las mujeres.

En la la estratificación social, la equidad se vincula con el reconocimiento de una brecha en las capacidades de usar servicios y medios preventivos por parte de los/as adolescentes y jóvenes.

c. El derecho a tener información basada en evidencia científica, abierta al conjunto de opciones disponibles, reorienta los procesos de activación de autoaprendizaje y discernimiento, y de educación con agentes múltiples (escuela, medios de comunicación, familias, consultorio, iglesias, etc.). Del mismo modo, el derecho a acceder a servicios especializados y de calidad exige generar nuevas condiciones técnicas, económicas, culturales y legales.

d. El reconocimiento de los/as niños/as y adolescentes como sujetos de derecho implica la promoción de su libertad, autonomía y empoderamiento para llevar a cabo decisiones concernientes a su salud sexual y reproductiva. La promoción del respeto a la autonomía se juega en el campo de las estrategias preventivas y en el ejercicio del principio de confidencialidad.

### La confidencialidad de la información en los servicios de salud reproductiva

El Proyecto de Ley Marco sobre Dere-

19 En el Derecho internacional de los derechos humanos existen dos tipos de instrumentos con que la comunidad internacional regula el ejercicio de los derechos y libertades fundamentales. Por un lado, las convenciones o tratados internacionales que generan efectos vinculantes o de obligatoriedad de los compromisos estatales adquiridos por unos y otros. Entre estos instrumentos jurídicos internacionales, con relevancia en el reconocimiento de Derechos Humanos vinculados a los Derechos Sexuales y Reproductivos, se encuentra el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos; el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; la Convención Americana de Derechos Humanos; la Convención para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer; la Convención de los Derechos del Niño/a; la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer, y la Convención sobre la Eliminación de la Discriminación en la Esfera de la Enseñanza. Por otra parte, se encuentran los instrumentos jurídicos que no tienen un carácter vinculante para los Estados, sin perjuicio del peso político y la posibilidad de que las obligaciones se transformen en costumbre internacional. En efecto, la Declaración Universal de Derechos Humanos, pese a no tener el carácter de un instrumento vinculante, tiene un fuerte peso moral y político. Existe una amplia gama de declaraciones y documentos emanados de Conferencias Mundiales o Regionales que tienen este carácter. Entre ellas están la Declaración y Programa de Acción de la II Conferencia Mundial de Derechos Humanos (Viena); el Programa de Acción Regional para las Mujeres de América Latina y El Caribe 1995-2001 de la VI Conferencia Regional sobre la Mujer en el Desarrollo Económico y Social de América Latina y El Caribe (Mar del Plata); la Declaración de la Cumbre de Desarrollo Social (Copenhague); el Programa de Acción de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (El Cairo); la Plataforma de Acción de la Cuarta Conferencia Mundial de Naciones Unidas sobre la Mujer (Beijing).

20 UNFPA. Reunión Regional sobre Salud Sexual y Reproductiva de los Adolescentes en América Latina: un compromiso con el futuro. San José de Costa Rica; 1997.

chos Sexuales y Reproductivos<sup>21</sup> reconoce la relevancia del secreto médico y la confidencialidad de la información médica. Contempla la «confidencialidad de la información», una variante que involucra el secreto profesional de los médicos e incluye a todos los funcionarios de los servicios de salud, públicos y privados, que reciben (y entregan) información de los pacientes, la que debe ser resguardada.

La mayor complejidad del secreto profesional y la confidencialidad de la información se presenta en el caso de complicaciones por abortos inducidos. Existen normas vigentes que penalizan todo tipo de aborto y obligan a los médicos a denunciar los casos de complicaciones por prácticas abortivas. Sin embargo, es evidente que la dignidad de la mujer es afectada al revelar aspectos tan delicados de su vida personal. Aunque, en la práctica, la mayoría de los médicos mantiene reserva respecto de esto, no existe una normativa clara y sistemática que señale las disposiciones legales aplicables. Así, las situaciones de conflicto de legalidad respecto de la frontera ético-jurídica y la confidencialidad de la información médica se resuelven de modo casuístico.

La relevancia de este aparente vacío legal no es menor, y radica -por ejemplo- en que el



80% de los casos de mujeres procesadas por aborto corresponde a denuncias hechas por los jefes de servicio o profesionales de la salud de los servicios públicos de salud<sup>22</sup> <sup>23</sup>(Casas, 1996, 1998; Barzelatto et al, 1996).

En general, en la atención de salud donde las personas exponen su sexualidad -sea la consulta ginecológica, urológica, sexológica u otra relacionada-, se busca asegurar la protección de esa exposición por la más estricta confidencialidad. En la sociedad chilena actual, no todas las personas se exponen en igual magnitud. La consulta del hombre o mujer con prácticas homosexuales, la de la mujer que ha adquirido una ETS en un contexto extramarital o la de una adolescente que se encuentra iniciando su actividad sexual implican una alta exposición. De ahí que la confidencialidad sea crucial. Si un/a adolescente requiere de servicios de salud para recibir consejería y, eventualmente, suministro de anticonceptivos, y él/la profesional o funcionario/a revela esta situación a los padres o a otra persona, se podría producir un grave daño a su intimidad. Pero,

21 Casas L, Isla P. Confidencialidad de la Información Médica. Corporación de Salud y Políticas Sociales. Santiago, Chile; 2001.

22 Casas e Isla (op.cit.) formulan un conjunto de razones para apoyar el alcance o la fuerza de la obligación del secreto profesional o la confidencialidad de la información médica, las cuales deben poseer una potente resonancia en los principios generales del Derecho y en normas básicas y primordiales de nuestro ordenamiento jurídico, para que éstas tengan una exitosa acogida en los tribunales de justicia.

Una primera argumentación de este tipo yace en el interés público o bien común, principio que recorre toda nuestra legislación. Puesto de un modo negativo, se traduce en que el profesional que viola la confianza depositada en él por su cliente o su paciente está vulnerando no sólo el interés personal de éste, sino el interés de toda la sociedad. El temor y la inseguridad que causa la divulgación de los secretos en esta área resquebraja la sana convivencia y justifica la protección jurídica.

Otra argumentación a favor de este derecho-obligación de antigua data se basa en una disposición del Código Civil (art. 1.546), que dentro del orden contractual del derecho privado recoge el principio de la buena fe en materia contractual. Entre un paciente o cliente y el profesional existe una relación contractual que debe cumplirse de buena fe por las partes, lo que incluye naturalmente el deber de guardar secreto que tiene el profesional frente a hechos que su paciente o cliente desee mantener ocultos. Esta obligación va mas allá de lo que se escribire o se pacte verbalmente entre las partes. Como reza la disposición, se extiende «a todas las cosas que emanan de la naturaleza de la obligación o que por la ley o la costumbre pertenecen a ella».

En Derecho Penal existe arraigado un principio jurídico consistente en la prohibición de obligar a declarar a un imputado en contra de sí mismo, sobre un hecho propio. En nuestra Carta Constitucional se consagra lo anterior en el artículo 19 N°7, letra f: «En las causas criminales no se podrá obligar al inculpado a que declare bajo juramento sobre hecho propio...». Siguiendo esta última tesis, es importante señalar que la utilización de la «confesión del paciente» al médico o matrona constituiría una forma de autoincriminación, lo que como principio general del Derecho está vedado, en conformidad al nuevo Código de Procedimiento Penal.

23 Casas L: Mujeres Procesadas por Aborto. Foro Abierto de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos, y The Center for Reproductive Health and Policy, Santiago de Chile; 1996. Encarceladas. Leyes contra el Aborto en Chile, Foro Abierto de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos, y The Center for Reproductive Health and Policy, Nueva York; 1998.

Barzelatto J, Calderón MC, Isaacs S, Casas L: El aborto en Chile: elementos para el debate. Documento de trabajo. Unidad de Salud y Género, Corporación de Salud y Políticas Sociales (CORSAPS). Santiago de Chile; 1996.

además, desalienta la consulta en busca de servicios en salud sexual y reproductiva<sup>24</sup>.

### • Objetivos sanitarios de la reforma, y la salud sexual y reproductiva de los/as jóvenes

En el marco del proceso de reforma, presentaremos nuestras observaciones al documento de trabajo «Objetivos Sanitarios para la Década» (agosto, 2001), donde se proponen cuatro áreas fundamentales que constituirán los grandes objetivos sanitarios para la próxima década:

1. Mejorar y mantener los logros sanitarios alcanzados.
2. Enfrentar los desafíos derivados del envejecimiento de la población y de los cambios de la sociedad.
3. Disminuir las desigualdades en salud.
4. Proveer servicios acordes a las necesidades y expectativas de la población.

El primer objetivo se refiere a áreas prioritarias que merecen las siguientes observaciones:

\* La «salud materna», como concepto, se muestra insuficiente para hacerse cargo del objetivo «aumentaremos la cobertura e incorporaremos a los hombres a los programas de planificación familiar». Esto requiere un desarrollo conceptual que transite desde una noción de salud materna a la salud reproductiva. A través de ese desarrollo será posible incorporar a los hombres a servicios que les permitan participar de la planificación familiar.

\* En la referencia a áreas de «salud infantil» y «salud materna» existe un vacío respecto de la población adolescente.

El segundo objetivo, orientado a «Enfrentar los desafíos derivados del envejecimiento de la población y de los cambios de la sociedad»,

hace una gruesa referencia a grandes cambios que inciden en la salud -como modelos de desarrollo económico, social y tecnológico, y la globalización de las comunicaciones y el comercio- para finalmente señalar su impacto sobre la modificación de los «estilos de vida». Se distinguen tres áreas en las que se debe avanzar, una de las cuales es «reducir factores de riesgo». En esta área se formulan elementos referidos directa o indirectamente a la cuestión de la salud sexual y reproductiva de los/as jóvenes.

En un acápite denominado «conducta sexual segura», se plantea:

*«Queremos reducir en un 30% la tasa de embarazos en mujeres adolescentes. Para ello trabajaremos junto a Educación y SERNAM en un Plan de Sexualidad Responsable incorporando a hombres y mujeres. Realizaremos acciones para retrasar la edad del inicio de la actividad sexual y aumentaremos la cobertura de la consejería en salud sexual y reproductiva, facilitando el acceso a información y a métodos anticonceptivos que permitan una conducta sexual segura, lo que además disminuirá la transmisión del VIH y ETS» (pág. 7.)*

Se trata de un texto complejo que integra, al mismo tiempo, objetivos, estrategias y una propuesta. Debe ser leído y asumido de conjunto como una visión que expresa una política. En ese sentido, la discutiremos aquí.

Respecto del objetivo explícito, permítasenos señalar que la fijación de objetivos sanitarios en el marco de una política pública no puede formularse orientándolo a la reducción de embarazos en mujeres adolescentes, a secas. Sabemos que la política pública en el país reconoce, por una parte, el derecho de

24 El derecho a la confidencialidad de la información en salud sexual y reproductiva que contempla el proyecto de ley tiene una íntima relación con el resto de los derechos descritos en la iniciativa legal, pero en especial con los derechos al consentimiento informado y a la protección frente a la experimentación científica en métodos anticonceptivos. El artículo 13 del proyecto señala en su inciso primero que «las experimentaciones sobre métodos anticonceptivos y acciones para regular la fecundidad deben estar sujetos a protocolos de experimentación científica y éticamente aprobados por organismos internacionales pertinentes». A su vez, el inciso segundo señala que «ninguna persona podrá acceder o ser sometida a métodos experimentales sin cumplir con las condiciones anteriormente señaladas y contando siempre con su consentimiento informado, con la debida anticipación, manifestado por escrito, a fin de promover, proteger y garantizar los Derechos Sexuales y Reproductivos». Por otra parte, el artículo 14, inciso primero, establece que «se reconoce el derecho a ser informado y acceder a información clara, comprensible y completa sobre métodos de regulación de la fecundidad y de prevención de enfermedades de transmisión sexual, incluido el VIH/SIDA, a tener acceso a servicios de consejería sobre métodos seguros y eficaces de regulación de la fecundidad que cumplan con los estándares internacionales de seguridad y eficacia».

La conexión entre estos derechos es la siguiente: para que una persona tome una decisión respecto de estudios de investigación que involucren a su cuerpo o acuda a un servicio de salud para recibir consejería sobre métodos anticonceptivos requiere, además, de una acabada información, de la necesaria confidencialidad del profesional o del funcionario/a que la atiende. La seguridad que espera el usuario/a incluye la reserva acerca de las decisiones que éste tome. Esto resulta especialmente relevante en los menores que acuden a los centros de salud para consejería en salud sexual y reproductiva, como ya se ha señalado. El derecho a recibir consejería e información es un derecho del menor y no de los padres, por lo tanto, la confidencialidad se debe a los primeros y no a los segundos. Por otra parte, es el menor, entendiéndose niño o niña, el titular del derecho a la salud, la integridad física y psíquica, por lo cual, son estos derechos los que deben primar.

las mujeres y hombres jóvenes a tomar decisiones reproductivas. Por otra parte, aquello no se organiza a partir de una política de control de la natalidad. Reconociendo lo anterior, es crucial la definición del fenómeno que se busca prevenir en términos de los personas, y reducir en términos poblacionales. Se ha utilizado la noción de embarazo no deseado, así como la noción de embarazo no planificado. Probablemente la dificultad de lograr una definición precisa sea propia de la naturaleza ambivalente del fenómeno. En cualquier caso, **en la formulación de los objetivos sanitarios se debe expresar la orientación a actuar para reducir el embarazo no planificado o no deseado, salvaguardando de este modo las elecciones reproductivas de las personas.**

Se puede sugerir que en el plano de los objetivos se esconde un objetivo oculto que. Si bien está formulado como estrategia, constituye una cuestión de propósitos de una política. Aunque esté sucedida de una propuesta que tiene una orientación distinta, el propósito expuesto como «*realizaremos acciones para retrasar la edad del inicio de la actividad sexual*», seguido de «*aumentaremos la cobertura de la consejería en salud sexual y reproductiva, facilitando el acceso a información y a métodos anticonceptivos que permitan una conducta sexual segura*» no se refiere a una estrategia que ofrece múltiples opciones a las personas, sino que subraya en el plano de la política de salud un elemento discutible tanto técnicamente como desde una perspectiva de derechos. Esto, por las siguientes razones:

\* Convierte en un problema por sí solo la entrada de las nuevas generaciones en la sexualidad activa y no releva las condiciones de precariedad e inequidad en que ese proceso ocurre, derivadas de factores socioculturales, económicos y políticos.

\* Opera con la idea que existe precocidad como fenómeno generalizado. La precocidad es una noción histórica y social, no existe en el vacío. En la investigación social, su abordaje puede ser sólo estadístico, pero en la sociedad chilena actual tiene la connotación que antes tuvo la «promiscuidad», y se ha instalado en el imaginario social como una amenaza a la sexualidad. Lo que muestra la precocidad, estadísticamente observada, es la segmentación social de la sexualidad: son los hombres y mujeres jóvenes de estratos populares los que inician sus vidas sexuales,

reproductivas y de pareja significativamente antes que los otros estratos sociales.

\* Introduce la abstinencia como un indicador moral de los programas. Efectivamente, se puede considerar reducir o aumentar ciertas tasas relacionadas con la salud sexual y reproductiva. Reducir el embarazo no deseado o no planificado es un indicador crítico, como también lo es reducir la violencia sexual sufrida por niños/as y adolescentes. Aumentar la consulta de atención primaria en salud sexual y reproductiva en la población adolescente puede ser un indicador positivo. Si se trata básicamente de alcanzar niveles óptimos en este plano, importa que las prácticas de quienes las realizan sean libres, satisfactorias, con niveles reducidos de exposición a riesgo y daño, así como aseguradas en sus derechos. Sin embargo, la pretensión de postergar la edad de iniciación no se ajusta a una lógica técnica ni de derechos. Forma parte de una pretensión similar a la que experimentó la política de prevención del VIH/SIDA, cuando se buscó transformar la promoción de la «abstinencia» y la reducción de la «promiscuidad» en objetivos centrales de las estrategias.

\* Los sujetos debidamente informados y empoderados han de decidir en qué momento y condiciones desarrollan su vida sexual.

El tercer objetivo, «Disminuir las desigualdades en salud», se limita a las desigualdades económicas y a aquellas derivadas de la edad: niñez y adultez mayor. Sorprende por lo clásico del enfoque. No considera las inequidades en salud vinculadas al género ni construye un cruce con la variable de estrato social.

El cuarto objetivo, «Proveer servicios acordes a las necesidades y expectativas de la población», tiene una formulación tan genérica que no permite ver si en relación a «equidad en el acceso», en «calidad de la atención» o en «satisfacción usuaria», la propuesta buscará formas específicas de asegurar oportunidad, pertinencia y calidad a las demandas y necesidades en salud reproductiva de la población adolescente .



GOBIERNO DE CHILE  
MINISTERIO DE SALUD  
SERVICIO NACIONAL DE LA MUJER