

Chile: Derechos y Salud Sexual y Reproductiva  
Actualización 2009

Claudia Dides C.  
M. Cristina Benavente R.

## ÍNDICE

1. INTRODUCCION	_4
2. REGULACIÓN DE LA FERTILIDAD: MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS, ESTERILIZACIÓN VOLUNTARIA, ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA	_8
2.1. ATENCIONES DE REGULACIÓN DE LA FERTILIDAD	_8
GRÁFICO 1	_8
GRÁFICO 2	_9
GRÁFICO 3	_10
2.2. DISTRIBUCIÓN DE MÉTODOS DE REGULACIÓN DE FERTILIDAD EN MUJERES	_10
GRÁFICO 4	_11
GRÁFICO 5	_11
GRÁFICO 6	_12
GRÁFICO 7	_13
GRÁFICO 8	_14
2.3. ESTERILIZACIONES	_14
GRÁFICO 9	_15
GRÁFICO 10	_15
GRÁFICO 11	_16
2.4. ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA	_17
CONTEXTO A LA FECHA DE LA PRESENTE ACTUALIZACIÓN	_17

3. SEXUALIDADES, SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA ADOLESCENTES	_20
3.1. EL ESTADO DE LA SITUACIÓN	_21
GRÁFICO 12	_21
GRÁFICO 13	_22
GRÁFICO 14	_22
GRÁFICO 15	_23
GRÁFICO 16	_25
3.2. POLÍTICAS PÚBLICAS DIRIGIDAS A ADOLESCENTES	_25
SUMARIO DE LEGISLACIONES EN TRÁMITE A LA FECHA DE ESTA ACTUALIZACIÓN	_32

## 1. INTRODUCCION

En 2006 el CLAM publicó el libro ***Panorama de Sexualidad y Derechos Humanos en Chile***, que resultó de un estudio de diagnóstico de la situación en lo que hace a la legislación, jurisprudencia y políticas públicas relacionadas con los derechos sexuales y reproductivos. Si bien todas las temáticas abordadas en aquella oportunidad han experimentado algunos cambios, creemos que existen dos temas de los cuales es fundamental dar cuenta en una actualización. Nos referimos a **la salud sexual y reproductiva de adolescentes y a la anticoncepción de emergencia** (abordadas, respectivamente, en el capítulo 7 y el capítulo 9 del diagnóstico original). Estas cuestiones han estado presentes en el debate público en Chile y se han generado al respecto tanto proyectos de ley como políticas públicas específicas.

En términos generales, en el campo de los derechos sexuales y reproductivos se han producido en los dos últimos años algunos avances, traducidos en discusiones parlamentarias así como en instructivos específicos, como en el caso del aborto, que se explicitará más adelante.

En primer lugar, cabe destacar la moción sobre Acoso Sexual presentada en la Comisión de Familia de la Cámara de Diputados durante el 2008. Esta iniciativa, que permaneció sin debate hasta julio del 2008,<sup>1</sup> propone sancionar penalmente el acoso sexual, definiéndolo como "solicitar favores de naturaleza sexual, para sí o para un tercero, en el ámbito de una relación laboral, docente, deportiva o de prestación de servicios, continuada o habitual, y con tal comportamiento provocar a la víctima una situación objetiva intimidante u hostil". El acoso sexual, que afecta principalmente a mujeres, constituye una grave forma de discriminación y

<sup>1</sup> Moción de los/as Diputados/as María Antonieta Saa, Adriana Muñoz, Juan Bustos, Guillermo Ceroni, Maximiano Errazuriz, Jaime Mulet y los/as ex parlamentarios/as Sergio Elgueta, Enrique Krauss, Luis Monge y Marina Prochelle, presentada en enero de 2001 (Boletín N° 2665-18).-

una manifestación de la violencia de género que debe ser enfrentada por el Estado de Chilechileno, en virtud de numerosos compromisos internacionales asumidos.

En 2005 se había legislado respecto del acoso sexual en espacios laborales, estableciéndose la obligación de adoptar procedimientos para su denuncia, aunque en aquella ocasión no fue tipificado penalmente como un delito. Si bien ello constituyó un notable avance, no fue suficiente para enfrentar la magnitud y gravedad del problema. La sanción penal, por sí sola, no es suficiente para combatir un problema social y de derechos humanos como el acoso sexual. Sin embargo, es recomendable incorporarla como parte de un conjunto integral de medidas, mediante un tipo penal específico. Por ello, no resultan comprensibles los argumentos esgrimidos por los Diputados que rechazaron la idea de legislar al respecto, con el argumento de que los tipos penales existentes – como los delitos de amenazas y de injurias– serían suficientes para sancionar el acoso sexual.<sup>2</sup>

Por su parte, se volvió a presentar la iniciativa del Proyecto Marco de Salud y Derechos Sexuales y reproductivos.<sup>3</sup> Esta iniciativa ingresó a tramitación el 1º de julio y fue remitida a la Comisión de Salud de la Cámara de Diputados. A la fecha del presente informe no había sido debatido ni se le había asignado urgencia para su discusión (Boletín Nº 5933-11), a pesar de ser un compromiso del Gobierno en ejercicio. La moción apunta a establecer las bases normativas generales para que el Estado de Chile asuma su responsabilidad internacionalmente comprometida en relación a la salud y los derechos sexuales y reproductivos de mujeres y hombres.

En abril del 2009, el Ministerio de Salud instruyó a los Directores de Salud<sup>4</sup> en lo referido al artículo 15º de la Convención contra la *Tortura y Otros tratos o Penas Cruelles, Inhumanos o Degradantes*, que establece que “ninguna declaración que se demuestre que ha sido hecha como resultado de tortura puede ser invocada como prueba en ningún procedimiento”.<sup>5</sup> Esto es relevante para el caso de las mujeres que requieren atención médica por complicaciones de salud asociadas a la realización de abortos. Aun cuando el aborto es ilegal en Chile y constituye un tipo penal en la legislación chilena (art. 342 del Código Penal) no corresponde extraer confesiones a las mujeres que requieren atención médica como resultado de un

<sup>2</sup> Boletín Trimestral del Observatorio Parlamentario. Segundo trimestre, año legislativo 2008. Disponible en: [http://www.humanas.cl/boletin2008/2\\_trimestre/01\\_17.html](http://www.humanas.cl/boletin2008/2_trimestre/01_17.html)

<sup>3</sup> Ídem. Esta iniciativa fue presentada por las Diputadas María Antonieta Saa (Partido por la Democracia - PPD) y Adriana Muñoz (PPD), que junto a Enrique Accorsi (PPD), Juan Lobos (Unión Demócrata Independiente - UDI), Osvaldo Palma (Renovación Nacional - RN), Alberto Robles (Partido Radical Social Demócrata - PRSD), Fulvio Rossi (Partido Socialista - PS) y Gabriel Silber (Partido Demócrata Cristiano - DC), presentaron un proyecto de ley marco sobre derechos sexuales y reproductivos.

<sup>4</sup> Ministerio de Salud. Departamento de Asesoría Jurídica. Ordinario A/15. Santiago, abril de 2009.

<sup>5</sup> Esta Convención fue ratificada por Chile el 30 de septiembre de 1988.

aborto. Es decir, “la atención médica debe ser incondicional y cualquier confesión obtenida en el contexto descrito, es completamente ilegal”.<sup>6</sup> Las instrucciones aluden también a la protección legal de los profesionales de salud, que tienen “la facultad de abstenerse de declarar en procesos penales por razones de secreto, tales como en los casos de médicos (art. 303, Código Penal). La ley también protege la relación médico-paciente y la convierte en un imperativo legal, cuando establece la obligación de guardar secreto en materias que por su naturaleza tengan dicho carácter (art. 61, letra “h”, Estatuto Administrativo)”<sup>7</sup>.

Todo esto se condice con las políticas sanitarias del Gobierno de Chile, que suscribió al *Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo* (1994) que establece:

En todos los casos, las mujeres deberían tener acceso a servicios de calidad para tratar las complicaciones derivadas de aborto. Se deberían ofrecer con prontitud servicios de planificación de la familia, educación y asesoramiento post aborto que ayuden también a evitar la repetición de abortos.<sup>8</sup>

Otro tema relevante en la discusión nacional ha sido la moción que regula la unión civil entre personas del mismo sexo y propone incorporar dicha institución al Código Civil, a fin de permitir a personas del mismo sexo optar por una institucionalidad similar al matrimonio, que les confiera protección a sus derechos, especialmente en materia patrimonial.<sup>9</sup> Ingresó a tramitación el 19 de marzo de 2009 y fue remitida para estudio a la Comisión de Familia de la Cámara Baja. La iniciativa define la unión civil como un “contrato solemne celebrado por dos personas del mismo sexo, ambas con la correspondiente capacidad, destinado a regular la vida en pareja de los contrayentes”. Los contrayentes – que no podrán celebrar dicho contrato si tienen un vínculo matrimonial o de unión civil anterior y no disuelto – deberán optar entre el régimen de separación de bienes o comunidad de bienes, designando en este último caso cuál de los contrayentes administrará los bienes.

También debe mencionarse la iniciativa presentada en el 2008 que apunta a evitar que madres o padres sean impedidos de ejercer sus derechos y deberes, o que

<sup>6</sup> Ministerio de Salud. Departamento de Asesoría Jurídica. Ordinario A/15. Santiago, abril 2009.

<sup>7</sup> Ídem

<sup>8</sup> Ídem

<sup>9</sup> Presentada por el Diputado Marco Enríquez-Ominami (PS), 2008. En relación al concepto de matrimonio, el 20 de marzo ingresó a tramitación un proyecto presentado por los Diputados Alfonso de Urresti (PS), Marco Enríquez-Ominami (PS), Ramón Fariás (PPD), Guido Girardi (PPD), Jorge Insunza (PPD) y Adriana Muñoz (PPD). La iniciativa propone eliminar de la actual definición del contrato de matrimonio, la referencia a la unión entre un hombre y una mujer, reemplazándola por la unión entre dos personas; a la vez que elimina de dicha definición la finalidad de procrear asignada al matrimonio por la legislación civil. Boletín Trimestral del Observatorio Parlamentario. Primer trimestre año legislativo 2008. Accesado: [http://www.humanas.cl/boletin2008/1\\_trimestre/01\\_6.html](http://www.humanas.cl/boletin2008/1_trimestre/01_6.html)

sean alejados de sus hijos/as en razón de su orientación lésbica u homosexual.<sup>10</sup> Se propone incorporar al Código Civil un conjunto de normas que impida considerar la orientación sexual diversa de la madre o del padre como una causal de inhabilidad para ejercer el cuidado personal del/a niño/a, mantenga o no una relación con una persona de su mismo sexo. Tampoco deberá considerarse la orientación sexual para suspender o restringir el derecho de mantener una relación directa y regular con el/la niño/a; ni para efectos de regular la patria potestad. Como complemento de lo anterior, en la Ley de Tribunales de Familia se introduce una norma para impedir que la prueba en relación a la orientación sexual diversa sea considerada como fundamento para restringir, suspender o privar de algún derecho en relación con el/la niño/a.

<sup>10</sup> El proyecto fue presentado por el Senador Carlos Ominami y remitido a la Comisión de Constitución, Legislación, Justicia y Reglamento de la Cámara Alta, sin que hasta la fecha se haya iniciado su debate ni se le asigne urgencia. El proyecto ingresó a tramitación el 22 de enero de 2008, lo cual excede el período comprendido por el presente Boletín Trimestral; sin embargo se lo ha incluido por su relevancia. Boletín Trimestral del Observatorio Parlamentario. Primer trimestre año legislativo 2008. Disponible en: [http://www.humanas.cl/boletin2008/1\\_trimestre/01\\_7.html](http://www.humanas.cl/boletin2008/1_trimestre/01_7.html)

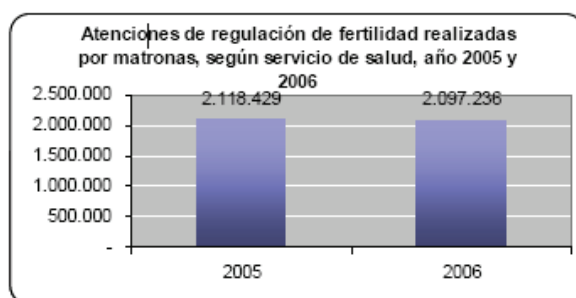
## 2. REGULACIÓN DE LA FERTILIDAD: MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS, ESTERILIZACIÓN VOLUNTARIA, ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA

Según datos estadísticos del Censo 2002 (Instituto Nacional de Estadísticas - INE, Chile) las tasas de fecundidad han disminuido a la mitad desde 1960 hasta la fecha, pasando de una tasa de 5,3 hijos por mujer hace cuatro décadas atrás, a una de 2,3 hijos en la actualidad. Se pueden identificar principalmente dos causas de esta tendencia: la promoción del uso de métodos anticonceptivos modernos que tuvo impulso en la década de los sesenta, y los cambios generacionales en el número de hijos deseados por la mujer y/o la pareja.<sup>11</sup>

### 2.1. ATENCIONES DE REGULACIÓN DE LA FERTILIDAD

A comienzos del siglo XXI, el 99% de las atenciones de regulación de fertilidad en el sistema público de salud eran realizadas por matronas.<sup>12</sup> En el año 2006, éstas correspondieron al 39,8% del total de atenciones realizadas por estas profesionales (5,7 puntos porcentuales más que en 2005), que ascienden a más de dos millones en el año (gráfico 1).

| GRÁFICO 1



Fuente: Base de datos del Departamento de Estadísticas del Ministerio de Salud, Gobierno de Chile. Año 2007.

<sup>11</sup> Schiappacasse V, Vidal P, Casas L, Dides C, Díaz S. (2003) *Chile: Situación de la Salud y los Derechos Sexuales y Reproductivos*. SERNAM.

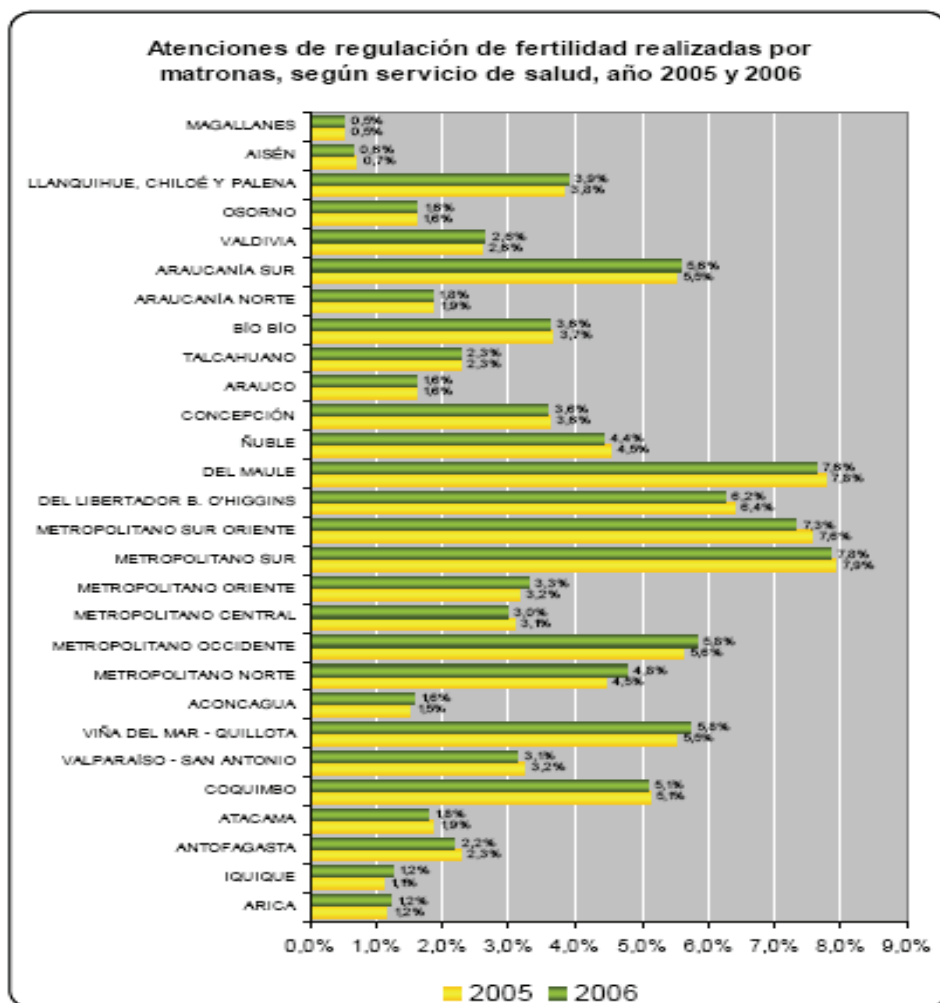
<sup>12</sup> Schiappacasse V, Vidal P, Casas L, Dides C, Díaz S. Op. Cit.



En el gráfico 2 puede apreciarse que los Servicios de Salud Metropolitano Sur y Del Maule son los que realizan mayor porcentaje de atenciones de regulación de fertilidad, mientras que los de Aysén y Magallanes, respectivamente, son los que tienen los porcentajes más bajos.

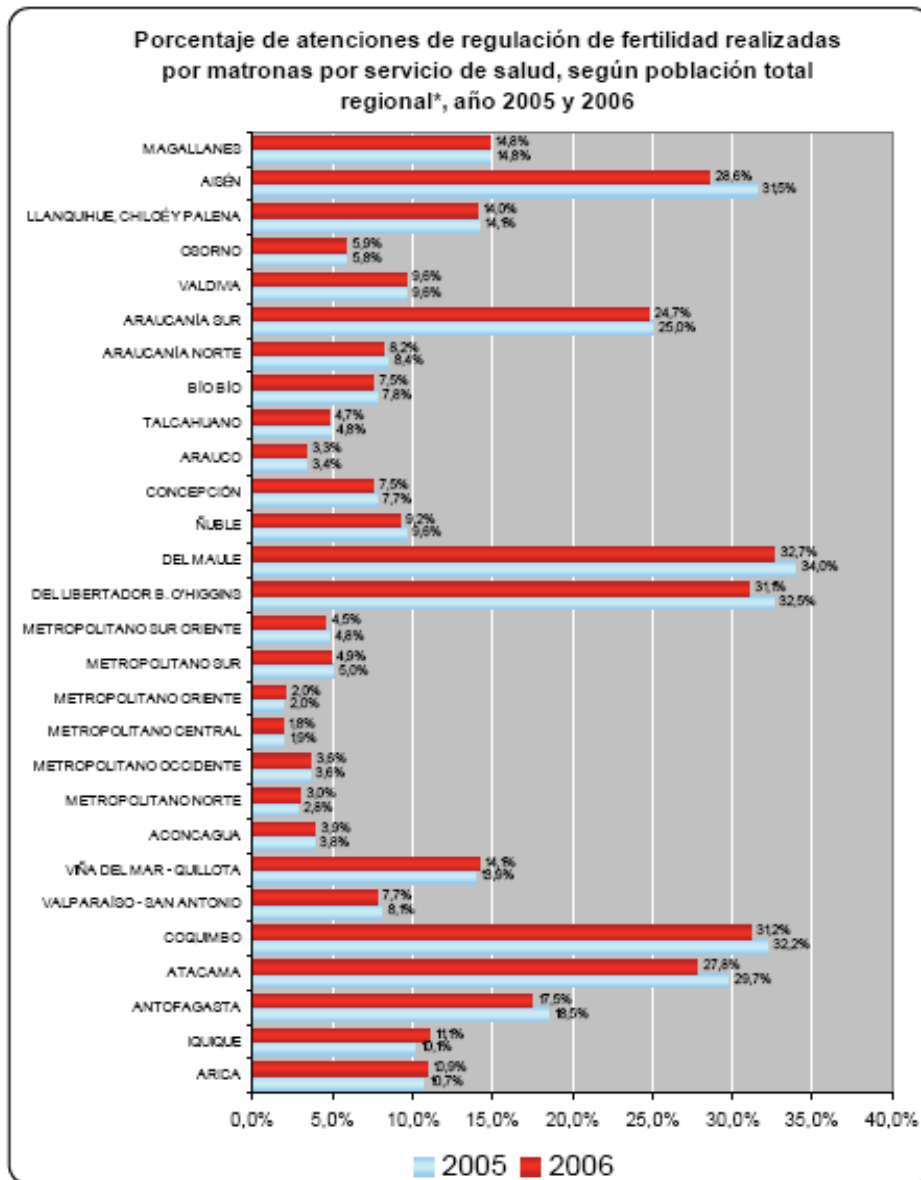
Sin embargo, al observar las tasas de atenciones por regulación de la fertilidad realizadas por matronas, respecto a la población total de cada región, se aprecia que los porcentajes más altos se concentran en las regiones VII (Del Maule), VI (Del Libertador O’Higgins), IV (Coquimbo), III (Atacama) y XI (Aysén), respectivamente. Significa que es en estas regiones donde este tipo de atenciones tiene mayor incidencia en la población total regional, mientras que en los servicios públicos de salud de la Región Metropolitana la incidencia es mucho menor (de hecho, la sumatoria de los porcentajes del año 2006 sólo para los servicios de salud metropolitanos, da un total de 17,1%, cifra muy por debajo de los porcentajes de las regiones antes mencionadas).

| GRÁFICO 2



Fuente: Base de datos del Departamento de Estadísticas del Ministerio de Salud, Gobierno de Chile. Año 2007.

| GRÁFICO 3



\* El porcentaje se calculó dividiendo el número total de atenciones de regulación de fertilidad realizadas por matronas, por la población regional estimada para los años 2005 y 2006 de cada Servicio de Salud.

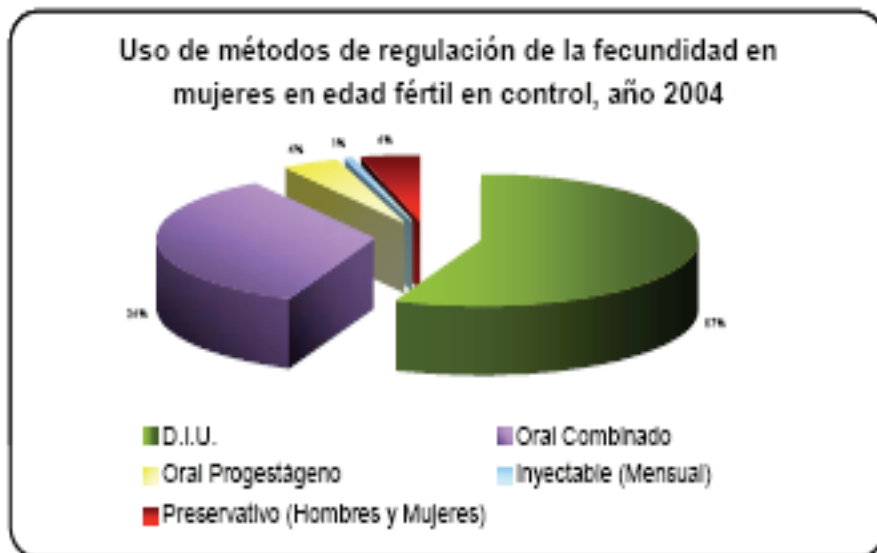
Fuente: Base de datos del Departamento de Estadísticas del Ministerio de Salud, Gobierno de Chile. Año 2007.

2.2. DISTRIBUCIÓN DE MÉTODOS DE REGULACIÓN DE FERTILIDAD EN MUJERES

El gráfico 4 muestra la distribución de métodos de regulación de fertilidad en mujeres en control. Se observa que el dispositivo intrauterino (DIU) presenta la mayor incidencia, con un 57% de uso en pacientes del sistema público de salud, mientras que los preservativos sólo alcanzan un 4%. En la encuesta de Calidad

de Vida del Ministerio de Salud (2000), se señala que alrededor de un 40% de las usuarias de preservativos los obtiene directamente de las farmacias o en la consulta privada, lo que explicaría la baja proporción de entrega de este tipo de métodos en el sistema público de salud.

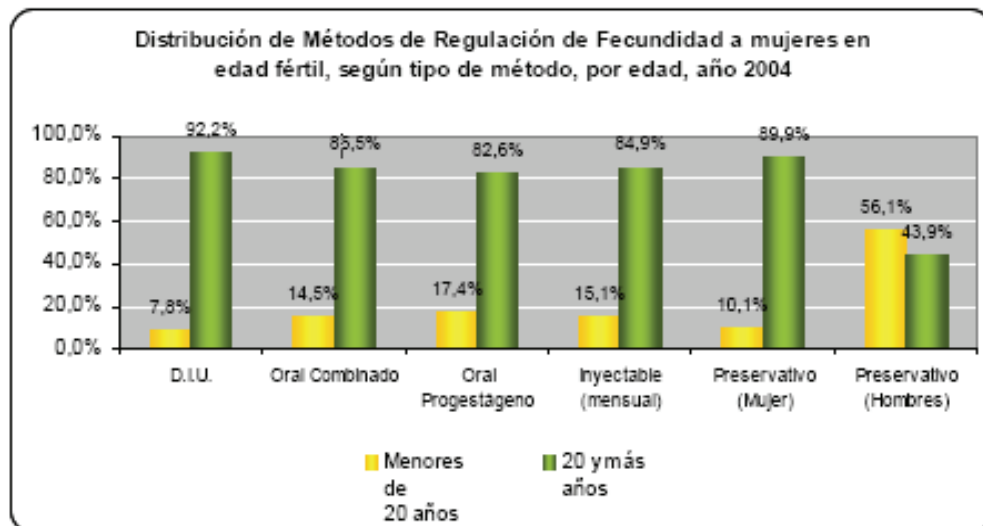
| GRÁFICO 4



Fuente: Base de datos del Departamento de Estadísticas del Ministerio de Salud, Gobierno de Chile. Año 2007.

En el gráfico 5, entanto, se observa que los preservativos masculinos son el único método que es entregado más a mujeres menores de 20 años que a mujeres mayores de 20, en el servicio público de salud, factor que probablemente se vincule a las tendencias a la baja en la tasa de fecundidad adolescente.

| GRÁFICO 5

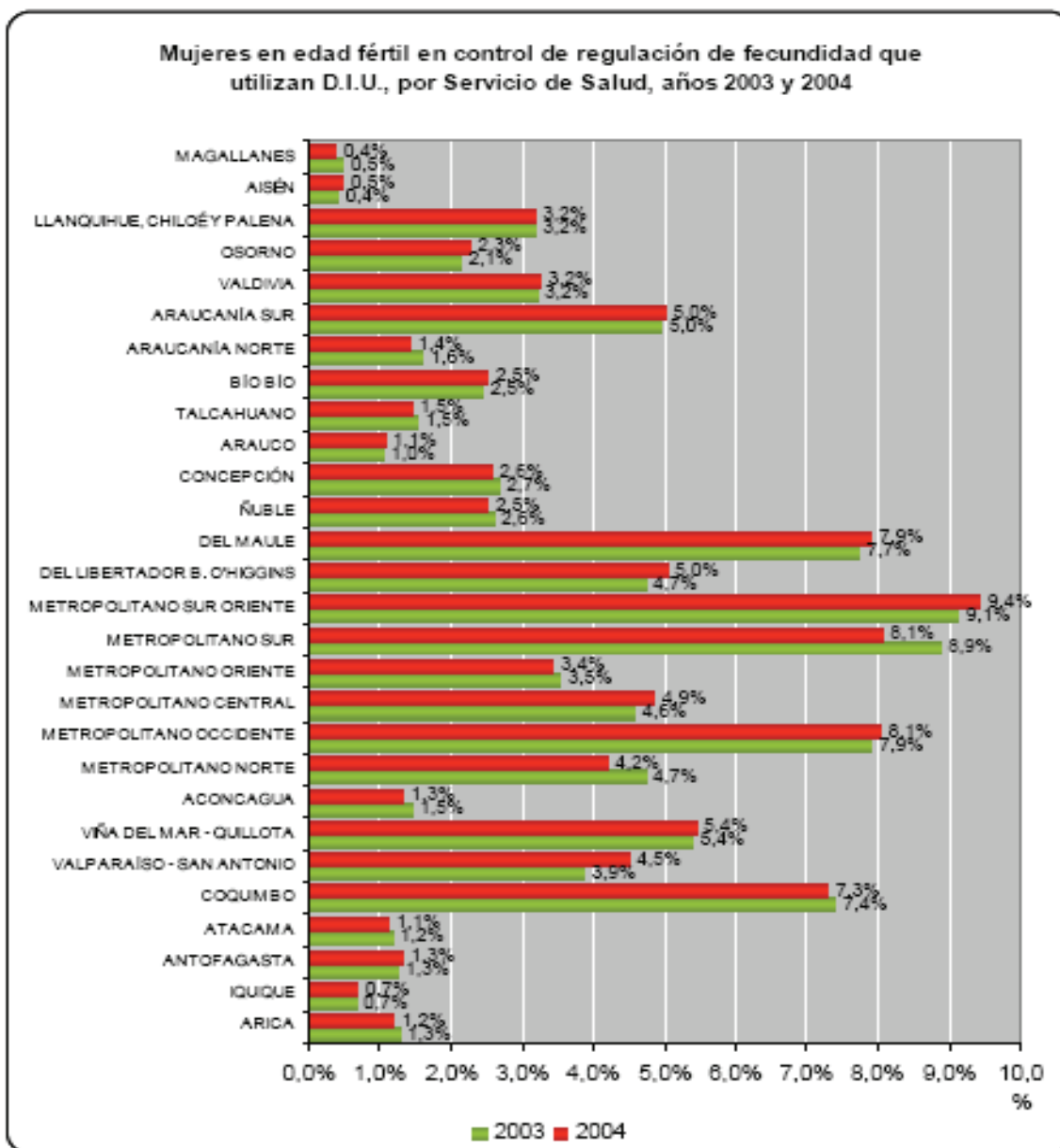


Fuente: Base de datos del Departamento de Estadísticas del Ministerio de Salud, Gobierno de Chile. Año 2007.

En los gráficos 6, 7 y 8 se observa que los Servicios de Salud Metropolitano Sur Oriente y Metropolitano Sur son los que presentan los más altos porcentajes de distribución de DIUs a mujeres en control dentro del país.

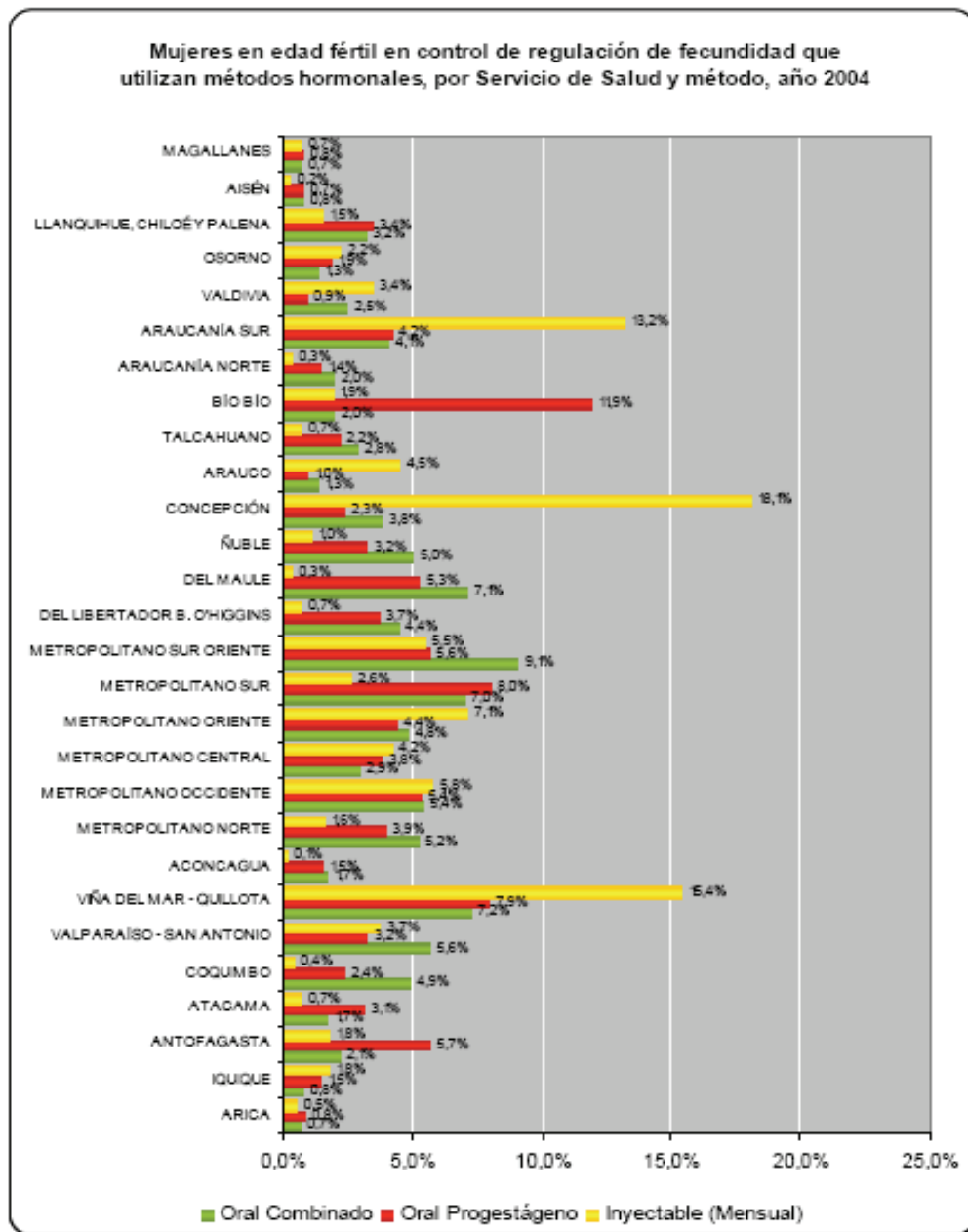
Por su parte, el método hormonal inyectable predomina en los Servicios de Salud de Concepción, Villa Alemana – Quillota y la Araucanía Sur; los Servicios con mayor incidencia en la distribución del método hormonal oral progestágeno y oral combinado son el Metropolitano Sur Oriente y el de Villa Alemana – Quillota; la entrega de preservativos masculinos tiende a ser mayor en el Servicio de Salud de la Araucanía Sur que en el resto del país, y la entrega de preservativos femeninos tiene mayor incidencia en el Metropolitano Sur Oriente.

| GRÁFICO 6

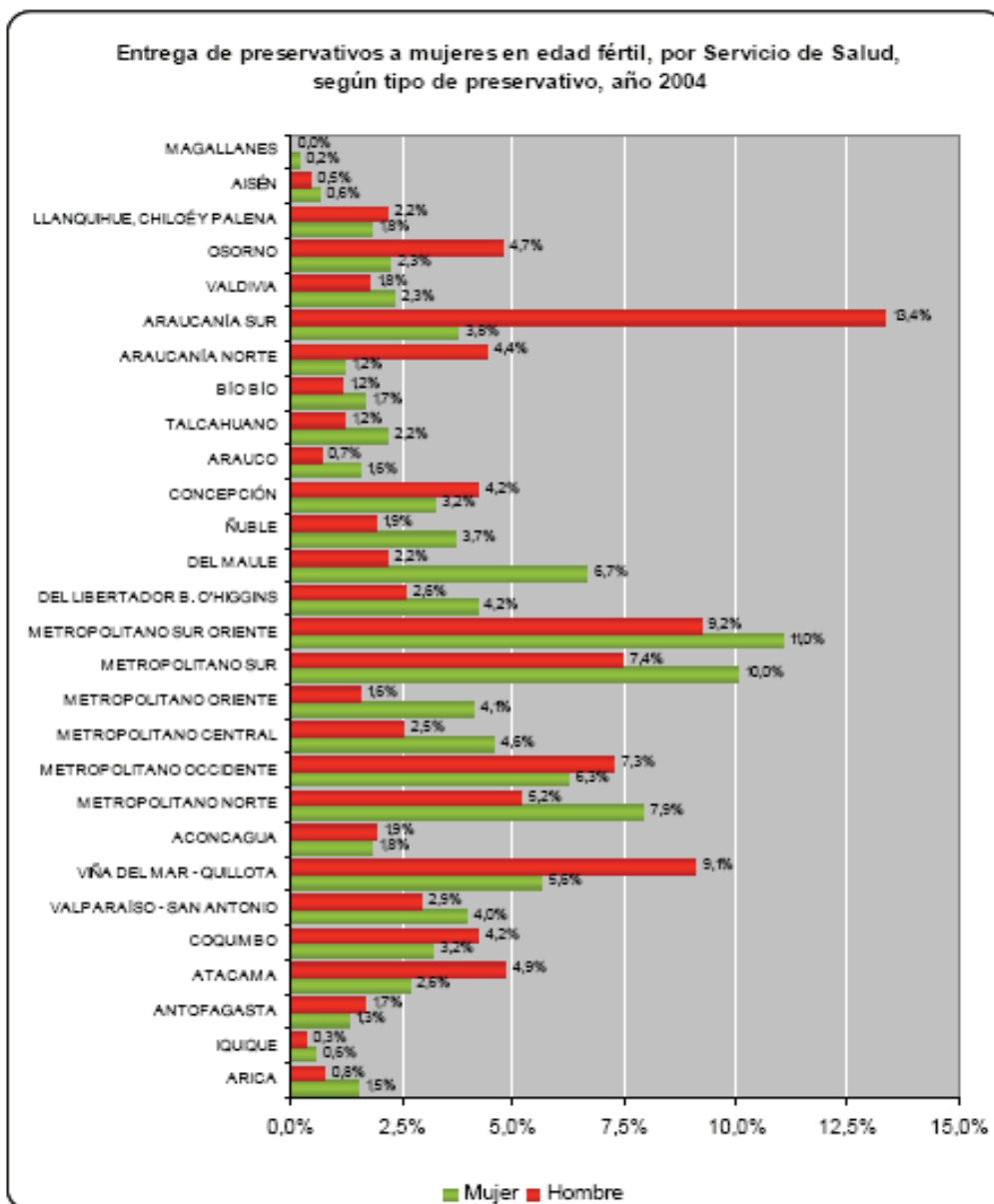


Fuente: Base de datos del Departamento de Estadísticas del Ministerio de Salud, Gobierno de Chile. Año 2007.

| GRÁFICO 7



| GRÁFICO 8



Fuente: Base de datos del Departamento de Estadísticas del Ministerio de Salud, Gobierno de Chile. Año 2007.

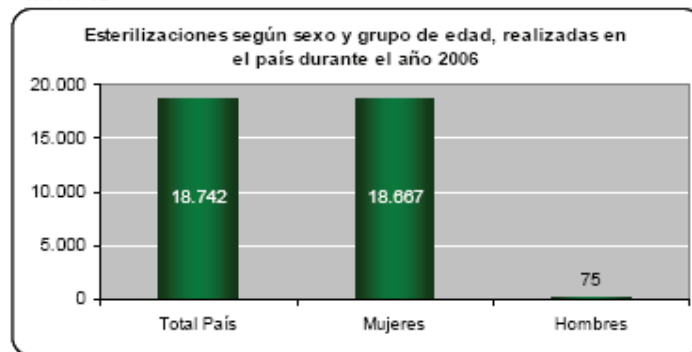
2.3. ESTERILIZACIONES

Las esterilizaciones realizadas en el sistema público de salud ascendieron, durante el año 2006, a 18.742 casos (gráfico 9), habiéndose efectuado el 99% de las mismas a mujeres. Estas cifras representan un aumento de un 14,2% de esterilizaciones a mujeres respecto del primer diagnóstico de realización de este procedimiento efectuado por el Ministerio de Salud durante el año 2002,<sup>13</sup> luego de la

<sup>13</sup> Departamento de las Personas, Programa Salud de la Mujer (2002): *Diagnóstico de Situación sobre Esterilizaciones Voluntarias*. Ministerio de Salud.

modificación a la reglamentación administrativa sobre la esterilización voluntaria realizada por el mismo Ministerio en el año 2000, que tenía por objeto terminar con la discriminación de género en el ámbito de los servicios de salud.<sup>14</sup> Por su parte, entre 2002 y 2006, las esterilizaciones masculinas (vasectomías) tuvieron una disminución de un 45,2% en el Sistema Público de Salud.

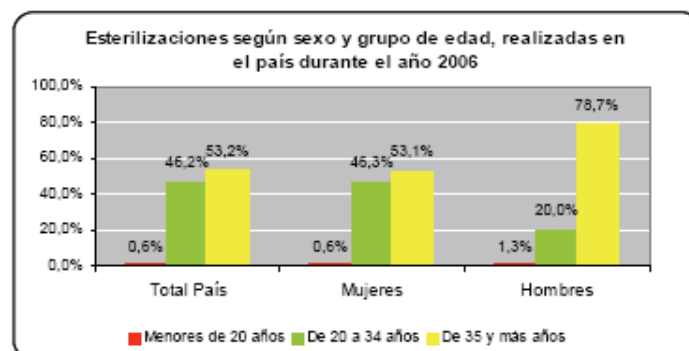
| GRÁFICO 9



Fuente: Base de datos del Departamento de Estadísticas del Ministerio de Salud, Gobierno de Chile. Año 2007.

Como se observa en el gráfico 10, la mayor proporción de esterilizaciones masculinas son realizadas a mayores de 35 años (78,7%), mientras que para el caso de las esterilizaciones femeninas, si bien en su mayoría también son efectuadas a mujeres mayores de 35 años de edad (53,1%), existe una prevalencia de un 46,3% en mujeres de entre 20 y 25 años, lo que tiene relación con la actual tendencia a la disminución de las tasas de fecundidad en Chile.

| GRÁFICO 10

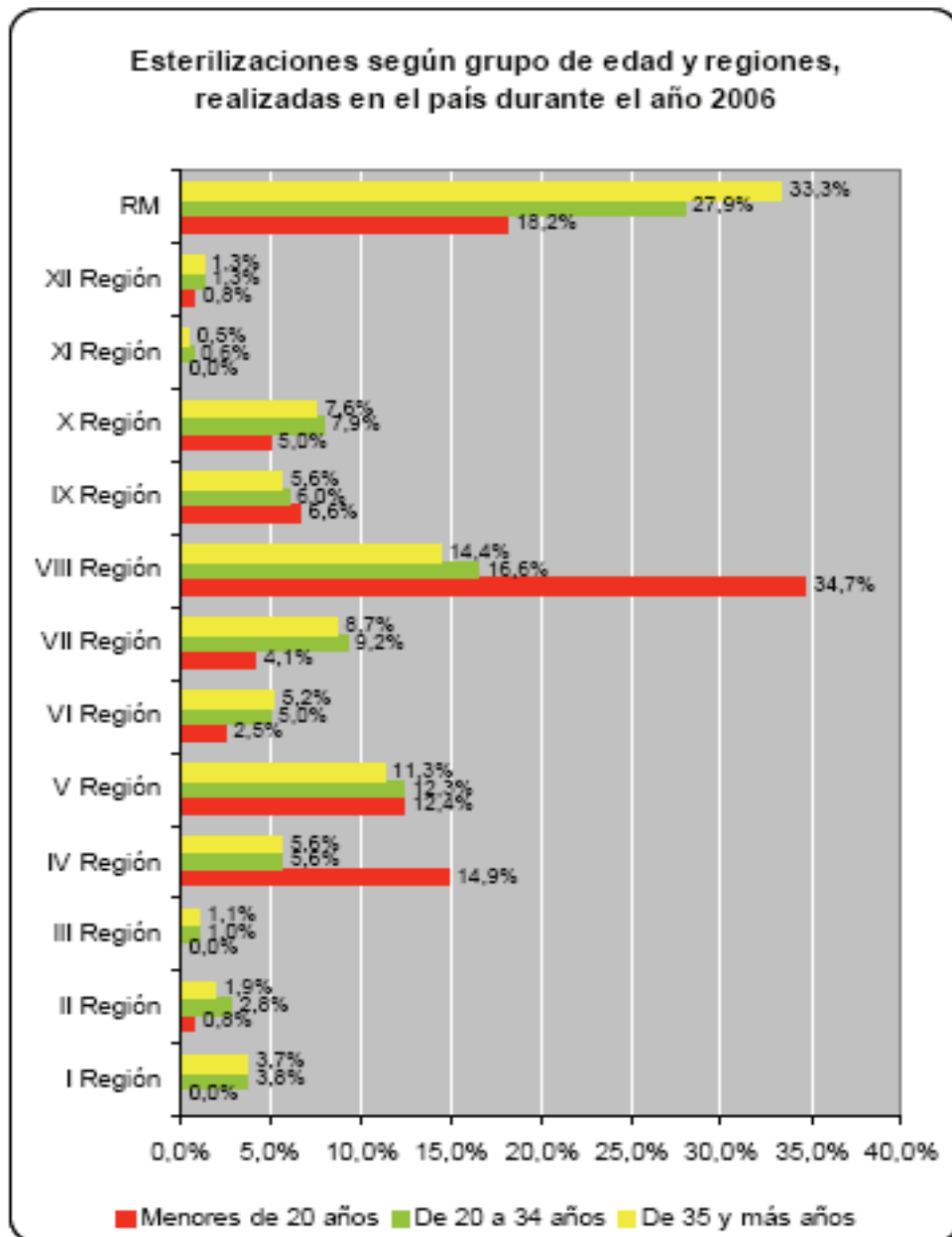


Fuente: Base de datos del Departamento de Estadísticas del Ministerio de Salud, Gobierno de Chile. Año 2007.

<sup>14</sup> Resolución N° 2.326 exenta del Ministerio de Salud que fija directrices para los servicios de salud sobre esterilización femenina y masculina. Santiago, 30 de noviembre del 2000.

Respecto a esto último, la VIII región (Bío-Bío) concentra el porcentaje más alto de de esterilizaciones, tanto masculinas como femeninas, realizadas a menores de 20 años, respecto del total de esterilizaciones realizadas en sistema público de salud (34,7%). Las esterilizaciones efectuadas a mujeres mayores de 20 años se concentran en la Región Metropolitana – RM (gráfico 11).

| GRÁFICO 11



Fuente: Base de datos del Departamento de Estadísticas del Ministerio de Salud, Gobierno de Chile. Año 2007.



## 2.4. ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA

En septiembre del 2006, un grupo de 31 parlamentarios presentó ante el Tribunal Constitucional de Chile un requerimiento de inconstitucionalidad, impugnando las Normas Nacionales de Regulación de la Fertilidad. Dos años después, el Tribunal acogió dicho requerimiento, prohibiendo expresamente la distribución de la anticoncepción hormonal de emergencia (el Postinor 2) en el servicio público de salud.

Ante esta situación, y dado que el fallo sólo alcanzaba el ámbito de la salud centralizada en el Ministerio de Salud, los consultorios y postas municipales fueron las únicas instituciones públicas de salud en libertad para distribuir el fármaco. Así, su entrega quedó al arbitrio de los/as alcaldes/esas de cada comuna, lo que promovió un escenario de incertidumbre respecto al acceso efectivo y gratuito de la anticoncepción de emergencia y a las situaciones específicas en que era entregada.

Un estudio preliminar, realizado por la Asociación Chilena de Municipalidades y el Programa Género y Equidad de FLACSO – Chile durante el año 2008, mostraba que de una muestra total de 167 municipios, el 54% distribuía la píldora del día después en Chile. Sin embargo, la muestra no alcanzaba a ser representativa, por lo que se requería información más específica respecto a la situación de la distribución del fármaco en el país.

Así, en un esfuerzo conjunto de ambas instituciones se realizó, durante el primer semestre de 2009, una consulta que permitió contar con una visión actualizada de la situación de entrega (o no) de la anticoncepción hormonal de emergencia en el país. El presente informe da cuenta de esta situación y de las variables que estarían incidiendo en la misma.

### *Contexto a la fecha de la presente actualización*

El 18 de junio del 2009, la Contraloría General de la República emitió un dictamen prescribiendo la prohibición expresa a los municipios de cualquier acción que implicara entrega de la anticoncepción hormonal de emergencia, haciendo extensiva la medida a cualquier ente público o privado que suscribiera convenio con alguna de las entidades que forman parte del Sistema Nacional de Servicios de Salud. Esto fue consecuencia del fallo dictado en el 2008 por el Tribunal Constitucional prohibiendo la entrega del fármaco en el sistema público de salud.

Específicamente, el fallo de la Contraloría señalaba:

Pues bien, en la situación en análisis y considerando lo ya asentado por el Excmo. Tribunal Constitucional, en su calidad de intérprete jurídico supremo de la Constitución, en orden a que constituye una vulneración a la Carta Suprema la realización por parte de los entes integrantes de la Red Asistencial del Sistema Nacional de Servicios de Salud, de acciones que impliquen la utilización del fármaco Levonogestrol y el método combinado Yuzpe, denominados “píldora del día después”, conforme a la resolución recaída en el requerimiento de inconstitucionalidad causa rol N° 740-2007 y teniendo en cuenta que entre aquéllos se encuentran los municipios, necesario es informar que las municipalidades quedan comprendidas en el ámbito de aplicación de dicha sentencia y, en consecuencia, están jurídicamente impedidas de implementar planes o programas o realizar actividades o acciones que impliquen la utilización o entrega a cualquier título de ese fármaco, ni aun a costo municipal o mediante cobro al usuario.<sup>15</sup>

De este modo, los únicos organismos estatales que hasta dicha fecha podían entregar la píldora anticonceptiva de emergencia en cualquier situación quedaron inhabilitados para hacer uso de dicha facultad.

Ante esa situación, el martes 30 de junio de 2009, a menos de dos semanas de emitido el fallo de la Contraloría, el Gobierno envió al Congreso, con carácter de suma urgencia, un proyecto de ley que intentaba reponer la entrega de la anticoncepción hormonal de emergencia en el sector público de salud.

Para lograr acuerdo parlamentario con la oposición y los sectores más conservadores de la Democracia Cristiana, el proyecto se proponía incorporar el consentimiento de los padres de las adolescentes de entre 14 y 16 años en la decisión de la entrega de la píldora. Al respecto, en el instructivo del Ministerio de Salud – declarado ilegal por el Tribunal Constitucional en 2008 – se establecía que cualquier menor de edad a partir de los 14 años podía solicitar la entrega del fármaco sin el consentimiento de sus padres.<sup>16</sup>

El miércoles 15 de julio de 2009 se aprobó en primera instancia el proyecto presentado por el Gobierno, con 73 votos a favor y 34 en contra.

<sup>15</sup> Contraloría General de la República. *Píldora del día después, fallo Tribunal Constitucional*, 18 de junio de 2009.

<sup>16</sup> Diario La Tercera. *Gobierno negocia entrega de píldora a menores de entre 14 y 16 años si se informa a padres*. Miércoles 1 de julio de 2009. Sección “Nacional”, página 16.

El proyecto constaba de tres artículos relativos a la información y la prestación de servicios en materia de regulación de la fertilidad. Así, el proyecto de ley señalaba el derecho de toda persona a recibir información y orientación sobre la regulación de la fertilidad y la vida afectiva y sexual, recalcando que

los órganos de la Administración del Estado con competencia en la materia pondrán a disposición de la población los métodos anticonceptivos, tanto hormonales como no hormonales, tales como los métodos anticonceptivos combinados de estrógeno y progestágeno, métodos anticonceptivos de progestágeno solo, los métodos anticonceptivos hormonales de emergencia y los métodos de anticoncepción no hormonal, naturales y artificiales.<sup>17</sup>

Después de una larga tramitación, el 16 de diciembre, con 19 votos a favor y siete en contra, el Senado aprobó el proyecto. El 14 de enero de 2009, por 8 votos contra uno, el Tribunal Constitucional validó el artículo sobre educación sexual contenido en el proyecto de ley. De este modo, la decisión del organismo refrendó la ley aprobada por el Congreso.

<sup>17</sup> Gobierno de Chile. Mensaje N° 667 – 357. Proyecto de Ley del 30 de junio de 2009.

## 3. SEXUALIDADES, SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA ADOLESCENTES

### 3.1. EL ESTADO DE LA SITUACIÓN

Como señala el estudio realizado por el Programa Género y Equidad de FLACSO (2008) hasta los años noventa la edad promedio de iniciación sexual fluctuaba entre los 17 y 20 años, pero desde el año 1994 en adelante ese rango ha ido disminuyendo. Para 2007, la mayor tasa de iniciación sexual se concentraba entre los 16 y los 18 años de edad, tanto para hombres (57%) como para mujeres (55%), tendencia que se mantiene constante entre las regiones del país.

Sin embargo, la edad de inicio de las relaciones sexuales en hombres tiende a ser menor que la de las mujeres. En efecto, los hombres presentan el mayor porcentaje de iniciación sexual a los 16 años de edad; las mujeres, en cambio, a los 18 años.

La edad de inicio de las relaciones sexuales presenta variaciones por estrato socioeconómico: el estrato más bajo tiende a duplicar al ABC1 en la iniciación sexual a los 14 años de edad. Asimismo, el estrato D supera al estrato alto en dicha edad por más del doble.<sup>18</sup> En cambio, en edades más tardías, el estrato ABC1 tiene el mayor porcentaje de iniciación sexual, a los 18 años de edad.

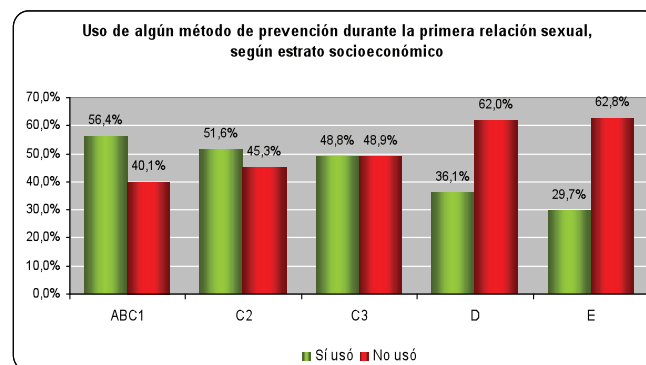
Según datos de la *V Encuesta Nacional de Juventud*, realizada por el Instituto Nacional de la Juventud (INJUV), la edad de la primera pareja sexual tiende a ser ampliamente menor en hombres que en mujeres. En el primer caso, la pareja sexual tiende a tener entre 15 y 18 años de edad, mientras que en las mujeres tiende a tener entre 17 y 20 años.

<sup>18</sup> Dides C, Morán J M, Benavente M C, Pérez S (2008). Salud Sexual y Reproductiva en Chile 2007: actualización de datos estadísticos. UNFPA, FLACSO – Chile, Santiago, Chile.

En lo relativo al uso de métodos anticonceptivos, los datos de la *V Encuesta* del INJUV señalan que la mayoría de los y las jóvenes tienden a no usar ningún método anticonceptivo durante su primera relación sexual (50,5%), situación que predomina entre los jóvenes de 25 a 29 años de edad, con sólo un 35,6% de uso de métodos anticonceptivos en la primera relación.<sup>19</sup> Por su parte, la mayoría de los jóvenes de entre 15 y 19 años de edad declara sí haber usado algún método anticonceptivo en su primera relación sexual, lo que da cuenta de una brecha generacional respecto de este tema, pues el uso de métodos anticonceptivos en la primera relación tiende a disminuir conforme aumenta la edad del encuestado.

A su vez, existe también una brecha socioeconómica en el uso de anticonceptivos en la primera relación sexual. En efecto, se presenta un mayor uso en los estratos más altos, y conforme éstos descienden, disminuye también el porcentaje de uso en la primera relación sexual. De hecho, en los estratos D y E sólo uno de cada tres jóvenes tiende a usarlo.

## | GRÁFICO 12



FUENTE: INJUV (2007). *V ENCUESTA NACIONAL DE JUVENTUD* [CD – ROM]. SANTIAGO, CHILE.

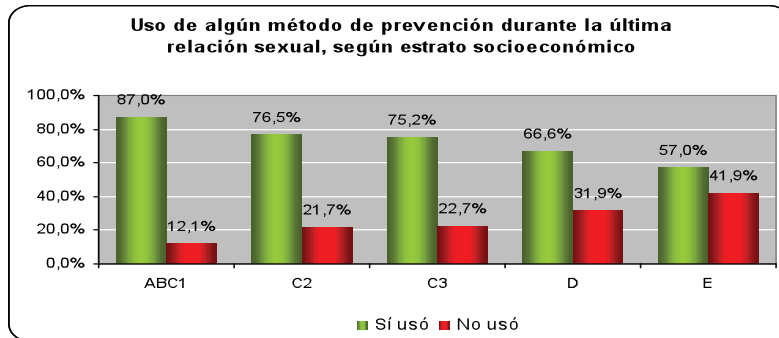
Respecto al uso de anticonceptivos durante la última relación sexual, la tasa de uso aumenta considerablemente respecto a los valores anteriormente descritos. Así, el uso de anticonceptivos es de un 72,4%, existiendo aún un 25,9% de falta de uso entre los y las jóvenes.

Sin embargo, si bien los porcentajes de uso de métodos anticonceptivos en la última relación sexual entre los y las jóvenes tienden a superar el 50%, existe una brecha socioeconómica en su utilización, tendencia que se asemeja a la del uso de anticonceptivo en la iniciación sexual.

<sup>19</sup> INJUV (2007). *V Encuesta Nacional de Juventud* [CD – ROM]. Santiago, Chile.

Así, mientras que en los estratos más altos el uso de métodos anticonceptivos tiende a ser cercano al 90%, en el estrato E sólo alcanza el 57%.

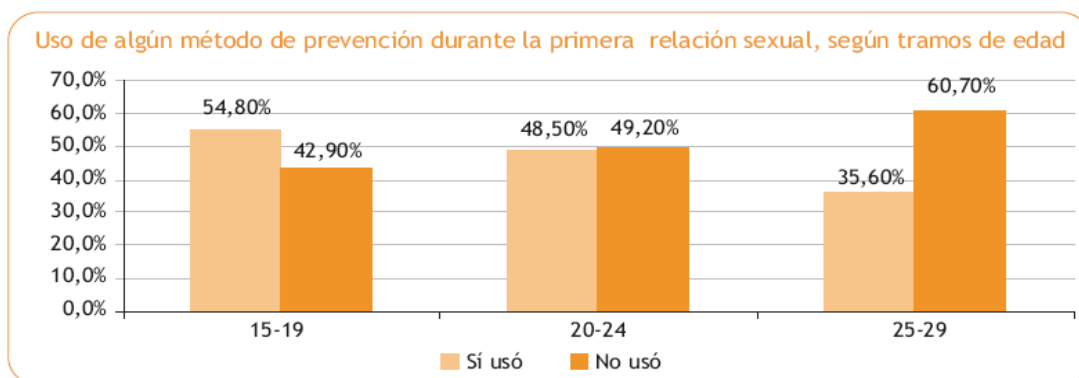
| GRÁFICO 13



Fuente: INJUV (2007). V Encuesta Nacional de Juventud [CD - ROM]. Santiago, Chile.

Según la encuesta del INJUV, la razón más frecuente para no usar ningún método anticonceptivo es la de no gustarle usar ninguno (17,5%), seguida por la negativa a usar por parte de la pareja (11,3%), o por querer tener un hijo/a (11,2%). En este sentido, no es menor la proporción de jóvenes que rechazan el uso de métodos anticonceptivos por razones de su preferencia o de sus parejas, especialmente en el caso de los hombres (20,0%).

| GRÁFICO 14



Fuente: INJUV (2007). V Encuesta Nacional de Juventud [CD - ROM]. Santiago, Chile.

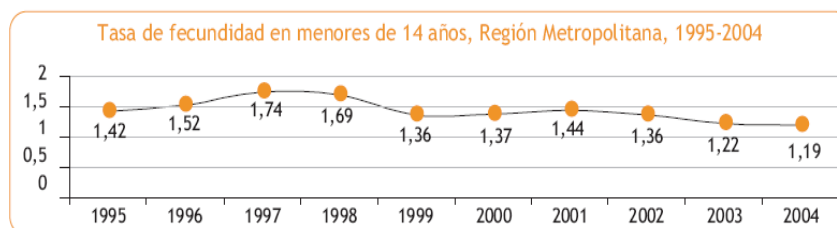
Por otra parte, se constata que actualmente existe una diferencia significativa entre hombres y mujeres respecto al mantenimiento de una pareja sexual estable. Según datos del INJUV, aunque se aprecia una mayoría de personas de ambos sexos que aseveran haber mantenido, en los últimos 12 meses, relaciones sexua-

les con una misma persona, las mujeres tienden a presentar mayores porcentajes en esta categoría (88,5%) que los hombres (66,5%).

Asimismo, las parejas sexuales tienden a ser más estables conforme aumenta la edad de la persona y disminuye su estrato socioeconómico. Cabe destacar, sin embargo, que dichas variaciones tienden a ser muy pequeñas, y para todos los casos los porcentajes de jóvenes con una sola pareja sexual se mantienen por encima del 60%.

Por su parte, y como ha sido la tendencia en la última década en el país, las tasas de fecundidad en mujeres adolescentes han tendido a disminuir. La baja de esta tasa entre el quinquenio 1995-2000 y el quinquenio 2000-2005 fue del 7,92%.

## | GRÁFICO 15



Tasa por cada mil habitantes.

Fuente: Elaboración propia a partir de SEREMI de Salud RM (s.f.). Fecundidad en menores de 15 años. Recuperado de [http://epi.minsal.cl/epi/html/presenta/TallerVENT2007/8\\_FecundidadMenores15RM.pdf](http://epi.minsal.cl/epi/html/presenta/TallerVENT2007/8_FecundidadMenores15RM.pdf). Accesado: enero 2008.

Según un estudio realizado por el *Programa Género y Equidad* de FLACSO-Chile,<sup>20</sup> el embarazo adolescente es considerado una problemática social vinculada a la ausencia de derechos sexuales y reproductivos ante situaciones de riesgo de las menores de edad. Esto debido a que, entre otros factores, una alta proporción de embarazos adolescentes no son deseados y se originan, muchas veces, en abusos sexuales.<sup>21</sup> En este contexto, es una temática ampliamente abordada en investigaciones y estudios.

Una sistematización realizada por el mencionado *Programa Género y Equidad* sobre las investigaciones desarrolladas en el país entre 1990 y 2007 muestra que los estudios de la década del '90 se inscriben en una etapa fuertemente marcada

<sup>20</sup> Dides, C.; Benavente M. C., Morán, J.M. (2008) Diagnóstico de la Situación del embarazo en la Adolescencia en Chile. FLACSO-Chile, Ministerio de Salud, UNFPA.

<sup>21</sup> Comité Editor, (2007) "Maternidad adolescente: un tema preñado de consecuencias". En: Desafíos (CEPAL, UNICEF), Nº 4, enero de 2007, p.2.

<sup>22</sup> Dides, C.; Benavente, C.; Guajardo, A. Morán, J.M. (2007) Sistematización de investigaciones cualitativas y cuantitativas en Salud Sexual y Reproductiva y VIH/SIDA realizadas desde 1990 al 2007. Estudios sobre Embarazo Adolescente, Programa Género y Equidad, FLACSO-Chile. Para UNFPA, con apoyo técnico de OPS-Chile, Santiago, diciembre

por el retorno a la democracia y por la necesidad de las nuevas autoridades de contar con diagnósticos que permitieran trazar líneas de acción. Dichas investigaciones tienen un fuerte componente descriptivo sobre las características de las adolescentes embarazadas, principalmente sociodemográficas, sociales y culturales. De este modo, se estableció, para este primer período de investigaciones, el embarazo adolescente como fenómeno con impacto en un grupo determinado de la población. Además, tuvo un importante desarrollo una línea de trabajo centrada en la investigación de los comportamientos sexuales de los/as adolescentes. Se caracterizan por ser estudios de revisión, por un lado, de antecedentes demográficos y, por otro, de las culturas sexuales. Estas descripciones fueron fundamentales en la etapa de construcción de nuevas políticas, programas y acciones gubernamentales. Sin embargo, puede advertirse una debilidad en la sustentación teórica de las investigaciones en esta primera etapa.<sup>23</sup>

Una segunda etapa se daría a partir del año 2000, donde se realizan sistematizaciones de los estudios realizados, poniéndose en discusión el rol de distintas instituciones públicas y privadas y su gestión en el ámbito del embarazo adolescente.<sup>24</sup>

Una tercera tendencia, más reciente, estaría marcada por la búsqueda de líneas de trabajo que den respuesta al problema del embarazo adolescente, que a pesar de los esfuerzos desplegados, está muy lejos de resolverse. Existe un interés por profundizar en los conceptos de adolescencia y sexualidad, incorporándose otros de centralidad creciente como el enfoque de derechos y su importancia en la concepción del lugar y del rol del/a adolescente y joven en las políticas que les atañen.

Desde el punto de vista epidemiológico, el embarazo adolescente suele ser clasificado en dos grandes grupos según la edad de la madre: por un lado, el grupo de madres menores de 15 años, y por otro, el de entre 15 y 19 años. Esto obedece a que las realidades – tanto biológicas como sociales – que afectan a estos dos grupos se diferencian en múltiples aspectos, lo que hace necesario observarlos como fenómenos separados.<sup>25</sup>

<sup>23</sup> Ídem

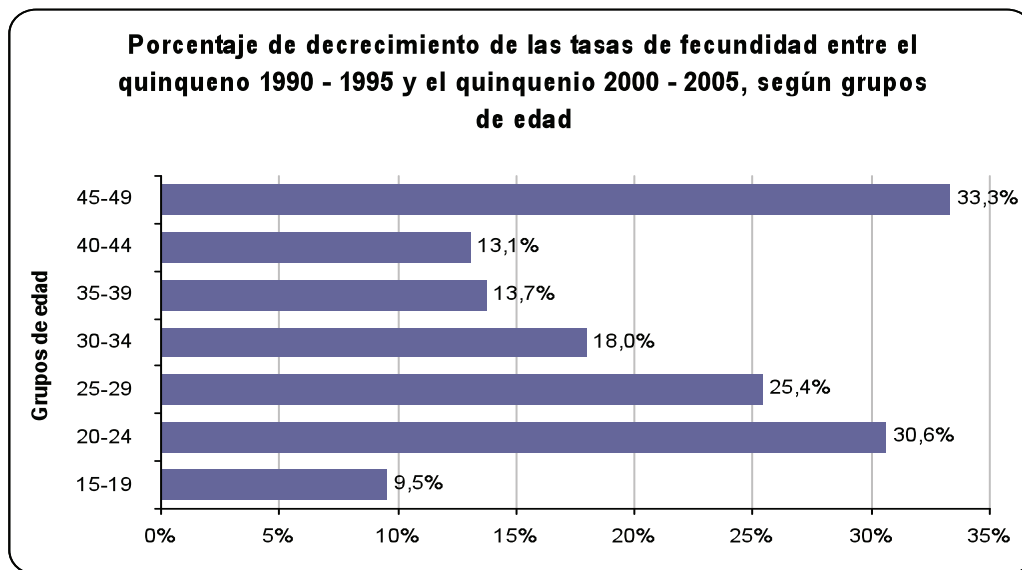
<sup>24</sup> Dides, C.; Benavente, C.; Guajardo, A. Morán, J.M. (2007) De los 37 estudios encontrados entre 1990 y 2007, la mayoría corresponden a estudios con enfoque en las ciencias sociales, mientras que el resto da cuenta de investigaciones de corte biomédico. Se encontraron 13 estudios científicos/biomédicos y 24 investigaciones desde una perspectiva de las ciencias sociales. Las instituciones académicas presentaban el mayor número de investigaciones (20) seguidas de estudios gubernamentales en colaboración con organismos internacionales (6). Las ONGs, por su parte, habían realizado 5 estudios durante este período. A nivel gubernamental, a la fecha de ese diagnóstico se habían realizado 3 estudios que daban cuenta de la temática del Embarazo Adolescente y se registraban 3 estudios desarrollados por organismos internacionales.

<sup>25</sup> Dides, C.; Benavente M. C., Morán, J.M. (2008) Diagnóstico de la Situación del embarazo en la Adolescencia en Chile. FLACSO-Chile, Ministerio de Salud, UNFPA.



Si bien las tasas de fecundidad adolescente han tendido a bajar en los últimos años, **el embarazo adolescente se presenta como un problema social en Chile** desde el punto de vista de su magnitud, debido a la desaceleración en la baja de las tasas de fecundidad de madres de entre 15 y 19 años en comparación a las tasas de fecundidad de las madres mayores de 19 años.<sup>26</sup>

## | GRÁFICO 16 <sup>27</sup>



Fuente: INE, CEPAL (s.f.). *Chile: Proyecciones y Estimaciones de Población. Total País 1950-2050*. Santiago, Chile.

### 3.2. POLÍTICAS PÚBLICAS DIRIGIDAS A ADOLESCENTES

En general se advierte que las políticas públicas sobre sexualidades y salud sexual y reproductiva (SSR) de los y las adolescentes en Chile – así como otros aspectos de la salud integral de este grupo etario– tienen impactos y consecuencias, inmediatas y a largo plazo. En este sentido, los hábitos adquiridos en la adolescencia tienen implicancias posteriores, que no necesariamente se manifiestan en morbilidad o mortalidad durante esta etapa vital. Existe una preocupación específica por este grupo etario, considerado como un grupo sano por su relativa baja mortalidad.<sup>28</sup>

<sup>26</sup> Ídem.

<sup>27</sup> El decrecimiento representa la proporción en la que disminuyó la tasa de fecundidad entre el quinquenio de 1990 – 1995 y el de los años 2000 – 2005, y no los puntos porcentuales en que bajó la tasa de fecundidad. Es decir, si la tasa de fecundidad en el quinquenio 1990 – 1995 era de 0,0012 hijos para el grupo entre 45 y 49 años de edad, y se registra un porcentaje de decrecimiento del 33%, la misma tasa para el quinquenio 2000 – 2005 sería igual a 0,0008.

<sup>28</sup> Dides, C. Benavente, C, Morán, J. M.; Guajardo, S.; Pérez, S. (2007) Salud de Adolescentes y Jóvenes. Informe final para Programa de Salud para Adolescente, MINSAL y UNFPA

En Chile, las políticas de salud dirigidas a la infancia apuntan al control del niño sano aplicado a toda la población que se atiende en los servicios de salud pública –alrededor del 80%–. Esta preocupación se refleja también en la atención privada de salud, lo que ha permitido disminuir las tasas de mortalidad infantil y mejorar las condiciones de salud de este grupo poblacional. Sin embargo, esos mismos niños y niñas que gozaron del derecho a la salud y a la atención, una vez que entran a la adolescencia ven disminuidas sus posibilidades de ejercer estos derechos en el ámbito de la salud integral y SSR, principalmente porque los servicios de salud para adolescentes y jóvenes no se adecuan a las reales necesidades y expectativas de este grupo poblacional. Si el tratamiento de salud integral de los adolescentes y jóvenes es un tema en el que persisten deficiencias y carencias, en el ámbito de la SSR éstas se agudizan<sup>29</sup>.

Existen dificultades económicas y de gestión para establecer mejoras en los servicios de salud para adolescentes y jóvenes (infraestructura, flexibilidad de horarios, etc.) pero además, la detección de necesidades de los y las jóvenes no ha sido considerada, a pesar de los múltiples estudios realizados en la materia.<sup>30</sup> Los problemas que se han enfrentado en estos dos últimos años en el ámbito de la SSR de adolescentes y jóvenes siguen siendo complejos, entre ellos, embarazos no deseados, conductas sexuales de riesgo y adquisición de infecciones de transmisión sexual (ITS), entre ellas el VIH.

En el campo de las políticas públicas se han desarrollado avances, como la incorporación del concepto de salud sexual y reproductiva en los programas nacionales de salud adolescente en algunos de los países de la región latinoamericana. Sin embargo, se sigue constatando que los y las jóvenes se ven enfrentados a barreras culturales que son resultado de leyes discriminatorias y políticas que limitan, por ejemplo, las opciones reproductivas de las mujeres; y deben afrontar además la falta de una infraestructura física que les ofrezca espacios saludables y seguros para su desarrollo.<sup>31</sup>

Según una investigación desarrollada por FLACSO para el Programa de Salud Adolescente del Ministerio de Salud de Chile (MINSAL) y el Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA), los adolescentes y jóvenes manifiestan un conocimiento diferenciado solamente por edad respecto de la sexualidad. Entre los/as más jóvenes, ésta se vincula a lo biológico y a las transformaciones que están sufrien-

<sup>29</sup> Ídem.

<sup>30</sup> Ver: Molina, R. ( ); ICIMER ( ); Dides, C.M Benavente, M.C., Guajardo, A. Pérez, S. Morán, JM (2007) Para el Programa Adolescente Ministerio de Salud. Financiado por UNFPA. OTROS

<sup>31</sup> Disponible en: <http://www.paho.org/spanish/ad/fch/ca/sa-sexualidad.htm> Última consulta: noviembre de 2007.

do ellos/as mismos/as. El incremento de conocimientos adquiridos a medida que crecen es considerado desde una mirada cada vez más crítica: sostienen que ante mayores preocupaciones y problemas, no cuentan con más herramientas o conocimientos sustantivos y útiles. Aunque cuanto mayores son expresen con más detalle el contenido de sus conocimientos, no significa que se sientan seguros de que esto los protegerá de los riesgos, que sí identifican: embarazo y VIH/SIDA.<sup>32</sup>

Hay que considerar además que las políticas públicas en esta materia han debido realizar un esfuerzo de trabajo intersectorial importante para lograr una coordinación adecuada de programas y proyectos e integrar los diversos efectos de las políticas; sin embargo, este esfuerzo de intersectorialidad no ha sido un proceso sencillo de implementar, por ejemplo, en la educación sexual como requisito indispensable para el establecimiento de prácticas sexuales sanas y seguras, como para la prevención de embarazos adolescentes, ITS y VIH/SIDA. Al respecto, existen tensiones ideológicas frente al tratamiento que debe darse a la educación sexual en particular y a la salud sexual y reproductiva en general, cuestión que a la fecha no ha sido resuelta y se ha convertido en una de las grandes deudas de los gobiernos de la Concertación de Partidos por la Democracia.

Desde el Ministerio de Salud, en 2007, se rearticuló el *Programa Nacional de Adolescentes y Jóvenes del Ministerio de Salud*, en el que se plantean tres líneas de acción: el examen de salud preventivo realizado por matronas/es en escuelas municipalizadas a adolescentes de primer año del nivel medio de 113 comunas del país; el establecimiento de espacios amigables con extensión horaria en las mismas comunas; y el desarrollo de trabajo intersectorial y comunicacional. Los desafíos que se plantea este programa son su instalación, con personal dedicado; la creación de un modelo de trabajo conjunto con el área de educación, con especial énfasis en salud sexual y reproductiva considerando los otros aspectos de la salud de adolescentes; la articulación del trabajo con participación de los y las adolescentes y la comunidad toda; y la integración de hombres adolescentes en todas las fases y acciones del programa.<sup>33</sup>

El *Programa de Prevención y Control del VIH/SIDA*, implementado desde los años '90, tiene como objetivo la promoción de la prevención de la transmisión de VIH/SIDA y la no discriminación de las personas que viven con el virus; el mejoramiento de la calidad de vida de quienes están afectados por el VIH/SIDA, y la manu-

<sup>32</sup> Dides, C.; Benavente, C.; Guajardo, A.; Morán, J.M.; Pérez, S. (2007) Informe Final Proyecto Salud de Adolescentes y Jóvenes Para UNFPA-Ministerio de Salud de Chile, Programa Salud Integral Adolescentes y Jóvenes. Programa Género y Equidad, FLACSO-Chile.

<sup>33</sup> Disponible en: [http://www.redsalud.gov.cl/archivos/alimentosynutricion/ego/eeps\\_juan\\_baeza.ppt#355,4](http://www.redsalud.gov.cl/archivos/alimentosynutricion/ego/eeps_juan_baeza.ppt#355,4) - Línea de Acción Examen de Salud Preventivo.

tención de un sistema de vigilancia epidemiológica adecuado a la situación de esta epidemia en el país. En lo que concierne específicamente a la población infantil o juvenil, el programa desarrolla diferentes líneas de acción. Actualmente, la Comisión Nacional de Sida en Chile (CONASIDA) ha sufrido una fuerte disminución de su personal, lo que hace pensar que el ámbito de prevención se verá afectado, ya que el acceso al tratamiento con antiretrovirales está garantizado por el *Plan Auge*.

También desde el Ministerio de Salud se elaboraron en el 2004 las *Orientaciones técnicas para atención amigable de los adolescentes*, que incluye a personas de 10 a 18 años en la medida que las personas de dicho rango etario se rigen por un subordenamiento jurídico (Niñez e Infancia), tienen incapacidad relativa y no tienen derechos políticos.

Los avances antes señalados en materia de políticas públicas no están exentos de tensiones y contradicciones. En lo político, los y las adolescentes de 18 años y más no cuentan con una legislación específica, y si bien se les reconoce capacidad de goce de derechos, se restringe el ejercicio de sus derechos políticos en tanto no pueden ocupar cargos de elección popular. De acuerdo al concepto de autonomía progresiva, correspondería a los padres –y, subsidiariamente al Estado– orientarlos para que ejerzan los derechos que les reconoce la Convención de los Derechos del Niño (CDN).

En el ámbito de la salud hay cierta ambigüedad en la medida que existe una contradicción entre el derecho de los padres a orientar a su hijo/a y el derecho del/de la adolescente a solicitar atención en un establecimiento de salud independientemente del consentimiento de sus padres cuando se les considera que son plenamente capaces.

Por otro lado, a los funcionarios públicos sólo les está permitido hacer aquello que la ley establece y no existe legislación que les prohíba otorgar atención confidencial, resguardando la relación profesional - usuario/a. Mas aún, el artículo 12º de la CDN define que niños y niñas deben ser escuchados/as cada vez que existan procedimientos administrativos o judiciales que los involucran.

En cuanto a la atención médica, el artículo 30 del Código de Ética de la profesión dice que la *confidencialidad* es un derecho del paciente, un deber y un derecho del profesional, independientemente de la edad del consultante, **ya que no hace mención la misma**. Esta ambigüedad y las divergencias que ella genera son especialmente complejas respecto a los servicios de salud sexual y reproductiva. La

sexualidad juvenil y las decisiones en torno a ella y a la reproducción han sido muy diversas a lo largo de la historia, transitando desde la negación de la sexualidad juvenil hasta sostener como natural y deseable que las mujeres se embarazaran antes de los 20 años. Lo más importante es que toda la población – incluidos adolescentes y jóvenes – tenga acceso a información y servicios adecuados, de modo que la tendencia natural sea que todas las personas tomen decisiones en favor de su salud y calidad de vida. El marco ético en la atención en salud de las y los adolescentes no es diferente del de la población adulta.<sup>34</sup>

Por otra parte, las *Normas Nacionales de Regulación de la Fertilidad* (2006) destacan que una proporción importante de las/los jóvenes que inicia su actividad sexual antes de los 19 años lo hace sin protección anticonceptiva, lo que se traduce en altas tasas de fecundidad. Diversos aspectos influyen en su decisión de adoptar un método y usarlo en forma regular: percibir la necesidad de prevenir un embarazo utilizando un método anticonceptivo efectivo, si se ha pensado iniciar o si ya se ha iniciado la vida sexual. Por otra parte, está el tipo de relación de pareja, si se puede conversar de este tema, si es una relación estable u ocasional, si hay presiones de la pareja. También, la situación familiar, particularmente la confianza entre los hijos e hijas y los padres, el modelo de familia, las demandas y exigencias de los padres. Asimismo, las creencias, valores y actitudes del grupo de pares respecto de la sexualidad, la paternidad y la maternidad, la información sobre su propia fisiología, la percepción de los riesgos y los mitos con respecto a los anticonceptivos.<sup>35</sup>

Se señalan también los aspectos psicosociales propios de la adolescencia, tales como la autoestima, el tener un proyecto de vida y expectativas para el futuro, la capacidad de reconocer los riesgos y de postergar satisfacciones en pro de logros personales. Inciden también factores culturales y religiosos, como la percepción de lo que debería ser la vida sexual en esta edad o la posición de la iglesia a la que pertenecen; y factores económicos, como el disponer de medios para comprar los anticonceptivos y acceso a servicios de salud reproductiva orientados hacia los y las adolescentes, donde se sientan acogidos/as.

Esta misma normativa señala que las y los adolescentes pueden elegir entre una variedad de métodos adecuados para esta etapa de la vida, considerando ciertos criterios biomédicos como la edad, paridad, condiciones de salud, riesgo de ETS o infección por VIH. Las opciones anticonceptivas que se plantean son el condón masculino de látex, píldoras combinadas, inyección combinada mensual, anticon-

<sup>34</sup> Dides, C. et al. (2007).

<sup>35</sup> MINSAL (2006) Normas nacionales de Regulación de la Fertilidad. Santiago, Chile.

cepción de emergencia, entre otros; y su entrega bajo orientación y consejería. Sin embargo, a partir de la resolución adoptada por el Tribunal Constitucional en 2008, que establece la prohibición de la entrega de anticoncepción de emergencia en los servicios de salud para todas las personas exceptuando las víctimas de violación. Esto niega el acceso a los métodos anticonceptivos que debe garantizar el Estado.

En este escenario lo que se puso en cuestión por parte del Tribunal Constitucional entre otras cuestiones fue la entrega de la anticoncepción a adolescente, la confidencialidad y la potestad que tienen los padres sobre ellos/as.

Esta misma Normativa señala que las y los adolescentes pueden elegir entre una variedad de métodos adecuados para esta etapa de la vida, considerando ciertos criterios Biomédicos como la edad, paridad, condiciones de salud, riesgo de ETS o infección por VIH. Las opciones anticonceptivas que se plantean son condón masculino de látex, píldoras combinadas, inyección combinada mensual, anticoncepción de emergencia, entre otros, toda la entrega bajo la orientación y consejería. Sin embargo, a partir de la resolución adoptada por el Tribunal Constitucional en el 2008, que establece la prohibición de la entrega de anticoncepción de emergencia en los servicios de salud para todas las personas exceptuando las víctimas de violación. Esto niega el acceso a los métodos anticonceptivos que debe garantizar el Estado.

En este escenario lo que se puso en cuestión por parte del Tribunal Constitucional entre otras cuestiones fue la entrega de la anticoncepción a adolescente, la confidencialidad y la potestad que tienen los padres sobre ellos/as. Si bien el veredicto del TC afecta a la población en general en la práctica, su uso atenta contra el ejercicio de derechos de las personas de menos recursos que son atendidas por los servicios públicos de salud. Las adolescentes que ya se encuentran en desventaja respecto de su atención en salud sexual y reproductiva, frente a este fallo están en una situación de vulnerabilidad mayor. A pesar que la confidencialidad, en el caso de los y las adolescentes y particularmente respecto de la educación sexual el punto decimosexto el TC dice: *“Que la educación sexual es, por cierto, un aspecto de la educación en el que cobran relevancia especial los valores en que se fundamenta, y de ella no puede excluirse a los padres de los menores que la reciban, lo que sería inconstitucional.”* Esta indicación establece una confusión en la materia, puesto que se podría interpretar que en la educación sexual no rige la confidencialidad<sup>36</sup>.

<sup>36</sup> Requerimiento de inconstitucionalidad deducido en contra de algunas disposiciones de las “Normas Nacionales sobre Regulación de la Fertilidad”, aprobadas por el Decreto Supremo Nº 48, de 2007, del Ministerio de Salud, 18/04/2008. Disponible en [http://www.tribunalconstitucional.cl/index.php/sentencias/busca\\_basico](http://www.tribunalconstitucional.cl/index.php/sentencias/busca_basico) Adolescencia y la anticoncepción de emergencia en Chile, Prof. Dr. Ramiro Molina Cartes En: Consorcio Latinoamericano de Anticoncepción de Emergencia, disponible en <http://www.clae.info/downloads/Articulospag/articulodrmolinadolescenciaypae.pdf>

En la actualidad se desconoce el impacto real de alguna política de educación sexual en el país, lo cual se hace necesario para evaluar las políticas de 18 años de gobiernos de la Concertación de Partidos por la Democracia. En marzo del 2006 la Presidenta Bachelet proclamó la creación del *Consejo Nacional de Políticas de Infancia, un Comité Técnico Asesor de la Presidencia y del Comité Interministerial para la Reforma de las Políticas de Infancia*, cuyo objetivo es instalar las bases de un sistema de protección social que acoja a los chilenos desde su nacimiento hasta la vejez. El Comité Técnico Asesor está presidido por un grupo interdisciplinario y de distintos niveles de participación gubernamental y de organizaciones sociales. De manera simultánea, se crearía un Comité Interministerial para la infancia que se dedicará a tratar los temas de la Reforma de las Políticas de Infancia y que estará integrado por los titulares del Ministerio de Planificación y Desarrollo (MIDEPLAN), Educación, Salud, Trabajo, Hacienda, Servicio Nacional de la Mujer (SERNAM) y Secretaría General de la Presidencia (SEGPRES).

En síntesis, las políticas públicas en SSR para adolescentes y jóvenes han sido insuficientes para enfrentar los diferentes problemas y necesidades de este grupo. Persisten importantes dificultades en el acceso a la salud, que se refleja en las tasas de embarazo adolescente, que si bien han disminuido, siguen siendo altas en los quintiles más pobres. Los programas de salud sexual y reproductiva dirigidos a los y las jóvenes no han considerado de manera consistente las distintas culturas juveniles, las diferencias etarias, regionales, geográficas, de género y étnicas, entre otras.

En la educación es notable la ausencia de propuestas de educación sexual por parte del Estado, lo que indica que no existe en ese ámbito una reflexión respecto de una vinculación prioritaria entre educación sexual y prevención de embarazo, ni entre educación sexual, prevención y promoción de la salud sexual y reproductiva; o entre educación sexual y prevención de ITS, incluido el VIH/SIDA.

A lo anterior se suma la falta de voluntad política para legislar respecto de las garantías en salud sexual y reproductiva y los derechos que la constituyen.

| SUMARIO DE LEGISLACIONES EN TRÁMITE A LA FECHA DE ESTA ACTUALIZACIÓN

PROYECTOS	FECHA
Establece ley marco sobre salud y derechos sexuales reproductivos	Martes 1 de Julio, 2008 Primer trámite constitucional
Modifica el artículo 372 del Código Penal, en relación a la inhabilitación para trabajar con niños, aplicable a las personas condenadas por delitos sexuales cometidos contra menores de edad.	Martes 8 de Enero, 2008 Primer trámite constitucional
Modifica la ley N° 19.968, en lo relativo al derecho del niño y del adolescente, a ser oído.	Jueves 10 de Enero, 2008 Primer trámite constitucional
Modifica el artículo 19 N° 1, de la Constitución Política de la República consagrando la protección de los derechos de los niños.	Miércoles 2 de Enero, 2008 Primer trámite constitucional