

**MENSAJE DE S.E. LA PRESIDENTA
DE LA REPUBLICA CON EL QUE INI-
CIA UN PROYECTO DE LEY SOBRE
INFORMACIÓN, ORIENTACIÓN Y
PRESTACIONES EN MATERIA DE RE-
GULACIÓN DE LA FERTILIDAD.**

SANTIAGO, junio 30 de 2009

M E N S A J E N° 667-357/

Honorable Cámara de Diputados:

I. FUNDAMENTOS.

**A S.E. EL
PRESIDENTE
DE LA H.
CAMARA DE
DIPUTADOS.**

1. Antecedentes históricos.

Las actividades de Planificación Familiar tienen por objeto lograr una adecuada salud reproductiva integral, con la finalidad de reducir la mortalidad materna e infantil y el embarazo no planificado.

La regulación de la fertilidad constituye una política del Ejecutivo, que data desde 1967, a través de la formulación de la política de Población y de Salud Pública. Dicha política ha permitido que los matrimonios, las parejas y las mujeres tengan un número de hijos con el espaciamiento y la oportunidad deseada.

El punto de partida de esta política se remonta a 1962, cuando el Doctor Gustavo Fricke, entonces Director General del Servicio Nacional de Salud, convocó a una Comisión Asesora en Política de Regulación de la Fecundidad, cuyo objetivo fue el de elaborar estrategias para reducir la alta incidencia de abortos inducidos y sus complicaciones, y disminuir el alto costo asociado a su tratamiento.

Al mismo tiempo, desde la sociedad civil organizada, encabezada por médicos, académicos y clínicos, surgieron iniciativas destinadas a enfrentar la llamada "epidemia" del aborto provocado. Dichas agrupaciones colaboraron desde un principio con el Ministerio de Salud en el desarrollo de las actividades de Planificación Familiar.

Los hitos fundamentales de esta evolución histórica, pueden sintetizarse en lo siguiente:

En primer lugar, en 1967, durante el Gobierno del Presidente Eduardo Frei Montalva, se formuló la política de Población y de Salud Pública, la cual ha regido desde entonces las actividades de regulación de la fertilidad en el país.

Los principios fundacionales de esa política fueron los siguientes: 1. Reducir la tasa de Mortalidad Materna, relacionada en medida importante con el aborto provocado clandestino; 2. Reducir la tasa de Mortalidad Infantil, relacionadas con el deterioro del nivel de vida en sectores de población de alta fecundidad; y 3. Promover el bienestar de la familia, favoreciendo la procreación responsable, que permita, a través de una información adecuada, el ejercicio y el derecho a una paternidad consciente.

Luego, en 1968, mediante la colaboración público privada, y encabezada por el Servicio Nacional de Salud, se consolida una política nacional "con el objeto de regularizar y establecer sobre bases legales un programa cooperativo de regulación de la natalidad en todo el territorio nacional".

Posteriormente, en Octubre de 1976, por Resolución del Servicio Nacional de Salud, se aprobó la norma sobre Encargo de Acciones de Regulación de Fecundidad, que autorizó a las profesionales Matronas, para la prescripción de los métodos anticonceptivos. Esta medida respondió a la escasez de médicos para satisfacer la creciente demanda de servicios de regulación de natalidad, reconociendo la excelente calidad de la formación profesional de las matronas.

A continuación, en 1990, durante el Gobierno del Presidente Patricio Aylwin Azócar, se formularon las Bases para una Política de Planificación Familiar. En ella, se indica que "el Gobierno de Chile reconoce el beneficio que logra la población con las actividades de Planificación Familiar, permitiéndole tener el número de hijos con el espaciamiento y oportunidad deseada. Por esta razón, se mantiene el apoyo a las actividades de Planificación Familiar en pro del logro de una adecuada salud reproductiva integral". De esta manera se hizo explícito el respaldo político a estas actividades, cuyos objetivos continuaban siendo promover la salud de las mujeres y los niños y reducir la mortalidad materna e infantil.

El Programa de Salud Materna y Perinatal formulado en 1991, incluyó entre sus actividades básicas, el Control de Paternidad Responsable. Ésta se definía como "...la atención proporcionada a la mujer o a la pareja en edad fértil (entre 15 y 49 años) que desea controlar su fecundidad".

En el año 1997, durante el Gobierno del Presidente Eduardo Frei Ruiz-Tagle, la Salud Sexual y Reproductiva fue definida como una de las 16 prioridades de salud para el país. En este sentido, se aprobó el Programa de Salud de la Mujer, por Resolución Exenta N° 879, de 6 de junio de 1997, del Ministerio de Salud, que tuvo como propósito contribuir al desarrollo integral, físico, mental y social de la mujer, en todas las etapas de su ciclo vital, desde una perspectiva que contemplara los diversos aspectos relacionados con la salud de la mujer, con un enfoque de riesgo que contemple la promoción, prevención, recuperación, rehabilitación y auto cuidado de su salud. En este programa el control de la paternidad responsable pasó a llamarse Control de Regulación de Fecundidad, entendiéndose como la atención integral proporcionada en forma oportuna y confidencial a la mujer y/o la pareja en edad fértil que desea regular su fecundidad".

En ese mismo año, reconociendo el rol fundamental de las matronas en la regulación de la fertilidad, la ley N° 19.536 modificó el Código Sanitario para que la planificación familiar dejase de ser una "función delegada",

pasando a ser una "función propia" de la matrona. En la actualidad, estas profesionales realizan más del 95% de las actividades preventivas dirigidas a las mujeres en los establecimientos de atención primaria del sistema público.

Durante la gestión del actual Gobierno se han emprendido numerosas iniciativas tendientes a asegurar que la población en general, y especialmente las mujeres, tengan el mejor acceso a la regulación de su propia fertilidad. Así, desde el año 2007 se ha oficializado una política integral contenida en las Normas Nacionales sobre Regulación de la Fertilidad. En ellas se establecieron políticas sobre la fertilidad acordes con los Objetivos Sanitarios para la década 2000-2010, planteados por el Ministerio de Salud, así como correcciones para superar las desigualdades existentes entre hombres y mujeres respecto del control y ejercicio de la salud sexual y reproductiva, considerando también la necesidad de aumentar la participación y responsabilidad masculina en ese mismo ámbito.

De lo antes expuesto, se infiere que estamos en presencia de una política con tradición e historia, y que constituye una preocupación vigente. Ella ha sido producto del esfuerzo constante en el tiempo de distintos Gobiernos, y de profesionales del Ministerio de Salud y de otras instituciones. Desde siempre estas normativas han respetado y valorado tanto los aspectos éticos y creencias personales de los profesionales y funcionarios de la salud, como de los usuarios, así como las normas que rigen la *lex artis* de dicho personal. Estas normas, además, han permitido el mejoramiento de todos nuestros índices de salud materno-infantiles.

En base a esos objetivos de carácter sanitario y fundado en las normas legales que le otorgan la función de rectoría en materia de Salud, el Ministerio de Salud ha desarrollado diversas acciones que permiten dar cumplimiento a los citados objetivos, promoviendo una maternidad y paternidad responsables, con pleno respeto de las creencias y valores de cada persona, y siempre asociado al control de los riesgos que la actividad sexual sin informa-

ción y sin un adecuado control sanitario del personal de salud, conlleva para las personas.

2. El rol de los derechos.

Sin perjuicio de las creencias personales y visiones valóricas propias de cada persona, el Estado, específicamente a través de los órganos de la Administración del Estado con competencia en Salud, debe poner a disposición de las personas todas las alternativas legítimas para el ejercicio responsable y autónomo de su sexualidad; y presentar, con sólidos fundamentos, los diversos métodos anticonceptivos, desde aquellos consistentes en abstinencia periódica, mecanismos naturales de anticoncepción, hasta los de emergencia.

Es necesario destacar que utilizar algún método de anticoncepción o planificación familiar, o no utilizar ninguno, o elegir entre métodos llamados naturales, farmacológicos o de otro tipo, o entre los distintos mecanismos disponibles, corresponde siempre a una decisión libre, autónoma e informada. El Estado no impone ni obliga a nadie al uso de un determinado método, simplemente pone a disposición de quienes lo soliciten las alternativas que le permitan decidir. El personal de los servicios proporciona información completa, actualizada e imparcial acerca de los métodos, para que las personas puedan escoger aquél que le parezca más conveniente, y ello sea respaldado por el criterio del profesional de salud que realiza la prestación. La entrega de métodos anticonceptivos, en estas condiciones, no es una oferta cerrada del Estado, pues las personas tienen la opción de decidir si utilizan o no el servicio y cuál es el método que les parece más idóneo.

Existen métodos que operan antes de la relación sexual y otros que operan después, y en este último caso, la acción que realiza el Estado parte de una constatación: que una pareja tuvo relaciones sexuales, no correspondiendo al Estado juzgar esa situación. Sin embargo desde esa constatación surge la necesidad del Estado de convocar a la sexualidad y reproducción responsables.

Cabe destacar que al involucrar aspectos de desarrollo personal, emocional, psicológico, afectivo, etc., el Estado, a través de los servicios de salud que entregan la prestación, debe hacerse cargo de esta dimensión compleja, respetando las convicciones, creencias y proyectos personales, pero ofreciendo las distintas alternativas, informando y permitiendo, en consecuencia, y siempre en el marco de la legalidad vigente, el más pleno desarrollo individual sin restricciones o discriminaciones arbitrarias.

Las personas son libres para decidir si utilizan o no anticoncepción de acuerdo a sus valores personales. Pero si se deciden a emplearlos, esto debe verificarse en condiciones de equidad, seguridad, confidencialidad y respeto. Para ello el Estado no sólo entrega un método, sino también el juicio de un profesional responsable y una orientación destinada a que la persona tome una decisión informadamente. La consejería en salud sexual y reproductiva es una relación de ayuda psicosocial personalizada que se establece entre una persona integrantes de los equipos de salud y quien requiere la prestación, con el fin de fortalecer sus capacidades para tomar decisiones libres, informadas y responsables y coherentes con sus convicciones en materias de uso de anticoncepción. Se trata de una instancia que promueve la reflexión y el aprendizaje significativo para la toma de decisiones.

3. Es necesario resolver una desigualdad.

La atención del Estado debe centrarse en aquellos grupos que resultan más vulnerables. Dentro de esta política, es evidente que la población adolescente demanda especial dedicación, toda vez que la prevención del embarazo precoz es un objetivo ético y sanitario prioritario e impostergable, que requiere toda la atención y acción del Estado. La mortalidad aumenta en la medida que la madre es de menor edad. Así, durante el año 2003, fallecieron 17 de los 294 hijos nacidos de madres menores de 15 años; y 335 de los 33.838 hijos nacidos de madres entre 15 y 19 años. La entrega de métodos de anticoncepción para adolescentes constituye un deber de las autoridades, con el fin de prevenir consecuencias tanto para la madre

adolescente como para el hijo concebido en dicha etapa de desarrollo de ésta.

También dicha entrega es necesaria para terminar con la inequidad reproductiva. Al respecto, cabe considerar que la proporción de adolescentes menores de 15 años que refieren haberse iniciado sexualmente es un 18% en el nivel socio económico bajo y sólo un 5% en el nivel alto. La edad mediana de inicio sexual fue notablemente menor en los jóvenes de 18 a 24 años con nivel de instrucción básica que en las con instrucción superior, y en las mujeres de nivel socio económico bajo que en las de nivel medio y alto. Por su parte, el 48% de las madres adolescentes se concentra en el nivel socio económico bajo el nivel de la pobreza y el 74% en los dos quintiles de menores ingresos. Los partos de madres adolescentes se concentran en las regiones y en los sectores urbanos de mayor pobreza en el país. La proporción de nacidos vivos de madres adolescentes con respecto al total de nacidos vivos varía de 6,6 en el Servicio de Salud que atiende la población de mayores recursos económicos del país, a 19,6 en las regiones más pobres y del 1,2 en la comuna más rica de Santiago, a 21,6 en la comuna más pobre. La mortalidad infantil para hijos de madres sin instrucción fue de 34 por 1000 para 1998, mientras que para aquellos hijos de madres con nivel de instrucción superior, fue sólo de 6 por 1000 nacidos vivos. Esto significa que un niño hijo de madre sin instrucción, tiene seis veces más riesgo de morir en el primer año de vida, que aquel del grupo con nivel de instrucción superior. Esta cifra se ha mantenido constante desde la década de los 80.

II. OBJETIVO.

El objetivo del proyecto es reconocer legalmente los derechos que las personas tienen en materia de regulación de su fertilidad y, como contrapartida, los deberes que el Estado tiene en la materia.

De esta manera, se entrega un nuevo fundamento, adicional a los actualmente existentes y basado en derechos, para las políticas públicas que en materia de regulación de la

fertilidad se han desarrollado en nuestro país hace más 40 años. Se trata de otorgar un fundamento complementario; no de sustituir lo ya avanzado. Estos derechos reproductivos han sido consensuados por la comunidad internacional en distintos eventos realizados en los últimos 15 años, y han sido suscritos por nuestro país.

En concreto el proyecto otorga una habilitación general, más allá de las actuales con fundamento legal o reglamentario, para que todos los órganos de la Administración del Estado realicen planes, programas y acciones relativos a la satisfacción de los derechos de la población a recibir información y orientación sobre regulación de la fertilidad, a recibir una educación para la vida afectiva y sexual, a elegir libremente y acceder a los métodos de regulación de la fertilidad.

III. CONTENIDO.

El proyecto consta de tres artículos permanentes.

1. Información y orientación.

El artículo primero reconoce el derecho de todas las personas, sin distinción ni discriminación de ninguna clase para recibir información y orientación en materia de regulación de la fertilidad.

Esta información y orientación debe ser a la vez, clara, comprensible, completa y, en su caso, confidencial.

En consecuencia, en primer lugar, la información y orientación debe ser clara y comprensible. Así, si bien la información y orientación debe ser fundada técnicamente, ella debe ser accesible a una persona que no posea los conocimientos de un experto. Las personas tienen el derecho a una información que permita entender claramente distintos métodos, en qué consiste cada uno, cuáles son sus efectos, etc.

En definitiva, se trata de entregar un mensaje que sea fácil de comprender, que al-

cance a toda la población, que es la destinataria natural.

En segundo lugar, la información y orientación debe ser completa, esto es, debe contener, de manera imparcial, toda la información que sea relevante, sin dejar fuera ningún elemento. De lo que se trata es posibilitar que las personas puedan tomar elecciones libres e informadas, con toda la información disponible.

En tercer lugar, las personas pueden acceder a la información y orientación de manera confidencial. Dado el carácter personalísimo que tiene la regulación de la fertilidad, la relación de las personas con quien le entrega la información u orientación no debe alcanzar a terceros. Cabe aclarar, sin embargo, que el carácter confidencial de la información y orientación no excluye la posibilidad de implementar programas o acciones que tengan por objeto la población general. No se excluyen, entonces, las campañas masivas de información y orientación. Por ello, la disposición contiene la expresión "en su caso".

Respecto del carácter completo de la información, el proyecto entrega precisiones adicionales a las indicadas. En efecto, el proyecto precisa que, en cualquier caso, la información debe abarcar todas las alternativas eficaces para decidir sobre los métodos de regulación de la fertilidad. Esto implica que la información y orientación, para ser completa, debe indicar cuál es el nivel de eficacia que importa cada método, de manera que las personas conozcan los riesgos de la decisión que adopta y ejerza su libertad de manera informada y responsable.

Adicionalmente, el proyecto señala que la información a que toda persona tiene derecho debe abarcar todos los métodos eficaces para prevenir el embarazo precoz, las infecciones de transmisión sexual, y la violencia sexual y sus consecuencias.

Finalmente, el artículo primero reconoce el derecho de toda persona de recibir, con total libertad, orientación para la vida afectiva y sexual. Este derecho se reconoce con com-

pleto respeto por las creencias y formación personales de cada individuo. Se establece, al mismo tiempo, que un reglamento, expedido por el Ministerio de Salud, dispondrá el modo en que los órganos con competencia en la materia harán efectivo el ejercicio del derecho mencionado.

Tenemos la convicción que una información y orientación claras, comprensibles, confidenciales y completas, son la mejor herramienta para asegurar el ejercicio de una sexualidad responsable.

2. Elección y acceso a métodos de regulación de la fertilidad.

El artículo segundo reconoce tanto el derecho de elegir libremente, sin coacciones de ninguna clase, los métodos de regulación de la fertilidad, como el de acceder a estos métodos.

De esta manera, se reconocen dos derechos. Por un lado, el de elegir el método de regulación de la fertilidad. Ello es una consecuencia de los derechos tratados en el artículo anterior, por cuanto con la información y orientación recibida, las personas podrán elegir con libertad cómo regular su fertilidad.

Por otro lado, el derecho a elegir requiere acceder a los métodos para tener eficacia práctica. Por eso se reconoce también este derecho.

Es importante recalcar que estos derechos se reconocen a todas las personas sin distinción ni discriminación de ninguna clase. Así, pueden ejercerlo tanto personas casadas o solteras, tanto personas que han ejercido libremente su sexualidad, como personas víctimas de violencia sexual, sin distinción alguna.

Además, se impide completamente cualquier clase de coacción para impedir el libre ejercicio de este derecho.

Este reconocimiento, sin embargo, se hace con completo respeto por las creencias y formación personales de cada individuo. De lo que se trata es asegurar que cada persona elija y

acceda a los métodos de regulación de su fertilidad sin intervenciones en su libertad sea de parte del Estado o de otros individuos o grupos.

Por último, para que este derecho no sea sólo una declaración vacía se establece expresamente que él se hará efectivo en la forma que establece el artículo 3°.

3. Los deberes del Estado.

El artículo tercero está destinado a establecer las acciones que los órganos de la Administración del Estado con competencia en las materias de este proyecto deben adoptar. Este último concepto es amplio y, por lo tanto, abarca tanto a los Servicios de Salud, como a los centros asistenciales de su dependencia, etc. Entendemos que, por ejemplo, en el marco de la atención de mujeres víctimas de violencia sexual, el Servicio Médico Legal está habilitado para prestar su apoyo de acuerdo a los planes que se fijan al efecto. El deber primario de estos órganos consiste en poner en práctica todas las medidas apropiadas para garantizar el ejercicio efectivo de los derechos establecidos por los artículos anteriores.

Cabe resaltar que esta responsabilidad que deben asumir los órganos de la Administración del Estado no es ilimitada. En efecto, este deber se traduce, en primer lugar, en que los órganos públicos deben elaborar planes para cumplir sus objetivos. Dentro del contexto de tales planes las personas pueden exigir una prestación efectiva. No debe tratarse de una acción improvisada, sino que planificada y coordinada.

En segundo lugar, en base a los planes, se deberán poner a disposición de la población métodos anticonceptivos, tanto hormonales como no hormonales. A modo ejemplar se señalan, entre los primeros, los métodos anticonceptivos combinados de estrógeno y progestágeno, los métodos anticonceptivos de progestágeno solo, los métodos anticonceptivos hormonales de emergencia. Entre los segundos, por su parte, se incluyen tanto los naturales como los artificiales.

Se debe destacar que esta enumeración es a modo ejemplar, pues la satisfacción de las necesidades de la población debe ir de la mano de los avances de la ciencia médica.

En consecuencia, tengo el honor de someter a vuestra consideración, el siguiente

P R O Y E C T O D E L E Y:

Artículo 1º.- Toda persona tiene derecho a recibir información y orientación en materia de regulación de la fertilidad, en forma clara; comprensible; completa; y, en su caso, confidencial.

Esta información deberá abarcar todas las alternativas eficaces para decidir sobre los métodos de regulación de la fertilidad y, especialmente, para prevenir el embarazo precoz, las infecciones de transmisión sexual, y la violencia sexual y sus consecuencias.

Este derecho comprende el de recibir libremente, y de acuerdo a sus creencias o formación, orientaciones para la vida afectiva y sexual. Un reglamento, expedido a través del Ministerio de Salud, dispondrá el modo en que los órganos con competencia en la materia harán efectivo el ejercicio de este derecho.

Artículo 2º.- Toda persona tiene derecho a elegir libremente, sin coacción de ninguna clase y de acuerdo a sus creencias o formación, los métodos de regulación de la fertilidad femenina y masculina y, del mismo modo, acceder efectivamente a ellos, en la forma señalada en el artículo siguiente.

Artículo 3º.- Los órganos de la Administración del Estado con competencia en la materia, adoptarán las medidas apropiadas para garantizar el ejercicio de los derechos establecidos por esta ley. Para ello deberán elaborar planes que señalen las acciones respectivas.

Asimismo, 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."

Dios guarde a V.E.,

MICHELLE BACHELET JERIA
Presidenta de la República

ALVARO ERAZO LATORRE
Ministro de Salud

JOSÉ ANTONIO VIERA-GALLO QUESNEY
Ministro
Secretario General de la Presidencia

LAURA ALBORNOZ POLLMANN
Ministra Directora
Servicio Nacional De La Mujer