



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA**

---

**POLITICAS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA PARA  
ADOLESCENTES Y JOVENES:  
EXPERIENCIAS EN BRASIL CHILE Y COLOMBIA**

**CATALINA AREVALO HERRERA  
RUBIELA SUAREZ FUENTES**

**Universidad Nacional de Colombia  
Facultad de medicina  
Especialización en Administración en Salud Pública  
Bogotá, 2012**

**POLITICAS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA PARA  
ADOLESCENTES Y JOVENES:  
EXPERIENCIAS EN BRASIL CHILE Y COLOMBIA**

**CATALINA AREVALO HERRERA  
RUBIELA SUAREZ FUENTES**

**Trabajo de grado presentado como requisito parcial para optar  
por el título de Especialistas en Salud Publica con énfasis en  
Administración de Servicios en Salud**

**Director:  
ROCIO ROBLEDO MARTINEZ  
OD, Magister, Candidata Ph.D. en Salud Publica.**

**Universidad Nacional de Colombia  
Facultad de medicina  
Especialización en Administración en Salud Pública  
Bogotá, 2012**

## **Dedicatoria**

La realización de este trabajo está dedicada a todos los docentes de la presente especialización, por sus amplios conocimientos pero sobre todo por la forma en que nos fueron transmitidos....

A nuestras familias por el apoyo incondicional y la paciencia durante el trascurso del posgrado, por sus infaltables palabras de aliento y valor.

## Resumen

La adolescencia es un periodo muy importante en el ciclo de la vida, en el cual las condiciones infortunadas a nivel social, económicas, educativas, familiares, entre otras pueden ser un factor determinante para la prevención de enfermedades de transmisión sexual y de embarazos en adolescentes.

La mayoría de países en Latinoamérica y el mundo, mediante su legislación nacional, han intentado detener o darle solución a esta problemática que cada vez arroja cifras más grandes y que convierte esta situación en un problema de salud pública que afecta todos los sectores socioeconómicos de los gobiernos.

El objetivo del estudio es verificar las políticas de salud sexual y reproductiva dirigida a jóvenes y adolescentes, existentes en 3 países de Latinoamérica: Brasil, Chile y Colombia, identificando aspectos importantes como acceso, información, actividades de promoción y prevención, entre otras actividades que pretenden disminuir o apaciguar este problema mundial.

No obstante a pesar de las políticas y estrategias creadas por cada uno de los gobiernos, uno de los inconvenientes más grandes que se presentan y que no dejan disminuir las cifras de ETS y de embarazos no deseados en adolescentes, es la transmisión de la información, bien sea porque no se está realizando de una manera que impacte, no se está llegando a la población correcta con actividades contundentes, o no se está hablando en el idioma de los adolescentes, como lo puede evidenciar las estadísticas de edad de inicio de relaciones sexuales o de uso de preservativos.

## Palabras clave

**Salud:** Estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.

**Salud Sexual:** Según la OMS es la integración de los aspectos somáticos, emocionales, intelectuales y sociales del ser sexual, de tal forma que enriquezca positivamente y mejoren la personalidad, la comunicación y el amor.

**Adolescencia:** Etapa que llega después de la niñez y que abarca desde la pubertad hasta el completo desarrollo del organismo.

**Morbilidad:** Es un término de uso médico y científico y sirve para señalar la cantidad de personas o individuos considerados enfermos o víctimas de una enfermedad en un espacio y tiempo determinado.

**Mortalidad:** Es el número de casos de muerte de una población en concreto por cada 1000 habitantes, durante un periodo de tiempo determinado

**ETS:** Enfermedades de transmisión sexual.

## **Abstract**

Adolescence is a very important period in the life cycle, in which the unfortunate conditions at the social, economic, educational, family, among others can be determining factors for the prevention of sexually transmitted diseases and teen pregnancy.

Most countries in Latin America and the world, through national legislation, have tried to stop or give solution to this problem which yields increasingly larger numbers and this situation becomes a public health problem that affects all socio-economic sectors governments.

The aim of the study is to verify policies directed sexual and reproductive health to adolescents and youth, existing in three Latin American countries: Brazil, Chile and Colombia, identifying important issues such as access, information, advocacy and prevention, among other activities lessen or appease pretend this global problem.

However despite the policies and strategies established by each government, one of the biggest problems that arise and leave no figures decrease STDs and unwanted pregnancies among teenagers, is the transmission of information, either because it is not being done in a way that impacts, is not reaching the right people with strong activities, or is not speaking in the language of adolescents, as statistics may show age of first sex or condom use.

## **Key words**

Health

Sexual health

Adolescence

Morbidity

Mortality

Sexually transmitted disease

## Tabla de Contenido

	<b>Pág.</b>
<b>Resumen</b>	<b>IV</b>
<b>Lista de gráficos</b>	<b>X</b>
<b>Lista de tablas</b>	<b>XI</b>
<b>Introducción</b>	<b>1</b>
<b>1. Salud Sexual y reproductiva</b>	<b>4</b>
1.1    Conceptos generales sobre salud sexual y reproductiva	4
1.2    Salud sexual y reproductiva en jóvenes y adolescentes	8
<b>2. Programas y políticas en salud sexual y reproductiva en Brasil, Chile y Colombia.</b>	<b>13</b>
2.1    Brasil	13
2.1.1    Características del sistema de salud Brasileiro	13
2.1.2    Salud sexual y reproductiva en Brasil	15
2.2    Chile	17
2.2.1    Características del sistema de salud Chilena	17
2.2.2    Salud sexual y reproductiva en Chile	18
2.2.3    Programa de salud para adolescentes	24



2.3	Colombia	25
2.3.1	Características del sistema de salud Colombiano	25
2.3.2	Estructura del sistema de salud colombiano	26
2.3.3	Salud sexual y reproductiva en Colombia	28
2.3.4	Salud sexual y reproductiva en jóvenes y adolescentes en Colombia	29
2.3.5	Política en salud sexual y reproductiva de Colombia	31
<b>3.</b>	<b>Aproximación analítica de programas y políticas en salud sexual y reproductiva en Brasil, Chile vs Colombia</b>	<b>33</b>
3.1	Aproximación analítica de programas y políticas en salud sexual y reproductiva en Brasil	34
3.2	Aproximación analítica de programas y políticas en salud sexual y reproductiva en Chile	34
3.3	Aproximación analítica de programas y políticas en salud sexual y reproductiva en Colombia	37
<b>4.</b>	<b>Discusión y Conclusiones</b>	<b>46</b>
	<b>Bibliografía</b>	<b>50</b>

## **Lista de gráficos**

**Gráfico 1:** Edad en que tuvo la primera relación sexual, según sexo en Chile.

**Gráfico 2:** Edad de inicio de relaciones sexuales, según clasificación socioeconómico en Chile

**Gráfico 3:** Edad de la primera pareja sexual (al momento de la primera relación sexual) según sexo

## Lista de tablas

- Tabla 1:** Población de adolescentes en Chile. INE 2003
- Tabla 2:** Edad de inicio de relaciones sexuales según región en Chile
- Tabla 3:** Colombia: ejecución de recursos de salud pública según prioridades 2007.
- Tabla 4:** Objetivos del Milenio No. 5: Mejorar la salud sexual y reproductiva

## Introducción

La adolescencia es uno de los periodos más complejos y fascinantes de la vida humana, durante la cual los individuos atraviesan por grandes cambios físicos y emocionales, cuestionan su identidad y empiezan a entender y vivir su sexualidad. La adolescencia representa un momento privilegiado para incidir en forma positiva sobre la vida de las personas. Durante esta etapa las decisiones que se toman y los hábitos que se forman pueden tener repercusiones para toda la vida; las condiciones de pobreza, el bajo nivel educativo las pocas posibilidades de educación superior, el desempleo y la baja autoestima son algunas de las causas subyacentes que conllevan al embarazo y a la incidencia de las infecciones de transmisión sexual en los adolescentes. (1)

El acceso a información sobre las políticas y servicios de salud sexual y reproductiva preestablecidos por cada gobierno protege a los adolescentes y jóvenes de riesgos como el VIH y el embarazo temprano y los prepara para asumir su sexualidad de forma espontánea y segura.

Las políticas de salud sexual y reproductiva deben brindar a todas las personas desde la adolescencia temprana y hasta la edad adulta los conocimientos y las habilidades necesarias para estar saludables y tomar decisiones responsables sobre su sexualidad.

En la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (El Cairo, 1994) se subrayó la necesidad de considerar a adolescentes y jóvenes como sujetos de derechos reproductivos, lo cual fue reafirmado en la Cumbre Mundial sobre Desarrollo Social (Copenhague, 1995) y en la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing, 1995). El tema

fue también objeto de especial atención en la Cumbre del Milenio de 2005, durante la cual se sostuvo que la salud sexual y reproductiva era clave para la reducción de la pobreza y el logro del desarrollo humano.

En estos planteamientos se toma como base la vigencia de los principios que sustentan los derechos humanos, fundamentos centrales para asegurar a adolescentes y jóvenes el acceso a la ciudadanía mediante su participación en los procesos de construcción de políticas y programas, en la identificación de prioridades y en la toma de decisiones.

La Comisión de Derechos Humanos de las Naciones Unidas en su resolución 2003/28, confirmó que “la salud sexual y la salud reproductiva son elementos esenciales del derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de la salud física y mental”.

Debido a que el grupo de población adolescente y joven presenta bajos niveles de morbilidad y mortalidad asociada a causas naturales o a enfermedad, son pocos los países en los que se ha dado prioridad a su salud. No obstante, esta etapa de la vida, definitoria en muchos aspectos, también puede ser decisiva en cuanto a la opción entre estilos de vida saludables, que garanticen un futuro más protegido de la enfermedad, y otros de riesgo, que impliquen graves peligros para el mantenimiento de la salud y de la vida misma.

Por lo anterior este trabajo está dirigido a identificar y describir los programas y políticas en materia de salud sexual y reproductiva en jóvenes y adolescentes implementados por los diferentes gobiernos en países como Brasil, Chile y Colombia considerando sus lineamientos referentes a la disminución de embarazos no deseados, enfermedades de transmisión sexual y prácticas responsables de sexualidad.

Para la consecución de la Información se tendrán en cuenta fuentes primarias de información provenientes de la OPS, la OMS, artículos originales publicados en revistas científicas y extractos de internet.

## **1. Salud sexual y reproductiva**

### 1.1. Conceptos generales sobre salud sexual y reproductiva

Salud es definida por la Constitución de 1946 de la Organización Mundial de la Salud (OMS) como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social”. (2)

Entendida así, la salud es un derecho fundamental, y como tal es una dimensión obligada en la conceptualización y medición del bienestar y de la calidad de vida de la población. Es además un requisito para un desarrollo económico y social. La salud sexual y reproductiva se reconoce como un componente integral de la salud general. Está “limitada a los aspectos relacionados con el aparato reproductor sus funciones y procesos”. (3)

La salud sexual y reproductiva no atañe solo al periodo reproductivo sino que enfatiza la salud a lo largo del ciclo de la vida de los individuos. Se considera como un elemento constitutivo de la salud ya que contribuye a determinar los niveles de ésta a lo largo del curso de vida de las personas: niñez, adolescencia, periodo reproductivo, menopausia y vejez de hombres y mujeres.

Es un derecho que incluye el derecho a la integridad sexual, a la seguridad sexual del cuerpo, a la privacidad, a la igualdad al amor, a la expresión, al derecho a elegir, y a la educación y acceso a la atención de salud.

El concepto de salud reproductiva ha evolucionado en las últimas décadas “desde una visión limitada a la planificación familiar a un campo de acción mucho más amplio que rebasa la esfera biológica y se relaciona con los valores, la cultura y la realización personal de cada ser humano.

Durante los primeros setenta años del siglo XX, los países y los organismos internacionales se preocupaban principalmente por las consecuencias económicas y sociales del rápido crecimiento poblacional de la época. Esto se acentuó mucho más en la región latinoamericana entre 1960 y 1970 cuando la mayoría de los países vivía la llamada “explosión demográfica” causada por un descenso en la mortalidad frente a unos niveles altos y estables de fecundidad. Esta preocupación se hace explícita en la Conferencia de Población realizada en 1974 en Bucarest, en la cual se hacen unas recomendaciones centradas en la necesidad de establecer fuertes programas de planificación familiar, orientados a satisfacer una demanda de anticonceptivos entre las mujeres en edad fértil. (4)

En la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD) de 1994, celebrada en El Cairo, los gobiernos reconocieron internacionalmente los derechos reproductivos contenidos en documentos sobre derechos humanos, y declararon que la salud y los derechos sexuales y reproductivos son derechos humanos fundamentales para el desarrollo. En este contexto, el diseño de los servicios se orientó al individuo, con énfasis en los derechos humanos, la libertad y las responsabilidades que conllevan el libre ejercicio de la sexualidad. Las políticas y programas se definieron bajo la perspectiva de género y se documentó la necesidad de integrar a la salud pública



aspectos del desarrollo humano como la educación y la nutrición, entre otros.

Bajo esta conceptualización amplia, los países participantes en la CIPD de 1994 adoptaron la meta de garantizar acceso universal a la salud sexual y reproductiva en el 2015: "Acceso universal para el 2015 del rango más amplio posible de métodos seguros y efectivos de planificación familiar, incluyendo métodos de barrera, y acceso a los servicios de salud reproductiva: cuidado obstétrico, prevención y manejo de infecciones reproductivas incluyendo infecciones de transmisión sexual". (5)

Posteriormente, en Septiembre de 2000, la Declaración del Milenio, adoptada por 187 países, llevó a la definición de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) y de metas asociadas, las cuales son comúnmente aceptadas como un marco para monitorear el progreso hacia el desarrollo (WHO, 2006; IPPFWHR, 2006; Associated Press, 2006). De los 8 ODM definidos en el 2000, el quinto se relaciona con la salud materna, planteando la meta de reducir en  $\frac{3}{4}$  la tasa de mortalidad materna entre 1990 y 2015 (WHO, 2006). A pesar de la importancia dada a la Salud Sexual y Reproductiva en el CIPD, ésta no estaba incluida dentro de las 18 metas asociadas a los objetivos definidos en el 2000. Por esta razón, y después del esfuerzo de muchos gobiernos y de ONGs, en Octubre del 2006, la Asamblea General de las Naciones Unidas acordó incluir una nueva meta al quinto Objetivo del Milenio: garantizar acceso universal a la salud reproductiva en el 2015 (IPPFWHR, 2006). De esta forma, con la enmienda a la quinta meta de los ODM, se ratifica el compromiso internacional con la SSR logrado en 1994 en la CIPD, y se obliga a los países a incorporar, en el marco de

las reformas del sector salud, políticas que promuevan y garanticen el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva. (6)

Hoy día, la Salud Sexual y Reproductiva se refiere a un continuo que empieza antes de la concepción, incluye la educación a temprana edad, abarca el desarrollo del adolescente y pasa por el período de la fecundidad y la reproducción hasta que, en la mujer desemboca en la menopausia y el climaterio y en el hombre en la andropausia, es parte integrante del desarrollo sostenible de un país y se basa en los derechos y deberes humanos individuales y sociales”.

La falta de acceso a servicios de Salud Sexual y Reproductiva constituye un importante problema de salud pública. Las deficiencias en los servicios de salud reproductiva y salud sexual son causa de casi una quinta parte de la carga mundial de morbilidad y mortalidad prematura, y de una tercera parte de las enfermedades y defunciones de las mujeres en edad de procrear (UNFPA, 2004). Tercero, existe evidencia que indica que el grado de libertad que disfruta una población, y su relación con las normas sociales y las creencias, es un determinante importante de la satisfacción de la vida. En este sentido, las decisiones de SSR a nivel individual pueden influir en el nivel de satisfacción ya que pueden incorporar un “trade-off” entre libertad de escogencia y normas sociales/religiosas. Por último, un estudio empírico reciente muestra que la fecundidad tiene un impacto sobre la felicidad individual ya que el primer hijo se considera una fuente importante de felicidad para la madre y el padre, pero hijos adicionales pueden reducir el bienestar de la madre mientras no afectan el bienestar del padre. (6)

Por lo tanto, es crucial que se atiendan las necesidades de los adolescentes, especialmente de las adolescentes. Los niños necesitan

socializar sobre una base de principios de respeto mutuo, comunicación e igualdad. Si las niñas no son capaces de desarrollar su autoestima y los adolescentes no reciben la información y los servicios necesarios para que conozcan su sexualidad y reproducción, se les pone en gran riesgo de embarazos tempranos y no deseados, abortos riesgosos realizados en lugares inapropiados e ilegales, enfermedades de transmisión sexual, VIH/SIDA y abuso sexual.

Los programas y políticas de salud sexual y reproductiva adoptados por los diferentes países deben proteger y promover sus derechos a recibir información, educación y servicios, y proteger su derecho a la privacidad y confidencialidad. La legislación también debe prestar atención especial al impacto negativo que tienen las políticas y las leyes en los adolescentes, ya que cualquier obstáculo a la información o los servicios no garantiza la correcta promoción de sus derechos y por el contrario puede llegar a vulnerar los derechos sexuales y reproductivos de los adolescentes.

La mayoría de las leyes existentes se refieren a la educación sexual y a los embarazos adolescentes. En el área de educación sexual, varios países de la región como Colombia, Bolivia o Ecuador, tienen leyes, mientras que otros como Brasil o Perú han elaborado políticas que establecen de alguna manera la educación sexual. (7)

## 1.2 Salud sexual y reproductiva en jóvenes y adolescentes

El momento más relevante para el reconocimiento de la sexualidad, para el aprendizaje del cuerpo y, con mucha frecuencia, para la toma de

decisiones sobre las potencialidades reproductivas, es el tiempo de la adolescencia. La adolescencia es una etapa que está marcada por cambios biológicos, psicológicos y sociales, acompañados por notorios sentimientos de atracción sexual y profundas meditaciones sobre la capacidad de decidir. Los y las adolescentes son también actores sociales que viven sus inclinaciones, sus aspiraciones y sus relaciones de acuerdo con las circunstancias en las que les ha tocado crecer y formarse, para un futuro generalmente incierto y complejo.

En los países de América Latina y el Caribe, los y las adolescentes pertenecen a diversos grupos sociales en los que todavía subsisten fuertes restricciones al acceso universal a los servicios de atención primaria de salud y educación. Por otro lado, los frecuentes cambios en las estructuras familiares y la migración urbana son también causas comunes que inciden con fuerza en la salud sexual y reproductiva de los adolescentes. Muchos(as) deben trabajar desde muy temprana edad con ingresos extremadamente bajos. Una porción muy grande de ellos(as) contrae responsabilidades maternas y paternas antes de haber logrado un mínimo de estabilidad laboral o haber alcanzado una profesión u oficio digno. La falta de atención a la salud sexual y reproductiva de los y las adolescentes es muy común, y su abordaje no forma parte importante de las políticas y acciones de salud pública de la mayor parte de los países. (8)

Los adolescentes como grupo de edad determinada, por lo general han sido abandonados a nivel mundial, especialmente en Latinoamérica y el Caribe, tanto por los programas de salud general como por los programas de salud reproductiva a pesar que, casi la mitad de la población de esta región se sitúa por debajo de los 20 años, y la tercera parte de las adolescentes menores de 20 años ya han dado a luz, un

indicador alarmante de la realidad que viven los jóvenes en este territorio. Si a esto le sumamos que los adolescentes en particular, sufren las mayores limitaciones y desafíos debido a las condiciones socio-culturales y tabúes existentes sobre la sexualidad y a la plena identidad de género. Esto está relacionado con la preferencia de que los niños sean quienes reciben educación, comparado con las expectativas más limitadas que se tienen respecto a las niñas y que se reducen a las funciones de madre y ama de casa, en donde en poblaciones con tendencias machistas y hasta arcaicas se les llega a negar información básica y apoyo sobre sus propias capacidades, cuerpos, sexualidad y derechos; y se establecen estándares dobles que tienden a castigar a las mujeres por conductas sexuales y reproductivas y sus consecuencias. (7)

En América Latina se ha encontrado que la situación de empleo de un hombre joven afecta en gran parte el nivel de responsabilidad que acepta por un hijo. Un estudio de bebés nacidos de mujeres adolescentes en Chile, encontró que 42% de los padres no proporcionaban ningún apoyo seis años después del nacimiento y que era cinco veces más probable que el padre proporcionara apoyo al niño si tenía empleo. Debido a las dificultades que a los hombres jóvenes a menudo tiene para encontrar empleo en América Latina, esto puede significar que frecuentemente los padres adolescentes no encuentran un rol paternal viable a llenar. (9)

Otros de los aspectos que se deben tener en cuenta en este estudio son las consecuencias de los embarazos en adolescentes a todo nivel ya que esta etapa de la vida que transcurre entre los 10 y los 19 años, periodo en que empiezan a desarrollarse todas las funciones sexuales favorecidas por la producción de hormonas que permiten la maduración

de los órganos sexuales tanto femenino como masculino incluyendo las células sexuales femenina u óvulo y masculina o espermatozoide.

Durante esta etapa por lógica, el organismo humano tiene requerimientos especiales que van desde los que le permitan un adecuado crecimiento como: alimentación, descanso y ejercicio físico; requerimientos materiales, como el vestido o los zapatos, que por el crecimiento deben cambiarse frecuentemente; emocionales que surgen ante la atracción sexual y las nuevas sensaciones y los sociales que permiten consolidar sentimientos, relaciones y amistades.

Dentro de las consecuencias principales de los embarazos en adolescentes se han recopilado las siguientes, entre muchas otras:

**Físicamente**, porque como la madre adolescente todavía está el proceso de crecimiento y desarrollo, un embarazo, que es un suceso que normalmente cambia todas las funciones del cuerpo de una mujer, requiere de mejor alimentación, tranquilidad, y puede ocasionar problemas como, detención del crecimiento, ya que las proteínas destinadas solamente para la madre, ahora se tienen que compartir con el hijo, anemia, desnutrición y toxemia del embarazo, aumento de la mortalidad materna, mayor riesgo de abortos espontáneos y nacimientos prematuros o complicaciones durante el parto, por falta de madurez sexual, aumenta la probabilidad de tener más hijos, ya que al empezar jóvenes a tener relaciones sexuales, es más fácil que los hijos se sucedan rápidamente, aumenta la posibilidad de tener más relaciones sexuales, seguidas, con frecuencia con varias parejas, lo que además aumenta el riesgo de enfermedades de transmisión sexual.

**Emocionalmente** ya que se está en un proceso de identidad, que lleva a brincarse un paso muy importante, la auto aceptación como mujer,

con los cambios del cuerpo y funciones nuevas, por una figura prematura de mujer embarazada, también conlleva a problemas de autoestima y frustraciones personales y sociales, deserción escolar, abandono o cambio de un proyecto de vida profesional, dificultad para educar con cariño al bebé, mayor riesgo de separación, divorcio y abandono por parte de su compañero. Rechazo social si el embarazo es fuera del matrimonio y críticas si es aún estando casada.

**Para el padre, un embarazo representa:** No solamente la madre del bebe afronta las consecuencias de un embarazo prematuro, ya que el padre también puede presentar mayor frecuencia de deserción escolar, trabajar y recibir un menor nivel de ingresos que los demás de su misma edad, una tasa más alta de divorcios, aumento del estrés y mayor frecuencia de trastornos emocionales por falta de recursos, por tener que trabajar en lugar de estudiar, por el abandono a los amigos y por falta de tiempo para divertirse, tener que actuar como adulto, cuando todavía debe gozar y vivir como adolescente.

**Para el hijo:** que nace de forma no esperada en la adolescencia, generalmente tiene muchos riesgos como: nacer con alguna deficiencia física y mental, fundamentalmente debido a la falta de inmadurez en las células sexuales femenina o masculina, nacer prematuramente y con bajo peso, lo que influye en el desarrollo de más enfermedades infecciosas, ser dado en adopción y en muchos casos abandonado, lo que implica un enorme costo emocional y una gran injusticia para el bebé, no ser esperado o deseado por sus padres, lo que va a repercutir en su desarrollo emocional y en el trato que va a recibir, tener menos oportunidades de una vida digna, un hogar propio y todas sus necesidades de vestido, alimento, educación, salud, recreación, cubiertas.

**Como pareja:** Al verse obligados a formar una pareja, la violencia, los reproches, los chantajes o los celos, impedirán que su unión sea estable y permanente, lo que ocasiona también que al separarse tengan problemas de estabilidad emocional con cualquier otra persona, interrupción de su vida adolescente, dificultad para independizarse económicamente, quedando expuestos a la explotación, violencia y dependencia familiar, con todas sus consecuencias.

## **2. Programas y políticas en salud sexual y reproductiva de en Brasil, Chile y Colombia.**

### **2.1 Brasil**

#### 2.1.1 Características del sistema de salud Brasileiro

La Declaración Universal de los Derechos Humanos afirma que la salud es un derecho universal y fundamental de los seres humanos, ello también es aseverado en Brasil por la Constitución Federal la cual establece la salud como un derecho de todos y un deber del Estado, amparado por políticas sociales y económicas que buscan la reducción del riesgo de enfermedades y otros trastornos, así como, el acceso universal y equitativo a las acciones y servicios para su promoción, protección y recuperación.

Actualmente, la legislación brasileña ha ampliado el concepto de salud, considerándolo como el resultado de diversos factores determinantes y condicionantes, tales como la alimentación, vivienda, saneamiento, medio ambiente, trabajo, ingresos, educación, transporte, esparcimiento



y acceso a bienes y servicios esenciales. Por lo tanto, la gestión del SUS incluye el desarrollo de acciones conjuntas con otros sectores del gobierno como ambiente, educación, planificación urbana, entre otros; que puedan contribuir, directa o indirectamente, al logro de mejores condiciones de vida y salud para la población. (10)

Los servicios del sistema público de salud se suministran a través de la red pública de servicios y establecimientos privados, los cuales tienen una fuerte presencia en la oferta de servicios hospitalarios, de diagnóstico y de acciones terapéuticas. Los establecimientos públicos tienen presencia destacada en la oferta de acciones y servicios de salud pública y en la atención ambulatoria. La red pública está integrada por 59.177 establecimientos de salud; de los cuales 47.110 (79,6%) presta atención ambulatoria. En el 2005, el país disponía de 443.210 camas de hospitalización en los centros de salud, de las cuales apenas el 34% pertenecía a instituciones públicas. Sin embargo, el 88% de las camas disponibles en el país están acreditadas para utilizarse en el sistema público universal. En el 2005, los centros de servicios de salud, públicos y privados, comprendían 1,6 millón de empleos, incluidos el personal técnico y auxiliar y el personal de nivel superior. (11)

Con respecto al acceso y cobertura de los servicios de salud; la información disponible más reciente (2003) para el conjunto de la población muestra un número promedio de consultas médicas per cápita de 2,4 por hab./año. Se observa que las consultas se concentran en los grupos de edad de 0 a 4 años (3,4) y mayores de 65 años (4,1). La población urbana presenta un número de consultas médicas per cápita (2,6) significativamente mayor a la de la población rural (1,8), pero con diferencias significativas cuando se consideraban las clases de ingreso familiar mensual. En ese caso, el número de consultas per cápita/año

variaba de 2,2 entre las personas con ingresos de hasta 1 salario mínimo a 3,1 entre las personas con más de 20 salarios mínimos. Las mujeres presentan un mayor número de consultas médicas per cápita (3,0) que los hombres (1,9)<sup>4</sup>. En 2005, el Ministerio de Salud contabilizó 2,5 consultas per cápita ofrecidas por el SUS. (11)

### 2.1.2 Salud sexual y reproductiva en Brasil

En Brasil, en 2000, la fecundidad de mujeres entre 15 y 19 años de edad representaba 19,4% de la fecundidad total del país. El parto es la primera causa de internación hospitalaria de niñas en el Sistema Único de Salud (SUS). En la franja de edad entre 15 y 19 años, la principal razón de internación de las mujeres es el embarazo, el parto y el posparto. Entre las razones de que ocurra el embarazo en la adolescencia con sus implicaciones, están las de orden sociocultural, que tienen sus raíces en los cambios de valores en nuestra sociedad. Se puede decir que la vulnerabilidad, en el marco del embarazo en adolescentes, está marcada por la acción recíproca de una serie de factores, entre ellos, los personales, los relativos a la calidad y a la cobertura de servicios y programas de asistencia, apoyo social, prevención y mitigación de efectos y factores de riesgo del grupo social.

La combinación de esos factores puede generar o empeorar la vulnerabilidad individual y, como consecuencia, la vulnerabilidad colectiva. Y por esta razón, no atender a los derechos humanos (sexuales y reproductivos) de los jóvenes viviendo potencialmente en riesgo es aumentar la vulnerabilidad al problema.

Teniendo en vista las múltiples variables que se presentan, el panorama del embarazo en la adolescencia varía de conformidad con los diferentes contextos políticos, educativos y socioculturales de cada realidad, reflejando el nivel de concretización de los derechos sexuales y reproductivos. Se puede, por lo tanto, decir que la gestación en la adolescencia aparece como uno de los indicadores de la ausencia de condiciones para el ejercicio efectivo de los derechos sexuales y reproductivos de adolescentes en Brasil. Algunos datos muestran que, dependiendo de la localización geográfica de cada región del país, las tasas de gestación tienen una evolución diferenciada y se concentran en franjas de edad distintas.

En Brasil, una niña oriunda de clases menos favorecidas o del medio rural tiene más posibilidades de iniciar su vida sexual precozmente y consecuentemente de resultar embarazada. Esta posibilidad está directamente asociada al nivel de escolarización, visto que, cuanto menor es la escolaridad, más reducidos son los recursos de que la adolescente dispone para informarse y tener acceso a servicios de atención a su salud reproductiva.

Un estudio que analizó la gestación en la adolescencia y su relación con la escolaridad de las madres y el peso de los bebés, y que agrupó las franjas de edad en adolescentes y no adolescentes, constató la ocurrencia de un mayor porcentaje de nacidos vivos con bajo peso (10,8%) entre las madres adolescentes que entre las madres con 20 años o más (9,5%). En el análisis bruto se observó que las madres con 20 años o más presentan una protección 14% mayor a tener niños de bajo peso en comparación con las madres adolescentes. Sin embargo, después del ajuste para la escolaridad este efecto desaparece. Cuanto mayor la escolaridad materna, mayor es la protección para tener niños

de bajo peso. Las madres con 12 años o más de escuela presentan una protección 23% mayor en comparación con las madres que tienen hasta tres años completos de escolaridad. (12)

## **2.2. Chile**

### 2.2.1 Características del sistema de salud Chileno

El sistema de salud chileno es un sistema mixto, liderado por el Ministerio de Salud, el que tiene por tarea el diseño de políticas y programas, la coordinación de las entidades del área, la supervisión, la evaluación y el control de las políticas de salud.

La base productiva del sistema de salud pública está conformada por el SNSS. Para llevar a cabo su tarea, cada Servicio de Salud posee y opera varios hospitales de distintos niveles de complejidad y centros de atención abierta, pudiendo establecer contratos con proveedores privados para servir a ciertas zonas o para tipos específicos de prestación. La atención de salud primaria está a cargo de Centros de Atención Primaria.

En el sistema público existe un seguro social de salud administrado por FONASA. El seguro opera sobre la base de un esquema de reparto (se financia con la prima única de 7% de la renta imponible de sus asegurados y con recursos provenientes de impuestos generales de la nación). Los beneficios que este esquema entrega son los mismos para todos los afiliados, independientemente del monto de la prima cancelada y del tamaño del grupo familiar cubierto.

El sistema de salud privado está conformado por las ISAPRE y por productores de salud particulares. Las ISAPRE operan como un sistema de seguros de salud basado en contratos individuales pactados con los asegurados, en el que los beneficios otorgados dependen directamente del monto de la prima cancelada. Los proveedores privados de salud son los hospitales, clínicas y profesionales independientes que atienden tanto a los asegurados de las ISAPRE como a los cotizantes del sistema público.

Los trabajadores activos y pasivos tienen la obligación de cotizar el 7% de su renta imponible al sistema de salud, con un tope de UF 4.2 mensual. Este pago puede ser realizado a FONASA o a una ISAPRE. La afiliación a una ISAPRE requiere de una prima determinada por cada ISAPRE, la cual depende del tipo de seguro que se adquiera y de las características del afiliado. El trabajador puede cancelar primas adicionales al 7% con el fin de obtener beneficios adicionales.

Los indigentes y no cotizantes forman parte del FONASA, aunque están sujetos a un trato especial. Los cotizantes adscritos a FONASA pueden elegir entre dos modalidades de atención: la modalidad institucional (atención cerrada) y la de libre elección (atención abierta). En la primera, los cotizantes reciben las prestaciones en hospitales o centros de atención primaria. En la segunda, los cotizantes reciben sus atenciones de prestadores privados adscritos a esta modalidad. La modalidad institucional requiere un copago que varía de acuerdo al nivel de ingreso de la persona, quedando exentas de este copago las personas cuyo ingreso es inferior a un nivel mínimo establecido. La modalidad de libre elección requiere un copago que depende del nivel en el cual se ha inscrito el prestador de salud. Los beneficiarios

indigentes y no cotizantes del sistema público están excluidos de esta modalidad.

Los principales Agentes del Sistema de salud chileno son: el Ministerio de Salud, el Instituto de Salud Pública (Ispch), el Fondo Nacional de Salud (Fonasa) y las Empresas de Administración de Salud (ISAPRE).  
(13)

### 2.2.2 Salud sexual y reproductiva en Chile

En Chile, según el censo de población del año 2002, la población de adolescentes es el 17,8 % de la población total, con un 9,2 % de adolescentes entre 10 a 14 años y un 8,6 % de adolescentes entre 15 a 19 años. Los adolescentes varones constituyen un 9 % y las mujeres un 8,7 % de nuestra población

Tabla 1: Población de adolescentes en Chile. INE 2003

<b>Edad (años)</b>	<b>Hombres N° (%)</b>		<b>Mujeres N° (%)</b>		<b>Total N° (%)</b>	
10-14	634.838	4.7	709.489	4.5	1.444.327	9.2
15-19	693-052	4.4	670.444	4.2	1.363.496	8.6
Total	1.427.890	9.05	1.379.933	8.7	2.807.823	17.8

Al considerar la edad de inicio de la actividad sexual, se observan importantes diferencias por género y nivel socioeconómico (NSE). En la Cuarta Encuesta Nacional de la Juventud, realizada el 2003, se entrevistaron 7.189 jóvenes entre 15 y 29 años siendo la mediana de inicio de actividad sexual de 16 años para los varones y 17 años para las mujeres. En este informe, el 33 % de los jóvenes había iniciado actividad sexual entre los 15 y 18 años y un 82% entre los 19 y 24

años. Sin embargo, el 31 % se había iniciado sexualmente a los 15 años o menos.

La Quinta Encuesta Nacional de la Juventud del 2006, en la que se entrevistó a 6.345 jóvenes de 15 a 29 años, muestra que el 74,8% de los hombres y el 68,8% de las mujeres han tenido actividad sexual penetrativa, con un 39,5% entre los adolescentes de 15 a 19 años.

Con respecto al uso de anticoncepción en el primer coito, se observa que el año 2003 un 70% de los varones y el 63% de las mujeres no se protegieron en su primera relación sexual lo que se mantiene en el 2006, en que menos de la mitad de los jóvenes usó anticoncepción, con menor índice de protección en NSE más bajos. Con respecto a la última relación sexual, hay importantes diferencias por edad. El 2003 entre los jóvenes de 15 y 18 años el 41% no usó protección y entre los 19 y 24 años sólo un 35% declaró utilizarla.

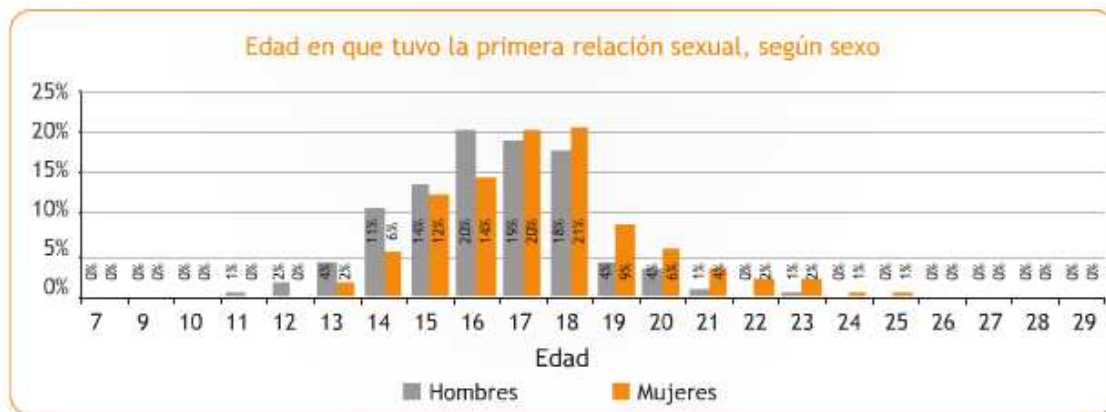
El uso de protección es mayor a mayor NSE, 77% en nivel alto y 64% y 59% en NSE medio y bajo, esta tendencia es válida en el 2006, con menor uso de anticoncepción en los jóvenes de menor edad y de menor NSE. Lo anterior impacta directamente en el riesgo de embarazo y en el riesgo de adquirir una ITS/VIH.

Según los datos de la Encuesta Mundial de Salud Escolar, en que el uso de condón en escolares de 13 a 15 años durante la primera relación sexual no excede el 7 %, aún cuando el 70% pensaban que podrían prevenir el SIDA con uso de condón y pareja única. Cuyas principales consecuencias de la actividad sexual no protegida son la magnitud del problema del embarazo en adolescentes y al riesgo de adquirir una ITS o VIH/SIDA. (14)

Hasta antes de los noventa la edad promedio de iniciación sexual fluctuaba entre los 17 y los 20 años, pero desde el año 1994 en adelante ha ido disminuyendo el promedio de edad. Al cruzar esta variable con el NSE e instrucción, se tiene que entre los sectores socio económicos más bajos, la edad de iniciación sexual es menor.

En el gráfico 1 se observa que actualmente la mayor tasa de iniciación sexual se concentra entre los 16 y los 18 años de edad tanto para los hombres (57%), como para las mujeres (55%) tendencia que se mantiene constante entre regiones como se desprende de la tabla 1.

Gráfico 1: Edad en que tuvo la primera relación sexual, según sexo en Chile.



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



Tabla 2: Edad de inicio de relaciones sexuales según región en Chile

Tabla 1: Edad de inicio de relaciones sexuales, según región

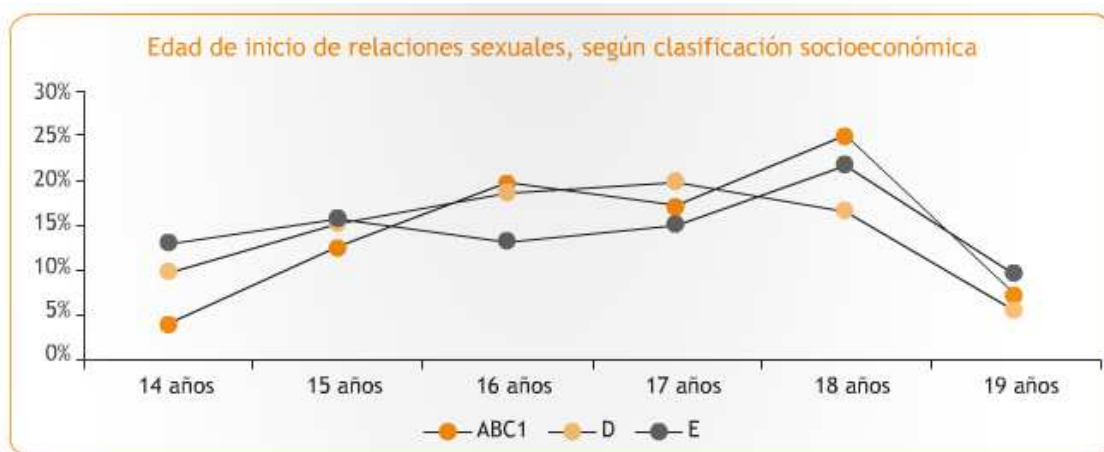
Edad/ Región	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	RM
7	0,00%	0,00%	0,40%	0,20%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,50%	0,00%	0,00%	0,00%
9	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,30%	0,00%	0,00%	0,70%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,20%
10	0,50%	0,00%	0,00%	0,50%	0,90%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,30%	0,00%
11	0,00%	0,30%	0,00%	0,30%	0,00%	0,00%	0,50%	0,20%	0,60%	0,00%	0,70%	0,00%	0,50%
12	1,10%	0,50%	0,00%	0,80%	0,20%	0,20%	2,20%	0,80%	2,00%	0,70%	0,80%	2,60%	1,50%
13	4,00%	1,00%	1,80%	7,40%	2,80%	3,00%	2,60%	1,40%	2,60%	4,30%	5,50%	2,40%	3,40%
14	6,90%	7,10%	9,50%	12,00%	7,80%	5,50%	10,70%	8,50%	7,20%	4,60%	9,40%	6,30%	9,20%
15	14,30%	12,60%	7,00%	15,40%	16,20%	11,90%	11,30%	8,70%	12,20%	10,90%	16,10%	13,00%	14,10%
16	<b>21,30%</b>	<b>20,70%</b>	<b>22,00%</b>	<b>18,20%</b>	<b>17,70%</b>	<b>18,00%</b>	<b>10,70%</b>	<b>14,80%</b>	<b>14,60%</b>	<b>17,00%</b>	<b>15,70%</b>	<b>16,70%</b>	<b>18,50%</b>
17	18,40%	19,80%	<b>25,80%</b>	18,10%	<b>18,20%</b>	<b>21,50%</b>	<b>22,00%</b>	<b>18,40%</b>	<b>24,00%</b>	<b>24,60%</b>	<b>21,20%</b>	<b>22,70%</b>	<b>18,30%</b>
18	15,70%	20,50%	16,30%	17,30%	17,70%	18,70%	19,10%	<b>21,00%</b>	19,40%	18,80%	15,40%	16,10%	<b>19,60%</b>
19	5,20%	6,70%	7,70%	3,70%	6,50%	7,50%	7,80%	9,80%	7,80%	7,00%	4,60%	6,40%	5,40%
20	6,30%	4,70%	4,50%	2,70%	3,90%	7,50%	5,70%	7,80%	3,70%	6,80%	3,80%	7,30%	3,40%
21	2,20%	2,90%	2,40%	1,20%	2,70%	1,50%	2,20%	2,70%	2,90%	2,00%	0,70%	1,90%	2,20%
22	1,80%	1,20%	0,50%	0,30%	2,60%	0,60%	2,60%	0,90%	1,70%	0,90%	1,90%	0,30%	0,90%
23	1,30%	0,60%	0,00%	0,80%	0,00%	0,60%	2,10%	1,20%	0,30%	1,60%	1,30%	1,60%	1,60%
24	0,40%	0,40%	0,00%	0,00%	0,80%	0,30%	0,00%	0,60%	0,40%	0,00%	0,00%	0,20%	0,50%
25	0,40%	0,60%	0,50%	0,40%	0,40%	0,50%	0,00%	0,00%	0,00%	0,30%	0,00%	1,00%	0,20%
26	0,00%	0,50%	0,00%	0,00%	0,00%	1,10%	0,30%	1,40%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
27	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,60%	0,00%
28	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,40%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
29	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,40%	0,00%	0,00%

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

La edad sexual de los hombres tiende a ser menor que la de las mujeres. Esto por cuanto los hombres los hombres presentan el porcentaje de iniciación sexual a los 16 años de edad. Mientras que las mujeres a los 18 años.

En el grafico 2 se observa que la edad de inicio de las relaciones sexuales presenta variaciones por estrato socio económico. El estrato socio económico más bajo tiende a duplicar al ABC1 en iniciación sexual a los 14 años de edad. Así mismo, el estrato D supera al estrato alto por más de dos veces en dicha edad.

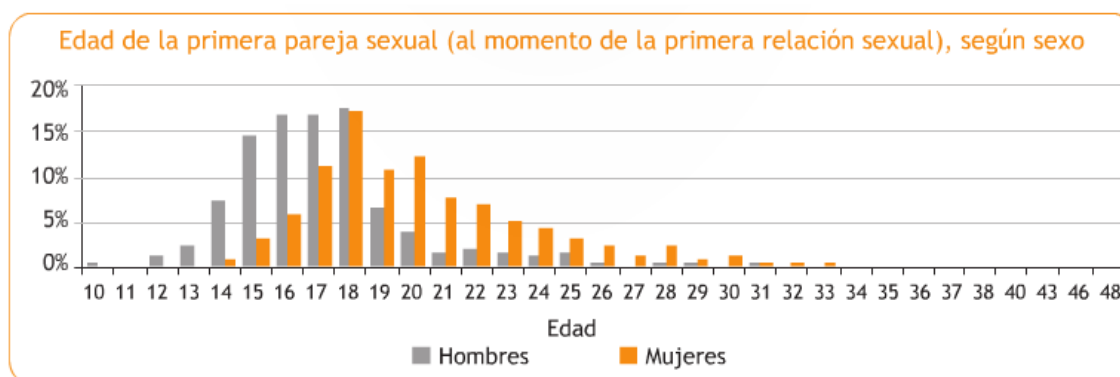
Grafico 2: Edad de inicio de relaciones sexuales, según clasificación socioeconómica en Chile



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

La edad de la pareja sexual tiende a ser ampliamente menor en hombres que en mujeres. En el primer caso, la pareja sexual lo hace entre 15 y 18 años de edad, mientras que en las mujeres será de entre 17 y 20 años. Ver grafico 3. (13)

Grafico 3: Edad de la primera pareja sexual (al momento de la primera relación sexual) según sexo en Chile



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

### 2.2.3 Programa de salud para adolescentes

De acuerdo con la información de Ministerio de Salud de Chile para los jóvenes se tiene establecido El Programa de Salud Integral de adolescentes y jóvenes tiene el propósito de mejorar el acceso y la oferta de servicios, diferenciados, integrados e integrales, en los distintos niveles de atención del sistema de salud, articulados entre sí, que respondan a las necesidades de salud actuales de adolescentes y jóvenes, con enfoque de género y pertinencia cultural, en el ámbito de la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación, incorporando a sus familias y la comunidad.

La atención integral de éste grupo etáreo, implica transversalizar las prácticas de salud, incorporando los distintos enfoques, lo que permite, visualizarlos como sujetos de derechos y protagonistas de sus propias vidas.

Así mismo, es relevante la coordinación y articulación de una red de servicios, por cuanto sus necesidades deben ser abordadas en forma integrada, posibilitando cuando sea necesario, la intervención simultánea de los distintos niveles de atención y distintos equipos, intra e intersectoriales, particularmente cuando se trata de poblaciones de adolescentes y jóvenes en situaciones de vulneración de derechos y en conflicto con la justicia.

El programa se desarrolla en todo el país, en las SEREMIS y en los tres niveles de atención del sistema público de salud, incluyendo a toda la población de adolescentes entre 10 y 19 años, y jóvenes entre 20 y 24 años. Constituyéndose en un programa de referencia para la atención de esta población en el sistema privado de salud.

La programación de las actividades definidas en los distintos niveles y dispositivos de la red asistencial, deben facilitar que adolescentes y jóvenes de ambos sexos accedan al sistema y sean atendidos por el equipo más cercano a su residencia. Por lo tanto, el establecimiento donde se realice cada una de las actividades debe estar claramente definido para un sector poblacional, el que puede variar en el tiempo, ya que dependerá de la planificación y los recursos de la red local de servicios, en el marco del modelo de atención del sistema sanitario actual. (15)

## **2.3 Colombia**

### **2.3.1 Características del sistema de salud Colombiano**

El sistema de salud en Colombia está regulado por el gobierno nacional, por intermedio del Ministerio de la Salud y Protección Social bajo mandato constitucional y delegado en parte al sector privado. El sistema

vigente en Colombia está reglamentado por la Ley 100, expedida en 1993, la cual reglamenta el sistema general de seguridad social de Colombia integral.

En cuanto a su reglamentación El sistema de salud en el país está reglamentado en el segundo libro de la Ley 100 de 1993 expedida por el Congreso de Colombia, la cual estableció el Sistema de Seguridad Social en el país, esta ley ha sido modificada por Ley 1122 de 2007: cuyo objetivo según se señala en su artículo primero fue: "realizar ajustes al Sistema General de Seguridad Social en Salud, teniendo como prioridad el mejoramiento en la prestación de los servicios a los usuarios. Y la Ley 1438 de 2011: según lo señala su artículo primero: " tiene como objeto el fortalecimiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud, a través de un modelo de prestación del servicio público en salud que en el marco de la estrategia Atención Primaria en Salud permita la acción coordinada del Estado, las instituciones y la sociedad para el mejoramiento de la salud y la creación de un ambiente sano y saludable, que brinde servicios de mayor calidad, incluyente y equitativo, donde el centro y objetivo de todos los esfuerzos sean los residentes en el país.

### 2.3.2 Estructura del sistema de salud colombiano

El estado actúa como ente de coordinación, dirección y control. Sus organismos son : El Ministerio de la Protección Social, la Comisión de Regulación en Salud (CRES) que reemplazó al Concejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS) por la Ley 1122 de 2007, y la Superintendencia Nacional de Salud que vigila y controla a los actores del sistema.

Los aseguradores: Son entidades públicas o privadas que aseguran a la población, actúan como intermediarias y administradoras de los recursos que provee el estado en forma de prima anual denominada *Unidad de Pago por Capitación* –UPC. Son las entidades promotoras de salud (EPS) y las administradoras de riesgos profesionales (ARP).

Los prestadores: son las instituciones prestadoras de salud (IPS), son los hospitales, clínicas, laboratorios, etc que prestan directamente el servicio a los usuarios y aportan todos los recursos necesarios para la recuperación de la salud y la prevención de la enfermedad.

Comisión de Regulación en Salud (CRES): Este organismo, creado mediante la Ley 1122 de 2007, sustituyó al CNSSS como organismo de dirección del sistema de salud. Es una unidad administrativa especial adscrita al Ministerio de la Protección Social y está compuesta por el Ministro de la Protección Social y el Ministro de Hacienda y Crédito Público o su viceministro y por cinco comisionados expertos elegidos por el presidente de la república.

La Superintendencia Nacional de Salud: Es el organismo que formula, dirige y coordina la política de inspección, vigilancia y control del sector salud y del sistema general de seguridad social en salud, además liquida y recauda la tasa que corresponde sufragar a las entidades sometidas a su vigilancia, autoriza la constitución o habilitación de EPS e IPS, y supervisa el monopolio rentístico de juegos de suerte y azar y de licores; así como a la oportuna, eficiente explotación, administración y aplicación del IVA cedido al sector salud entre otros.

Entidades aseguradoras: En el Sistema general de Seguridad Social en Salud de Colombia las entidades responsables de administrar los riesgos relacionados con salud por enfermedad general o por enfermedad y

accidentes laborales son: Entidades promotoras de salud (EPS): su función es organizar y garantizar, la prestación de los servicios de salud que se encuentran en el POS (Plan Obligatorio de Salud) y son las responsables de la gestión de riesgos derivados de la enfermedad general o no ocupacional. Y las Aseguradoras de riesgos profesionales (ARP): son las responsables de cubrir los eventos derivados de riesgos ocupacionales o de trabajo y todo empleador tiene la obligación de afiliarse a sus empleados a una ARP. (16)

### 2.3.3 Salud sexual y reproductiva en Colombia

En Colombia, la situación de Salud Sexual y Reproductiva muestra que es inaplazable la implementación de una política integral que logre modificar indicadores que siguen siendo muy preocupantes. Los factores de vulnerabilidad más frecuentemente asociados a condiciones precarias de Salud Sexual y Reproductiva son el bajo nivel de escolaridad, la situación de pobreza, la ubicación en zonas rurales o urbanas marginales, la situación de desplazamiento, la residencia en zonas de conflicto, las limitaciones de la cobertura del SGSSS, los comportamientos de riesgo y el inicio temprano de relaciones sexuales.

Además de estos factores, existen estereotipos y valores culturales sobre la sexualidad, la reproducción y, en general, sobre las relaciones afectivas, que condicionan actitudes y comportamientos que no siempre favorecen la salud y el desarrollo autónomo de proyectos de vida significativos para cada persona en su contexto específico. Para modificar estas ideas asociadas a la sexualidad y la reproducción, la sola divulgación de información ha demostrado ser insuficiente, por lo que se requieren mecanismos capaces de lograr la adquisición y el desarrollo de las competencias necesarias para mejorar la Salud Sexual y

Reproductiva de manera que tengan sentido para las personas individualmente y en términos de convivencia social.

#### 2.3.4 Salud sexual y reproductiva en jóvenes y adolescentes en Colombia

Los jóvenes y adolescentes están iniciando su vida sexual a una edad cada vez más temprana. Al mismo tiempo hay un incremento del porcentaje de mujeres menores de 20 años que son madres (17% en 1995 y 19% en el 2000), porcentaje que es considerablemente superior entre las adolescentes de las zonas rurales (26%) y aún mayor entre las adolescentes en situación de desplazamiento (30%). El embarazo precoz tiene graves consecuencias sobre la calidad de vida de los futuros padres y de los/as hijos/as por nacer: limita las posibilidades de desarrollo personal y social de padres e hijos en la medida en que reduce las oportunidades de educación y, por lo tanto, afecta la calidad del empleo, aumenta el número de personas con dependencia económica en una familia que con frecuencia tiene recursos económicos escasos y, en general, se convierte en un factor que afecta la calidad de vida de las personas. El embarazo precoz es un factor que contribuye a perpetuar el círculo de la pobreza.

El factor más fuertemente relacionado con el aumento de la fecundidad entre la población de adolescentes es el bajo nivel de escolaridad (que a su vez está asociado a condiciones de pobreza): las adolescentes sin educación formal tienen su primera relación sexual y su primer hijo mucho antes que las que tienen algún nivel de escolaridad. El otro factor asociado al embarazo adolescente es el lugar de residencia: las jóvenes de las zonas rurales tienden a tener relaciones sexuales e hijos más temprano que las de las zonas urbanas. En el litoral Pacífico el número de adolescentes embarazadas es el doble que en el resto del país.



Así mismo, entre las jóvenes en situación de desplazamiento el embarazo precoz es cada vez más común, bien sea como producto de condiciones de vivienda muy precarias que favorecen las relaciones sexuales, o como alternativa de proyecto de vida, caso en el que se trata de una decisión tomada con información y condiciones para el ejercicio de la autonomía individual muy precarias.

Los programas de promoción y prevención y los servicios destinados a la población general no responden a las necesidades específicas de los/las jóvenes. La población adolescente requiere acciones de promoción de Salud Sexual y Reproductiva específicamente diseñados para ella, con su participación e involucrando las redes sociales de pares, educadores y familia, entre otras, así como servicios de atención integrales que respondan a las necesidades y características propias de su ciclo vital. Los/las adolescentes no acuden con facilidad a los servicios de consejería y atención y, por lo tanto, es indispensable que el sistema cuente con mecanismos que les permitan aprovechar las oportunidades en que se acercan a solicitar orientación o servicios, particularmente para suministrarles métodos de control de la fecundidad y de protección contra ITS y VIH/SIDA, y para vincularlos a programas específicos según sus necesidades.

Con la población adolescente es de particular importancia trabajar los estereotipos, prejuicios y valores frente a la sexualidad, la reproducción y las relaciones de pareja y familiares, que perpetúan relaciones desequilibradas entre los sexos y favorecen conductas de riesgo. Por otro lado, es evidente que la sola divulgación de información no es suficiente para desarrollar competencias sociales orientadas hacia el estímulo de las condiciones que garantizan la toma de decisiones y el

ejercicio de una sexualidad sana, libre, satisfactoria y responsable en esa etapa del ciclo vital. (17)

### 2.3.5 Política en salud sexual y reproductiva de Colombia

La política en salud sexual y reproductiva de Colombia está orientada a: Impulsar en la población medidas de promoción de la salud y de prevención de la enfermedad y estimular la atención institucional de los temas prioritarios en Salud Sexual y Reproductiva, ampliar la cobertura en el SGSSS de la población con factores de vulnerabilidad en Salud Sexual y Reproductiva, fortalecer la red de servicios del país, en relación con la oportunidad, calidad e integralidad de la atención en los eventos de Salud Sexual y Reproductiva, mediante el mejoramiento de la infraestructura, la capacidad y el compromiso del recurso humano y la implementación de los sistemas de información, implementar acciones de vigilancia y control de la gestión en el nivel nacional y territorial, desarrollar acciones de vigilancia epidemiológica de los eventos que afectan la SSR, como factor fundamental para la toma de decisiones, fortalecer el Sistema Integral de Información en Salud (SIIS) como herramienta que permita conocer la situación de la Salud Sexual y Reproductiva, promover la investigación en SSR como mecanismo de toma de decisiones políticas y técnicas, desarrollar acciones que vinculen a diversos sectores e instituciones para impactar los problemas de la Salud Sexual y Reproductiva, aprovechar las redes sociales como escenario de intercambio de información y apoyo solidario en las áreas prioritarias de la política de Salud Sexual y Reproductiva. (18)

Las metas planteadas en la política nacional de salud sexual y reproductiva son:

- Maternidad segura: reducir en un 50% la tasa nacional de mortalidad materna evitable; mejorar la cobertura y calidad de la atención institucional de la gestación, parto y puerperio y sus complicaciones, y fortalecer las acciones de vigilancia, prevención y atención de la mortalidad materna y perinatal.
- Planificación familiar: incrementar el uso correcto de métodos anticonceptivos en la población en edad fértil, con especial énfasis en la población masculina, y reducir la demanda insatisfecha de planificación familiar en la población de mujeres unidas.
- Salud sexual y reproductiva en la población adolescente: reducir el embarazo en adolescentes en un 26%. La fecundidad en adolescentes ha incrementado en los últimos años: para el año 2000 es de 19%.<sup>2,3</sup>. Teniendo en cuenta todas las implicaciones que se derivan de esta situación se propone, mediante acciones de distinto orden, reducir la fecundidad al 14% (es decir, cinco puntos porcentuales con respecto al 19%, lo cual equivale al 26% del total de embarazos adolescentes).
- Cáncer de cuello uterino: alcanzar coberturas de detección temprana con citología cervicovaginal (CCV) en el 90% de la población objeto, y simultáneamente trabajar en la disminución de la mortalidad por esta causa promoviendo los factores protectores y fomentando la prevención de factores de riesgo, el mejoramiento de la calidad de la CCV y el tratamiento adecuado de los casos.
- Prevención y atención de la ITS, VIH/SIDA: mantener la prevalencia general por debajo del 0.5%; reducir en los recién

nacidos la incidencia de sífilis congénita a menos de 0.5 por cada 1.000 nacidos vivos, y eliminar la hepatitis B en los recién nacidos.

- Violencia doméstica y sexual incrementar en un 20% la detección y atención de la violencia intrafamiliar y sexual en mujeres y menores.

### **3. Aproximación analítica de programas y políticas en salud sexual y reproductiva en Brasil, Chile vs Colombia**

La gente joven constituye un segmento cada vez más importante de la población. En la de América Latina y el Caribe, el contingente entre 10 y 24 años de edad representa un 30% del total y los adolescentes entre 10 y 19 años, un 20%. Esta distribución se divide igualmente entre hombres y mujeres (CEPAL, 2000a). El número de personas jóvenes en la región es de 155 millones (según datos del año 2000) y se espera que llegue a 163 millones en 2025.

Los hombres y mujeres adolescentes y jóvenes de menos de 25 años de edad son especialmente vulnerables en lo que respecta a la salud sexual y reproductiva, ya que para que puedan ejercer sus derechos a ella, y a la salud en general, existen numerosos obstáculos. Para lograr hacerlo, ambos grupos, en especial el de los adolescentes, suelen enfrentar restricciones que tienen su origen en la escasa autonomía que la sociedad suele otorgarles en relación con estas materias, en las señales contradictorias que reciben de diferentes actores e instituciones sociales,

y en los vacíos de las políticas destinadas a fortalecer la educación y la información sobre los asuntos reproductivos y sexuales. (19)

### 3.1 Aproximación analítica de programas y políticas en salud sexual y reproductiva en Brasil

Muy pocos países poseen una imagen tan conectada con el erotismo y la sexualidad como la que tiene Brasil. El país está lleno de símbolos de libertad sexual representados en imágenes que van desde el carnaval y las playas, a relaciones interraciales, travestis y samba. Sin embargo, esta representación oculta la realidad de la sociedad brasileña; debajo de un fingido liberalismo, el país se encuentra profundamente afectado por el sexismo, la homofobia y el racismo, los cuales, cuando van de la mano con otros marcadores sociales, crean una realidad de desigualdades masivas.

### 3.2 Aproximación analítica de programas y políticas en salud sexual y reproductiva en Chile

En Chile existe una carencia en educación sexual y servicios de salud Sexual y reproductiva para jóvenes y adolescentes; La asistencia al consultorio por temas de salud sexual y reproductiva es prácticamente nula entre adolescentes y jóvenes de todas las regiones. Si bien tienen conocimientos de que la entrega de anticonceptivos e información existente en los consultorios no acuden a ella por dos motivos; dudan sobre la confidencialidad y la mala calidad de los condones y pastillas anticonceptivas.

La encuesta de calidad de vida y salud señala que el 40% de los jóvenes de entre 15 y 19 años de edad se han iniciado sexualmente.

Por otra parte la Ley Orgánica Constitucional de enseñanza (LOCE) no obliga a los colegios a contar con un plan de sexualidad y el tema tampoco es mencionado en la Ley General de Educación.

Por otra parte el grupo entre 15 a 19 años registra un aumento de 4% entre hombres adolescentes, mientras las mujeres se mantienen en un 15%. Según datos de 2006, al desagregar por tipo de ITS, el condiloma constituye el 17% del total de notificaciones en adolescentes de 15 a 19 años.

Un 1,3% de las ITS se registran en adolescentes menores de 15 años, lo que refleja, en parte algunas de las consecuencias de los abusos sexuales a menores de edad. De estas el 80% afectaron a mujeres y el 20% restante a hombres. La mayoría de las notificaciones de 2006 son a mujeres (60%) entre los 20 y los 44 años. Tanto en este como en todos los demás grupos etarios, la prevalencia de las notificaciones es mayor entre las mujeres que los hombres. Las ITS constituyen un factor de riesgo para desarrollar infertilidad, cáncer cervicouterino y/o anal (en el caso de papiloma humano) para la transmisión del VIH. Algunas ITS también pueden dejar otro tipo de secuelas, como dolor crónico, complicaciones del embarazo, entre otras. (20)

Aun no es posible contar con estadísticas nacionales en salud específicas para los adolescentes que den cuenta de sus reales necesidades y permitan diseñar programas, realizar seguimiento y evaluar su impacto.

La capacitación no tiene cobertura nacional, lo que genera discrepancia en la calidad de atención para adolescentes, especialmente en el área de Salud Sexual y Reproductiva. Los lugares donde existen servicios amigables para adolescentes son escasos, el nivel de desarrollo es

desigual, lo que afecta directamente el acceso y la calidad de los servicios.

El sistema público de salud otorga prioridad a la mujer joven que ya ha sido madre y discrimina a la que aun no lo es, en cuanto a servicios y acceso a la anticoncepción. Se realiza escasa consejería en prevención de ITS y el preservativo es prioritariamente entregado como método de contracepción.

El acceso de los varones a servicios de Salud Sexual y Reproductiva es través del "Programa de la Mujer", lo que dificulta el acceso a la obtención de preservativos y con frecuencia la disponibilidad de éstos no cubre la demanda de los jóvenes

El contexto cultural afecta directamente la promoción de los derechos y la Salud Sexual y Reproductiva de adolescentes, dificultando el desarrollo de actividades de educación sexual a nivel escolar, criticando actividades para la prevención del embarazo no deseado, oponiéndose a campañas de prevención del contagio de ITS y SIDA y generando dudas en los proveedores de salud utilizando datos científicos inexactos. Esto afecta directamente a la población más desprotegida.

Por otra parte, grupos de poder presionan en la toma de decisiones políticas, negociando soluciones intermedias que nuevamente afectan a las mujeres, en especial a las jóvenes y de población más pobre.

A diez años de la Política Nacional para la Educación en Sexualidad y a casi cuatro de la elaboración de una Propuesta Gubernamental "Hacia una Sexualidad Responsable", aun estan a nivel de "Plan Piloto" o iniciativas escolares aisladas.

Los establecimientos educacionales de niveles socio económicos bajos o rurales son los que menos cuentan con Programas de Educación Sexual. Los indicadores de salud informan promedios nacionales, los que minimizan las desigualdades internas del país. Los adolescentes no son un grupo homogéneo, tienen enormes diferencias por: sexo, edad, nivel socio económico, región, estado civil, contexto cultural. Los programas e intervenciones deben considerar esta diversidad. La mayor desigualdad está marcada por la pobreza. (25)

### 3.3 Aproximación analítica de programas y políticas en salud sexual y reproductiva en Colombia

En Colombia, en la década de los sesenta, las corrientes internacionales que fomentaban el control de la natalidad influyeron en las temáticas tratadas ocasionalmente en la escuela, en las cátedras de Ciencias Naturales y Salud o de Comportamiento y Salud. Pero fue hasta la década de los noventa, con la Constitución de 1991 que se marca un hito en la educación sexual, toda vez que contemplaba los Derechos Sexuales y Reproductivos (DHSR), tanto en los derechos fundamentales como en los sociales, económicos y culturales (DESC). Así, muchos de los derechos sexuales y reproductivos, propuestos por la Conferencia Internacional sobre la Población y Desarrollo, celebrada en el Cairo, /1942, fueron incluidos explícitamente en la Constitución Política colombiana. Como lo expresa un documento de trabajo elaborado por el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), las ideas de la Conferencia Internacional de 1994 representaron un importante avance; plantearon que la cobertura y la calidad de los servicios de salud para mejorar los niveles de salud reproductiva debían complementarse con



procesos educativos en los que las personas pudieran apropiarse de conocimientos, habilidades, actitudes y valores, que aseguraran el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos.

En este contexto, la Corte Constitucional emitió una sentencia que establece la necesidad de abordar la educación sexual en el país. Fue así como el Ministerio de Educación Nacional le otorgó carácter obligatorio a la educación sexual en las instituciones educativas mediante la Resolución 3353 de 1993 4, fundamento del Proyecto Nacional de Educación Sexual (PNES) formulado en 1993. Paralelamente, la Ley General de Educación en el artículo 14, literal e), ratifica la obligatoriedad de la educación sexual, "impartida en cada caso de acuerdo con las necesidades psíquicas, físicas y afectivas de los educandos según su edad". El Decreto Reglamentario 1860, de Agosto 3 de 1994, establece en el artículo 36 que: "la enseñanza prevista en el artículo 14, se cumplirá bajo la modalidad de proyectos pedagógicos. La intensidad horaria y la duración de los proyectos se definirán en el respectivo plan de estudios". (24)

El Proyecto Nacional de Educación Sexual (PNES), no obstante haberse divulgado en diciembre de 1993, acogió la concepción de educación sexual como proyecto pedagógico, desarrollado a través del plan de estudios, ya no como una cátedra aislada o asignatura específica .

A pesar de que los posteriores esfuerzos nacionales no abordaron las dificultades pedagógicas y organizacionales de la integración de la temática de sexualidad en la construcción cotidiana propia de la misión formadora de la institución educativa, aportaron un apreciable conocimiento sobre la caracterización de la información acerca de la sexualidad y su percepción por parte del estudiantado:

En el año de 1999, junto con el UNFPA, el Ministerio de Educación desarrolló el Proyecto Educación en Salud Sexual y Reproductiva de Jóvenes para Jóvenes. Se trató de caracterizar a los/las jóvenes escolarizados y no escolarizados de los departamentos de Bolívar, Cauca, Córdoba, Nariño y Sucre en aspectos relacionados con sexualidad, salud sexual y reproductiva y sus relaciones de género.

La Constitución Política de Colombia, define al país como un Estado social de derecho organizado en forma de república unitaria, descentralizada, con autonomía de sus entidades territoriales, democrática, participativa y pluralista, fundada en el respeto de la dignidad humana, en el trabajo y la solidaridad de las personas que la integran y en la prevalencia del interés general; en sus artículos 44 y 45 definen la salud como un derecho fundamental de los niños y el derecho a la protección y formación integral de los adolescentes

*Artículo 44. Son derechos fundamentales de los niños: la vida, la integridad física, la salud y la seguridad social, la alimentación equilibrada, su nombre y nacionalidad, tener una familia y no ser separados de ella, el cuidado y amor, la educación y la cultura, la recreación y la libre expresión de su opinión. Serán protegidos contra toda forma de abandono, violencia física o moral, secuestro, venta, abuso sexual, explotación laboral o económica y trabajos riesgosos. Gozarán también de los demás derechos consagrados en la Constitución, en las leyes y en los tratados internacionales ratificados por Colombia. La familia, la sociedad y el Estado tienen la obligación de asistir y proteger al niño para garantizar su desarrollo armónico e integral y el ejercicio pleno de sus derechos. Cualquier persona puede exigir de la autoridad competente su cumplimiento y la sanción de los infractores. Los derechos de los niños prevalecen sobre los derechos de los demás.*

*Artículo 45. El adolescente tiene derecho a la protección y a la formación integral. El Estado y la sociedad garantizan la participación activa de los jóvenes*

*en los organismos públicos y privados que tengan a cargo la protección, educación y progreso de la juventud. (21)*

En el año 2000, y fruto de un trabajo de concertación institucional, se concretó una alianza entre los Ministerios de Educación y Salud, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y la Fundación Restrepo Barco para realizar una investigación sobre Dinámicas, ritmos y significados de la sexualidad juvenil.

Más recientemente, en 2003, el gobierno nacional, con el apoyo del Fondo de Población de las Naciones Unidas y a través del Ministerio de la Protección Social, que integra los sectores de salud y trabajo, hizo pública la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva.

En ese marco y desde los inicios de la Revolución Educativa, el desarrollo de la educación sexual en el país llevó al Ministerio de Educación para complementar los vacíos educativos encontrados, a realizar una serie de encuentros entre personas y organizaciones que trabajaban en educación sexual en Colombia y otros países, que exploraron la relación entre educación para la sexualidad y el desarrollo de competencias básicas, en especial competencias ciudadanas, y llevaron al diseño de una propuesta pedagógica, conceptual y operativa. Dicha propuesta se validó y ajustó entre 2006 y 2007, con el desarrollo del Proyecto Piloto de Educación para la Sexualidad y Construcción de Ciudadanía, en conjunto con UNFPA, en 53 instituciones educativas que reúnen a 235 sedes y centros educativos de 5 regiones del país.

Las acciones diseñadas para dicho Proyecto se desprenden de la coincidencia entre las necesidades y propuestas de desarrollo de la Salud Sexual y Reproductiva hechas por el país, y lo planteado en la cooperación MEN-UNFPA durante la formulación de la política nacional y

local. Esta propuesta, enriquecida con los aportes y las experiencias de los distintos actores que participaron en el pilotaje, nos permite hablar hoy de un Programa de Educación para la Sexualidad y Construcción de ciudadanía, en el marco de competencias ciudadanas, que representa una oportunidad para responder a los retos educativos en ese tema.

Dentro de las prioridades del Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010, incluyen la salud infantil, la salud sexual y reproductiva, la salud oral, la salud mental y las lesiones violentas evitables, las enfermedades transmisibles y las zoonosis, las enfermedades crónicas no transmisibles, la nutrición, la seguridad sanitaria y del ambiente, la seguridad en el trabajo y las enfermedades de origen laboral y la gestión para el desarrollo operativo y funcional del Plan. Dado que el Plan, exige una articulación efectiva de esfuerzos entre los niveles territoriales (Nación, y entidades territoriales), con los demás actores de la salud (EPS, ARP, IPS, sociedad civil organizada, sociedades científicas, instituciones formadoras del talento humano en salud, otros sectores de la sociedad y entidades de cooperación técnica internacional) se han construido planes territoriales de salud tanto en los departamentos, municipios y EPS, para que de forma concertada permitan no solo la ejecución de sus contenidos sino la veeduría entre los actores como forma de control social. (22)

En la tabla 3 se muestra la inversión de recursos a nivel nacional en millones de pesos según las prioridades que se manejan en salud pública; en la misma se encuentra la inversión para Salud sexual y reproductiva y en la tabla 4 se muestra que mejorar la salud sexual y reproductiva hace parte de los objetivos del milenio; pero que a la fecha no han presentado ningún soporte estadísticos o impacto de este objetivo en la población.

Tabla 3: Colombia: ejecución de recursos de salud pública según prioridades 2007.

En Millones de Pesos	
PAI y salud infantil	101.297.6
Enfermedades transmitidas por vectores y zoonosis	41.243.3
Salud ambiental y factores externos	20.065.7
Lepra, tuberculosis y enfermedades crónicas	6.137.6
Salud sexual y reproductiva	3.774.6
Salud mental	614.6
Funciones Esenciales de Salud Pública	396.8
Vigilancia en salud pública	316.4
<b>Total</b>	<b>173.846,6</b>

FUENTE: MPS, Informe al Congreso 2007-2008.

Tabla 4: Objetivos del Milenio No. 5: Mejorar la salud sexual y reproductiva

Objetivo 5. Mejorar la salud sexual y reproductiva		
Meta a 2015 para Colombia	Línea de Base (1990)	Situación Actual
Reducir la razón de mortalidad materna a 45 muertes por 100.000 n.v.	100 (1998)	75.0 (2006)
Incrementar a 90% el porcentaje de mujeres con cuatro o más controles prenatales	66%	83.1% (2005)
Incrementar la atención institucional del parto a 95%	76.3%	97.1% (2006)
Incrementar la atención del parto por personal capacitado (médico o enfermera) a 95%	80.6%	90.7% (2005)
Incrementar la prevalencia de uso de métodos modernos de anticoncepción en el 75% de la población sexualmente activa	59% (1995)	68.2% (2005)
Incrementar la prevalencia de uso de métodos modernos de anticoncepción en el 65% de la población entre 15 y 19 años sexualmente activa	38% (1995)	66.1% (2005)
Detener el crecimiento del porcentaje de adolescentes que han sido madres o están en embarazo, manteniendo esta cifra por debajo del 15%	13%	20.5% (2005)
Reducir la tasa de mortalidad por cáncer de cuello uterino a 5.5 muertes por 100.000 mujeres	13	10.9 (2003)

Teniendo en cuenta la realidad de los adolescentes en el área de la salud sexual y reproductiva y la problemática derivada del manejo inadecuado de esta temática en la población mencionada, el Ministerio de la Protección Social formuló en 2003 la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, la cual señala: "la sexualidad y la reproducción están íntimamente ligadas a la calidad de vida, tanto en el ámbito de lo individual como de lo social. La salud sexual y reproductiva se refiere a un estado general de bienestar físico, mental y social, y no la mera ausencia de enfermedades o dolencias en todos los aspectos relacionados con la sexualidad y la reproducción, y entraña la posibilidad de ejercer los derechos sexuales y reproductivos.

Un buen estado de salud sexual y reproductiva implica: capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos, posibilidad de ejercer el derecho a procrear o no, libertad para decidir el número y espaciamiento de los hijos, derecho a obtener información que posibilite la toma de decisiones libres e informadas y sin sufrir discriminación, coerción ni violencia, acceso y la posibilidad de elección de métodos de regulación de la fecundidad seguros, eficaces, aceptables y asequibles, eliminación de la violencia doméstica y sexual que afecta la integridad y la salud, así como el derecho a recibir servicios adecuados de atención a la salud que permitan embarazos y partos sin riesgos. De igual manera, implica el acceso a servicios y programas de calidad para la promoción, detección, prevención y atención de todos los eventos relacionados con la sexualidad y la reproducción, independientemente de sexo, edad, etnia, clase, orientación sexual o estado civil de la persona teniendo en cuenta sus necesidades específicas de acuerdo con su ciclo vital".

Otros aspectos de la política incluyen la no prohibición de relaciones sexuales para los mayores de 14 años siempre y cuando sean relaciones

establecidas libremente; además, se menciona que los servicios de salud sexual y reproductiva dirigidos a este grupo etáreo deben contar con unas características mínimas como son: acceso a información, servicios y suministros, privacidad, confidencialidad, elección informada, autodeterminación, igualdad y no discriminación. (23)

Para implementar la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, las entidades territoriales deberán formular un Plan de Salud Sexual y Reproductiva que desarrolle los principios orientadores y estrategias de la misma, articule las intervenciones de los diferentes planes de beneficios alrededor de las siguientes líneas de intervención: Maternidad Segura, Planificación familiar, Salud Sexual y Reproductiva de los y las Adolescentes, Cáncer de cuello uterino, Infecciones de Transmisión Sexual – VIH/ SIDA.

En cuanto a la Salud Sexual y Reproductiva (SSR) de los y las adolescentes se deben incluir aspectos como el ejercicio de una sexualidad libre, satisfactoria, responsable y sana, la prevención del embarazo precoz y la prevención y atención de eventos relacionados con la sexualidad y la reproducción. Los datos expuestos en este artículo muestran el poco impacto que las medidas planteadas han generado en la salud de nuestros jóvenes.

El bajo grado de conocimiento de muchas mujeres, especialmente adolescentes y jóvenes, sobre distintos aspectos de la sexualidad y la reproducción, ha preocupado desde tiempo atrás a las agencias que trabajan o han trabajado en Colombia por la salud reproductiva de la población (ASCOFAME, ACEP, CCRP, Profamilia) y han propiciado el desarrollo de programas de educación sexual entre los jóvenes. Profamilia, por ejemplo, tiene Programas para Jóvenes en todos sus

centros y ha desarrollado el Programa EDUCA, de educación virtual, con el fin de suplir estas deficiencias. (16)

Algunos programas dirigidos a los adolescentes han logrado resultados alentadores.

Por otra parte el Ministerio de Educación en Colombia tiene establecido El Programa de Educación para la Sexualidad y Construcción de Ciudadanía es una iniciativa del Ministerio de Educación Nacional y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), cuyo propósito es contribuir al fortalecimiento del sector educativo en el desarrollo de proyectos pedagógicos de educación para la sexualidad, con un enfoque de construcción de ciudadanía y ejercicio de los derechos humanos, sexuales y reproductivos.

El Programa, se desprende de la coincidencia entre las necesidades y propuestas de desarrollo de la Salud Sexual y Reproductiva hechas por el país, y lo planteado en la cooperación MEN-UNFPA durante la formulación de la política nacional y local. Así mismo, se construye en coherencia con los anteriores avances con la política y normatividad de la Revolución Educativa.

Además de los compromisos adquiridos por la nación en el marco de las conferencias internacionales y las leyes nacionales vigentes, han sido evidentes las necesidades de las escuelas para desarrollar los Proyectos Pedagógicos de Educación para la Sexualidad, en su mayoría relacionadas con material educativo y con formación de los docentes, lo que otorga prioridad al mejoramiento de las prácticas educativas. Este programa se convierte entonces en la mejor oportunidad para avanzar en la formación para el ejercicio responsable y autónomo de la sexualidad. (24)



#### **4. Conclusiones**

Además de los factores biológicos, las condiciones sociales y económicas influyen de modo considerable en la determinación de la salud sexual y reproductiva de las personas jóvenes, muchos de sus problemas de salud están vinculados a situaciones de pobreza y exclusión social, dado que estas se relacionan con la desigualdad en el acceso a los servicios sanitarios y a los factores determinantes de la salud.

En lo referente a la salud, los adolescentes y jóvenes de ambos sexos enfrentan varias dificultades que es preciso abordar simultáneamente en diferentes planos para proveer respuestas acordes con la dimensión y la complejidad de los problemas existentes. Esto requiere una perspectiva integral cuyo eje sea la salud sexual y reproductiva, y que busque la debida articulación entre los distintos sectores institucionales, especialmente sobre la base de enfoques en que la salud se asume como un derecho humano fundamental.

Existe hoy una creciente conciencia acerca de la necesidad de diseñar políticas públicas específicas para adolescentes y jóvenes; en general, en la región se ha apreciado una mejora cualitativa de las políticas, programas y normas sobre salud sexual y reproductiva, atribuible a la actual concepción de los derechos humanos, a la equidad social y de género y al empoderamiento de las mujeres y los adolescentes

Los acuerdos internacionales afirman que todas las personas adolescentes incluyendo las más jóvenes tienen el derecho a recibir servicios, orientación y asesoramiento claramente apropiados para ese

grupo de edad sobre la salud sexual y reproductiva que les permitan asumir su sexualidad de modo positivo y responsable.

La educación formal e informal debería promover relaciones basadas en la igualdad de género y el respeto mutuo, además de posibilitar que las y los adolescentes se protejan contra embarazos tempranos y no deseados, ITS/VIH, así como el abuso sexual y la violencia.

De conformidad con tales acuerdos, el acceso de las y los adolescentes a información y servicios no deberá ser restringido por barreras legales, regulatorias o sociales discriminatorias basadas en la edad o el estado civil, ni por las acciones negativas de las personas o entidades que proveen servicios e implementos para el cuidado de la salud como EPS, farmacias o droguerías. Todos los programas deben resguardar el derecho de las y los adolescentes a la privacidad, la confidencialidad, el respeto y el consentimiento informado.

En las escuelas y otros ámbitos educativos, incluidos los programas extraescolares, se necesita urgentemente una educación efectiva, integral y continua sobre la sexualidad que se base en los principios de los derechos humanos y la igualdad de género y que responda a las preguntas de las y los adolescentes jóvenes. Entre los métodos adicionales de comunicación y aprendizaje se encuentran los medios impresos (especialmente las revistas para jóvenes); programas de radio y televisión dirigidos a adolescentes; líneas telefónicas para preguntas y respuestas, así como la Internet.

La educación sobre la sexualidad y las relaciones basada en un currículo debería iniciar temprano en la escuela primaria e intensificarse en los niveles más altos de ésta y de la educación media. A los 12 años, más del 85 por ciento de la totalidad de niñas y niños en los países en

desarrollo ya están en la escuela. Sin embargo, la asistencia puede disminuir rápidamente después de esa edad, lo cual profundiza las desigualdades basadas en el género, los medios económicos del hogar y la residencia rural-urbana.

Los planes educativos institucionales en donde se incluye la educación sexual, apropiados a la edad que van dirigidos a niños y niñas antes de que inicien su actividad sexual deben abordar no sólo los aspectos fisiológicos de la sexualidad y la reproducción, sino también los emocionales de las relaciones íntimas, las diversas expresiones sexuales y la autoestima, además de enseñar habilidades para la negociación y la toma de decisiones.

Las y los adolescentes menores de 15 años necesitan información, habilidades prácticas y apoyo familiar, social y legal que les hagan posible tomar decisiones informadas, inclusive rechazar el matrimonio forzado y protegerse contra todas las formas de acoso, coerción y violencia sexuales en sus familias, escuelas y comunidades. Tanto los varones como las niñas requieren de espacios seguros donde puedan hacer preguntas, hablar entre sí y con personas adultas de confianza y obtener la información y el apoyo necesarios para reforzar los cambios positivos en sus actitudes y conductas.

Los proveedores de cuidados de salud sexual y reproductiva como métodos de anticoncepción masculina y femenina, pruebas de embarazo o para detección en ETS y consejería para casos positivos de ITS y VIH, y atención del aborto, en ocasiones se rehúsan a atender a adolescentes y jóvenes y pueden negarles estos servicios por completo si estos no vienen acompañados por un adulto.<sup>22</sup>

Los límites entre el derecho de las y los adolescentes a tomar sus propias decisiones y el derecho de madres y padres a tomarlas por sus hijas e hijos son disputados casi en todas partes. Aun así, las evidencias sugieren que negar información y servicios cruciales a las personas jóvenes no les protege contra los daños. Por el contrario, incrementa la probabilidad de que su iniciación sexual, si llegara a ocurrir o cuando sucede, sea desprotegida, por tal motivo la educación debe estar bien dirigida desde el principio y debe incluir temas de toma de decisiones y vida sexual y reproductiva responsable.

Las intervenciones encaminadas a promover la salud y los derechos sexuales y reproductivos de adolescentes jóvenes son necesarias en diversos lugares no sólo en las escuelas y los servicios de salud sino además en los niveles familiar, comunitario, distrital y nacional.

## Bibliografía

1. Hechos y Derechos. Colombia, tierra de niños y adolescentes. El derecho a la salud sexual y reproductiva. Sitio en internet. Disponible para consulta en:  
<http://unicef.org.co/Gobernadores/prioridad6.htm>  
Consultado el: 24 de febrero de 2012
2. Constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS) suplemento de la 45a edición, octubre de 2006. Sitio en internet. Disponible para consulta en:  
[http://www.who.int/governance/eb/who\\_constitution\\_sp.pdf](http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf)  
Consultado el: 14 de abril de 2012
3. Naciones Unidas. Informe de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, El Cairo, 5 a 13 de septiembre de 1994. Nueva York 1995.  
[http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2004/icpd\\_spa.pdf](http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2004/icpd_spa.pdf)
4. Organización Panamericana de la Salud, 1998. "La salud reproductiva: Parte integrante del desarrollo humano". Revista Panamericana de la Salud Publica.
5. Naciones Unidas. Informe de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, El Cairo, 5 a 13 de septiembre de 1994. Nueva York 1995.  
[http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2004/icpd\\_spa.pdf](http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2004/icpd_spa.pdf)
6. Flórez CE, Soto VE, El estado de la salud sexual y reproductiva de America Latina y el Caribe, una visión global. Banco interamericano de Desarrollo. Departamento de investigación; Documento de trabajo # 632. Febrero 2008.
7. Reinoso C; Alcalá MJ; Leyes y políticas sobre salud y derechos sexuales y reproductivos de los adolescentes. Diciembre 1999.  
[http://guiagenero.mzc.org.es/GuiaGeneroCache%5CPagina\\_Bancomundial\\_000319.htm](http://guiagenero.mzc.org.es/GuiaGeneroCache%5CPagina_Bancomundial_000319.htm)
8. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, División de Promoción y Protección de la Salud, Programa de Familia y población. Perfil de salud sexual y reproductiva de los y las adolescentes y jóvenes de América latina y el Caribe, revisión bibliográfica 1988-1998, Salud y Desarrollo de Adolescentes y Jóvenes. Alma Virginia Camacho Hubner.

<http://www.amro.who.int/Spanish/HPP/HPF/ADOL/Perfilweb.pdf>

9. Organización Panamericana de la Salud. División de Promoción y Protección de la salud, Programa de Familia y Población Protocolos de Investigación para el Estudio de la salud sexual y reproductiva de los adolescentes varones y hombre jóvenes en América Latina. Rebecka Lundgren.  
<http://www.paho.org/Spanish/HPP/HPF/ADOL/protocol.pdf>
10. Tolentino Silva M. Sistema único de salud: la experiencia brasileña en la Universalización del acceso a la salud. Simposio: Aseguramiento Universal; Rev Perú Med Exp Salud Publica. 2009; 26(2): 251-57.
11. Perfil de los sistemas de salud Brasil. Monitoreo y análisis de los procesos de cambio y reforma de los sistemas de salud. Brasilia, D.F., Brasil, Febrero de 2008.
12. Redhes. Revista de Derechos Humanos y Estudios Sociales. Año I No. 2 Julio-diciembre 2009. Derechos Humanos Y Salud Sexual Y Reproductiva De Adolescentes Embarazadas
13. Sistema de Salud. Sitio en internet. Disponible para consulta en: <http://www.embassyofchile.se/espanol/salud.htm>  
Consultado el: 15 de abril de 2012
14. Salud sexual y reproductiva en Chile 2007. Actualización de datos estadísticos.
15. Programa de salud integral de adolescentes y jóvenes. Ministerio de Salud de Chile.  
[http://www.minsal.gob.cl/portal/url/page/minsalcl/g\\_proteccion/g\\_psiayj/presentacion\\_psiayj.html](http://www.minsal.gob.cl/portal/url/page/minsalcl/g_proteccion/g_psiayj/presentacion_psiayj.html)
16. Ministerio de Salud y Protección Social.  
<http://www.minproteccionsocial.gov.co>
17. PROFAMILIA. ENDS - 2000.
18. Ministerio de la Protección Social. Dirección General de Salud Pública. Política nacional de salud sexual y reproductiva
19. Morlachetti A. Políticas de salud sexual y reproductiva dirigida a adolescentes y jóvenes: un enfoque fundado en los derechos humanos. NOTAS DE POBLACIÓN N°85. CEPAL

20. Salud Sexual y reproductiva en Chile. Sitio en internet. Disponible para consulta en:

[http://issuu.com/flacso.chile/docs/boletin\\_sociedades\\_cientificas](http://issuu.com/flacso.chile/docs/boletin_sociedades_cientificas)

Consultado el: 15 de abril de 2012

21. Constitución Política de Colombia. 1991

22. Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. Monitoreo y análisis de los procesos de Cambio y reforma. Perfil de los Sistema de Salud Colombia. Septiembre 2009

23. Ríos García A.L. Alcance de las políticas públicas en el área de salud sexual y reproductiva dirigidas a los adolescentes en Colombia Salud Uninorte, Vol. 24, Núm. 2, julio-diciembre, 2008, pp. 351-358. Universidad del Norte. Colombia

24. Ministerio de Educación Nacional. Programa de Educación para la Sexualidad y Construcción de Ciudadanía

25. Luengo X. La salud sexual y reproductiva de jóvenes y adolescentes y jóvenes en Chile. Instituto Chileno de Medicina Reproductiva