

ARCHIVO HISTÓRICO



El presente artículo corresponde a un archivo originalmente publicado en **Ars Medica, revista de estudios médicos humanísticos**, actualmente incluido en el historial de **Ars Medica Revista de ciencias médicas**. El contenido del presente artículo, no necesariamente representa la actual línea editorial. Para mayor información visitar el siguiente vínculo: <http://www.arsmedica.cl/index.php/MED/about/submissions#authorGuidelines>

El impacto de la anticoncepción de emergencia en la salud pública*

Resumen

Este artículo analiza desde el punto de vista de la salud pública la evidencia para prevenir los embarazos no deseados interviniendo a nivel de poblaciones con la anticoncepción de emergencia (AE). Se analiza en primer lugar la relación entre fecundidad y salud en Chile, particularmente en la etapa adolescente, para dimensionar la magnitud del problema y su vinculación con el programa nacional de planificación familiar. Se concluye que existe un alto número de nacidos vivos en mujeres menores de 20 años, alrededor de 36.000/año, que concentran mayores riesgos materno-infantiles, siendo relevante prevenir los embarazos no deseados. El decreto del Ministerio de Salud que introduce la AE ha sido declarado inconstitucional por el Tribunal Constitucional. Aun cuando ello no hubiera ocurrido, es necesario desarrollar una estrategia alternativa consistente en la educación de la juventud y de los padres. Esto porque la evidencia científica disponible indica que la reducción estimada de 50% en el número de embarazos no deseados no se ha cumplido. Es así que diversos estudios en el Reino Unido y Suecia demuestran que al mayor acceso a la AE se sigue de un mayor uso de la misma, pero no se sigue de la reducción esperada de embarazos no deseados y abortos; por el contrario, en estos dos países las tasas de abortos se incrementaron. Se presenta la amplia evidencia favorable para desarrollar una intervención educativa proveniente de Uganda y de Estados Unidos. En el caso de Chile se revisa la historia de los esfuerzos iniciales de educación sexual para jóvenes y se describe especialmente el programa Teen STAR que ha tenido una evaluación experimental controlada.

palabras clave: anticoncepción de emergencia; fecundidad en adolescentes; salud pública; educación a la abstinencia.

A PUBLIC HEALTH PERSPECTIVE ABOUT THE USE OF EMERGENCY CONTRACEPTION

This article deals with evidence of alternative measures to emergency contraception to prevent adolescent unwanted pregnancies, from the standpoint of public health. Variables of fertility and general health in this young population are considered to conclude that the absolute number of adolescent unwanted pregnancies is in the whereabouts of 40.000 cases per year. These are young females and their offspring with the highest vulnerability to develop serious perinatal morbidity, which makes the case to warrant preventive non-abortive measures. The most relevant of the alternative strategies to emergency contraception is an informed educational program designed for the young population and their parents.

Key words: emergency contraception; fertility in adolescents; public health; abstinence education.

Introducción

El uso de la anticoncepción de emergencia (AE) en la salud pública ha sido incluido dentro de las Normas Nacionales sobre regulación de la fertilidad en Chile para disminuir los embarazos no deseados y sus consecuencias, especialmente en adolescentes¹. Estas Normas Nacionales del Ministerio de Salud están contenidas en el Decreto Supremo N° 48 del año 2007. Este Decreto ha sido declarado inconstitucional por el Tribunal Constitucional (TC) en lo referido al uso de la AE (Acápito 3.3 de la Sección C y Acápito 1 de la Sección D), fallo que se comenta en otro artículo de este número de la Revista Ars Medica.

El objetivo sanitario de reducir los embarazos adolescentes es esencialmente deseable para la sociedad y por ello interesa conocer si ello fue logrado en algún país a través de esta estrategia o de otra. Algunos países de Europa han establecido como política nacional el libre acceso a la AE indicando que podría reducir en 50% los embarazos no deseados y los abortos en adolescentes, los que, sin embargo, no se han modificado². Por su parte, el gobierno de los Estados Unidos ha promovido la educación sobre la abstinencia sexual en la juventud, lo que también ha ocurrido preponderantemente en Uganda dentro del continente africano^{3, 4}. Estos esfuerzos, incluyendo los del ámbito público y privado en Chile, se analizan en este artículo.

La experiencia de Holanda que ha propendido al aborto como medio eficaz para reducir los embarazos adolescentes, es otra estrategia que algunos defienden en el mundo⁵. Este método está totalmente fuera de la discusión que se ha dado en nuestro medio, debido a que la amplia mayoría del país lo rechaza y que la Constitución consagra el derecho a la vida. El volumen 6 de esta Revista ha analizado ampliamente el problema del aborto inducido con sus consecuencias negativas en la salud de las mujeres y en los productos de los futuros embarazos.

El análisis, desde el ámbito académico, de las posibles soluciones a los problemas de salud pública, es indispensable para la toma de decisiones estables y con una política de Estado en esta materia.

Nuestra visión reemplaza, en las estrategias de salud pública, a la AE por la educación juvenil para la abstinencia sexual, acompañada de información sobre los diferentes medios de planificación familiar no abortivos. Está pendiente, entonces, la gran tarea de fortalecer la educación juvenil sobre el amor y el sexo en el sistema educativo, donde no se han logrado avances sustantivos.

Este artículo describe la situación de la fecundidad en Chile, especialmente en los menores de 20 años, para luego analizar la evidencia sobre las dos estrategias antes señaladas.

Fecundidad y salud en Chile

La fecundidad promedio en Chile ha descendido considerablemente. Desde un promedio de 5,4 hijos por mujer en 1962-63 bajó a solo 1,9 hijos en 2004, cifra menor a la requerida para el reemplazo poblacional que debiera llegar a 2,1 hijos por mujer⁶. Este descenso se ha concentrado desde temprano más en las mujeres con trabajo fuera del hogar o activas quienes en el año 2002 tenían 1,5 hijos en promedio, mientras que las inactivas llegaban a 2,5 hijos en promedio ese mismo año. Por ello, es de gran importancia el apoyo a la mujer trabajadora para favorecer la natalidad con diferentes medidas, incluyendo la dotación de salas cunas.

Cabe destacar que las madres adolescentes, menores de 20 años, también han participado de este gran descenso de la fecundidad desde una tasa de 66,0 por mil mujeres en 1990 a una de 48,8 en 2004 (6). Aunque las madres menores de 20 años han incrementado levemente su participación proporcional en los nacimientos del país de cada año entre 1990 y 2005, de 13,8% a 15,6%, en términos absolutos, estos nacimientos vivos han disminuido desde 40.285 nacidos vivos en 1990 a 36.069 en 2005⁷. Por tanto, para la salud pública estos nacimientos de riesgo se están reduciendo pero todavía constituyen motivo de gran preocupación por el impacto desfavorable que tienen en el desarrollo psicosocial de las madres jóvenes y en la mayor morbilidad de sus recién nacidos.

Está bien demostrado que los embarazos en las mujeres adolescentes, cuya gran mayoría no han completado todavía la madurez biológica y psicológica requerida, tienen mayores riesgos de presentar alteraciones del crecimiento fetal con impacto en la mortalidad y desarrollo posterior. Esto es más notorio en las menores de 15 años⁸. Estas madres tienen serias dificultades para poder estudiar o trabajar, perpetuándose así el círculo de la pobreza (6). Además se ha señalado que sus hijos podrían tener mayores posibilidades de maltrato infantil.

Muchas veces, estas niñas no contraen matrimonio y permanecen en soltería viviendo con sus padres. En efecto, se ha reportado que en este grupo de edad la tasa de nupcialidad en mujeres y hombres es la más baja, en proporción a su fecundidad, si se hace la misma comparación en los grupos de edad mayor (6). Evidentemente esas madres jóvenes tienen una escasa probabilidad de contraer matrimonio. El último censo poblacional del año 2002 indica que en Chile se ha reducido la proporción de parejas que contraen este vínculo.

Las informaciones estadísticas sobre embarazos no deseados y abortos inducidos en las madres menores de 20 años son inexistentes en nuestro país. El número de los abortos inducidos pueden estimarse como muy reducido, de acuerdo con las estadísticas de mortalidad materna por aborto, cuya causa ha descendido al tercer lugar en el año 2004. Es así como en el periodo 1990-2000 hubo 178 muertes maternas atribuibles al aborto (16,2 muertes por año), mientras que en el periodo 2000-2004 hubo 25 muertes maternas por esa causa (5 muertes por año); el grupo de edad menor de 20 años es el que tiene menor tasa de mortalidad materna en Chile⁹. Aunque el embarazo no deseado continúa siendo una de las principales causas de la muerte materna, su importancia ha disminuido

claramente; el control del aborto inducido a través de la educación y de la anticoncepción han sido claves en su reducción (9).

De esta manera la situación de salud relacionada con la fecundidad en Chile dista mucho de lo que ocurre en otros lugares. Se estima que en el mundo en desarrollo un tercio de los embarazos es no deseado y que uno de cada cinco embarazos termina en aborto inducido, lo que constituye un alto riesgo a la salud de la madre¹⁰.

Sin embargo, la edad de inicio de la actividad sexual se ha ido adelantando en las mujeres chilenas, especialmente en los grupos con menor educación de acuerdo con datos representativos del 80% de la población urbana nacional recogidos por una encuesta realizada en 1998¹¹. La edad de iniciación sexual declarada por mujeres jóvenes entre 18-24 años fluctúa entre 15,6 años en aquellas con solo educación básica y 21 años en las que tienen educación superior. La mediana del inicio de la actividad sexual en mujeres con educación superior se ha mantenido en las diversas cohortes de edad; se ha reducido en mujeres con educación media (de 20,5 en la cohorte de 45-69 años a 18,6 en la cohorte de 18-24 años); este descenso es mayor en aquellas mujeres con educación básica cuyo descenso va de 19,0 a 15,6 años. En hombres, la edad de iniciación por cohortes no ha sufrido variación, ni tampoco reporta diferencias por nivel educacional, siendo alrededor de 17 años.

Dados estos antecedentes, interesa comentar el origen de la política de regulación de la fecundidad o planificación familiar en Chile. Esta se formula en el año 1965, cuando asume la Dirección General del Servicio Nacional de Salud (SNS) de la época uno de los autores de este artículo (FM-R). El primer paso fue formar una comisión mixta, presidida por el Dr. Jorge Rosselot Vicuña, jefe del Departamento Materno-infantil del SNS, con la participación de las sociedades científicas y la del obispo Jorge Hourton. Luego se produjo una conversación a solas del Director General Dr. Mardones-Restat con el cardenal Raúl Silva Henríquez, arzobispo de Santiago, a quien se le presentó la información sobre la mortalidad materna e infantil que existía en Chile y su vinculación a la problemática de la fecundidad. El cardenal no se pronunció en esa primera reunión y lo invitó a una reunión con la asamblea plenaria de todos los obispos de Chile. A esa reunión concurrió el Dr. Mardones-Restat para entregar a los obispos información sobre fecundidad y salud en Chile, incluyendo la alta mortalidad materna que existía por aborto clandestino. Aproximadamente la mitad de las camas de las maternidades del Servicio Nacional de Salud estaban ocupadas por mujeres con complicaciones de los abortos ya indicados, las que presentaban una alta mortalidad. De hecho, hasta 1990 el aborto séptico fue la primera causa de muerte materna en Chile. Los obispos respondieron no oponiendo la Iglesia Católica con las nuevas normas del SNS cuando aparecieron el año 1966.

Se hace evidente que en un gobierno en que los funcionarios de confianza del Presidente de la República en su mayoría eran católicos era necesario realizar una política de Estado al servicio de toda la población, aunque los métodos naturales de contracepción fueran los únicos considerados usables para los católicos.

En el programa nacional de planificación familiar iniciado en el año 1966¹² se incluyeron los métodos contraceptivos no abortivos, incluyendo también los métodos de abstinencia periódica, llamados también naturales. Ellos aparecen hasta ahora explicados en las Normas Nacionales sobre regulación de la fertilidad en Chile. Se consideró también indispensable dejar establecido que la decisión sobre el método a elegir fuera una decisión de la pareja y no una imposición del funcionario de salud.

Diversos autores consideran que el programa de planificación familiar y el descenso de la natalidad han contribuido significativamente a la disminución de la mortalidad materna e infantil en Chile^{9,13}.

la contracepción de emergencia

En Chile las instituciones católicas han adoptado, respecto a la AE, una conducta concordante con las directrices de la Iglesia y dado que su administración alrededor de la ovulación no permite descartar efectos abortivos, han indicado la abstención de su uso, antes de la declaración del TC (14).

En el informe que la Pontificia Universidad Católica de Chile proporcionó al TC se detallan varios aspectos biomédicos, incluyendo aquellos referidos a los estudios de salud pública sobre el uso de la AE, también llamada píldora del día después (PDD)¹⁴. Se presentan a continuación esos estudios, complementados con otros. La conclusión de ellos es que la evidencia disponible no revela efectos favorables de su uso a nivel de poblaciones en los objetivos sanitarios propuestos.

La distribución facilitada del levonorgestrel (LNG) como AE se fundamentó en la expectativa de que su uso masivo iba a producir una disminución significativa en las tasas de aborto y de embarazos no deseados. Se esperaba una disminución de sobre 50% en el número de abortos inducidos en base a un ejercicio de modelación¹⁵ y también sobre 50% en el número de embarazos con la revisión de cuatro estudios que utilizaron la vinculación entre el día de la relación sexual con la tasa específica de concepción esperada para ese día del ciclo¹⁶. Esos estudios fueron publicados en 1992.

Frente a esta expectativa, se ha reportado que esas tasas no se han modificado en Inglaterra y en Suecia (2). En el Reino Unido, a pesar del aumento en el uso de la AE las tasas de aborto han aumentado de 11/1000 en 1984 a 17.8/1000 en 2004 en mujeres de 15-44 años. En Suecia, en que el acceso a la AE se ha hecho fácilmente disponible, este hecho no se ha asociado con una disminución de las tasas de aborto provocado. Es más, la tasa de abortos en adolescentes ha aumentado de 17/1000 en 1995 a 22.5/1000 en 2001. Un total de 5665 abortos provocados fueron practicados en jóvenes adolescentes en 2001. Actualmente la AE más recomendada y usada en estos países es el LNG.

Es necesario comentar, también, otras dos nuevas publicaciones sobre revisiones sistemáticas que aparecieron en el año 2007 y que están referidas a los nuevos estudios disponibles sobre el uso de la PDD. Estos investigaron la eficiencia, a nivel poblacional, de la indicación de su uso cuando se entregó la PDD con antelación y no la eficacia a

nivel clínico como en los datos reportados el año 1992 donde se seleccionaron las mujeres que efectivamente utilizaron la AE (16).

La primera de esas publicaciones seleccionó 23 estudios provenientes de 10 países entre los que había diseños experimentales controlados, de cohorte y evaluaciones de intervenciones comunitarias, que fueron reportados entre 1998 y 2006¹⁷. El segundo autor de esa revisión sistemática fue James Trussell, conocido investigador y propulsor del uso de la AE. Fue uno de los que pronosticó una drástica disminución en las tasas de embarazo no deseado y aborto (15, 16). Esta revisión sistemática que incluyó 23 estudios realizados en 10 países concluye que: “Contamos ahora con un número importante de investigaciones sobre los efectos del acceso facilitado a la AE. Esta información demuestra de manera convincente que el mayor acceso aumenta su uso. Sin embargo, a la fecha, “ningún estudio ha mostrado que el acceso facilitado a estos métodos reduzca las tasas de embarazo no deseado o aborto a nivel de la población” (17).

La segunda revisión sistemática fue realizada por la Cochrane Database of Systematic Reviews, que incluye solo estudios experimentales controlados. Pudo concluir, sobre la base de 10 experimentos de ese tipo, que: “La información disponible muestra que la provisión anticipada de la AE no reduce las tasas globales de embarazos no deseados”¹⁸. Luego agrega que: “Esta conclusión contrasta con las optimistas expectativas iniciales respecto al potencial impacto en salud pública que tendría el fácil acceso a la AE”.

El informe de la Pontificia Universidad Católica de Chile al TC, sobre los aspectos científicos y éticos del uso del LNG como anticonceptivo, comenta en base a los resultados anteriores que ellos deben hacer reflexionar sobre cuáles son las verdaderas causas del problema del embarazo no deseado y del aborto. Se trata de problemas humanos complejos que comprenden un conjunto de aspectos psicológicos, sociales, culturales y morales, para los que se requiere una aproximación más integral y humana. El hecho de que, a pesar del aumento significativo (2 a 3 veces en algunos estudios) en el consumo de los anticonceptivos de emergencia este no haya tenido ningún impacto en la incidencia de embarazos no deseados y de abortos, especialmente de adolescentes, hace plausible la hipótesis de que la disponibilidad fácil de la PDD pueda estimular la frecuencia de relaciones sexuales a temprana edad. Mirado, solamente, desde la perspectiva de la salud pública, estos resultados ponen una duda adicional respecto a los efectos de la distribución facilitada del LNG en adolescentes, sin participación de los padres ni el apoyo afectivo y humano que requieren estas situaciones. El embarazo no deseado se da con mucha más frecuencia en situaciones de soledad, marginación y pobreza. Son estos problemas de inequidad los que hay que afrontar desde sus raíces. Ellos condicionan en gran parte los problemas mencionados, que no se van a solucionar distribuyendo gratis el LNG a las mujeres de menos recursos, en especial a las adolescentes (14).

Educación juvenil para la abstinencia sexual y sobre medios contraceptivos no abortivos

La evidencia más importante sobre el posible impacto positivo de la educación sobre abstinencia ha venido desde Uganda, África. El Presidente Museveni de Uganda tomó el poder en 1986, después de cinco años de guerra irregular, siendo reelecto en dos oportunidades. En los años 90 detectó la presencia de VIH en sus oficiales y empezó a recorrer el país advirtiendo a los ugandeses sobre la amenaza de este virus. Predicó la abstinencia, la fidelidad matrimonial y el uso del preservativo o condón¹⁹. Se ha indicado, por las autoridades del Ministerio de Salud, que estos esfuerzos redundaron en los cambios conductuales indicados y en un rápido descenso de la prevalencia de VIH desde los años 90. El gobierno ha provisto servicios educativos y pruebas diagnósticas en todo el país. Además, ha permitido que otras organizaciones no estatales actúen firmemente en la prevención. En las áreas urbanas, donde la prevalencia estaba alrededor de 30% al principio de los años 90, las tasas habrían bajado recientemente a 10%. En las áreas rurales, donde a mitad de los 90 estaban en 10%, habrían llegado a 4,2% a inicios de los años 2000. El promedio de edad para el inicio de la vida sexual habría aumentado de 14 a 16 años de edad. El número de personas casadas que tienen sexo fuera del matrimonio también habría disminuido.

Además de estos reportes oficiales, otros autores han coincidido que aun en ausencia de información confiable completa el conjunto de los datos apunta a sugerir que la incidencia de VIH en los grupos más jóvenes va en descenso (3). Habrían influido favorablemente en este descenso también otros factores, tales como la presencia de diversos actores educativos en la vida ciudadana y el temor generalizado a los efectos de la epidemia en amigos y parientes.

La discusión sobre los factores que habrían influido en el descenso de la prevalencia del VIH en Uganda ha constituido un hecho político en los Estados Unidos. En este contexto, el Instituto Alan Guttmacher publicó un estudio sobre los cambios que ocurrieron en Uganda durante los años 90, en la abstinencia, en la monogamia y en el uso del condón²⁰. Para ello utilizó muestras representativas del país de los años 1988, 1995 y 2000, provenientes de las encuestas de Demografía y Salud, además de dos encuestas nacionales del programa Global contra el SIDA de los años 1989 y 1995. La evidencia encontrada sugirió que los cambios favorables en los tres factores indicados contribuyeron al descenso y a la mantención del mismo. El aumento en la edad de inicio de la actividad sexual entre los años 1988 y 2000 contribuyó a la reducción del riesgo de infección; estos cambios fueron mayores en las mujeres jóvenes, especialmente aquellas de 15-17 años de edad. Este efecto combinado que ha sido señalado por diversos autores ha fortalecido la propuesta de los programas integrados de abstinencia, monogamia y uso del condón (referencias 3, 19, 20).

En los Estados Unidos existen, desde 1982, programas de abstinencia sexual exclusiva en los colegios, con un pequeño apoyo federal. En 1996 se crea un fondo federal importante, con un programa llamado Título V, en pleno gobierno del Presidente

Clinton, que provee hasta 50 millones de dólares anuales en apoyos parciales a los estados para programas educativos de este tipo (4). El presupuesto del gobierno del Presidente Bush del año 2009 está asignando 204 millones de dólares para estos programas sobre abstinencia sexual exclusiva. Se requiere, para tener un apoyo parcial de este fondo, que los programas enseñen que la abstinencia de la actividad sexual es la única manera cierta de prevenir tanto el embarazo extraconyugal como las infecciones de transmisión sexual y otros problemas de salud asociados. Además, se requiere que enseñen la fidelidad en el matrimonio, puesto que la sexualidad extramarital puede tener daños físicos y psicológicos. Hoy en día estos programas se focalizan especialmente en jóvenes de 12 a 18 años de edad y excluyen la educación sobre otros métodos de contracepción.

Este enfoque educativo, llamado en inglés “sexual abstinence-only”, ha sido evaluado en un metaanálisis con un escaso efecto positivo en cuanto a promover la abstinencia y retardar el inicio de la vida sexual²¹; solo 12 estudios controlados, algunos experimentales y otros cuasi experimentales, se incluyeron finalmente en ese análisis. Una revisión posterior de la literatura que incluyó una evaluación independiente del programa federal, varias revisiones sistemáticas y datos de cohortes, encontró también poca evidencia de un efecto positivo y también alguna evidencia de daño producido por el programa, especialmente por un acceso distorsionado a la información de salud²². Por ello, han surgido propuestas para realizar los llamados programas de educación sexual integral (“comprehensive” en inglés) que se explican más adelante y que tendrían mayor efecto en postergar el inicio de la vida sexual, reducir el número de parejas sexuales, aumentar el uso del condón y disminuir los embarazos (4).

Una comparación reciente de los dos programas, que fue realizada con diseño no experimental, resultó en un menor riesgo de embarazo en los adolescentes que recibieron el nuevo programa integral²³. Debe notarse que la evaluación con estudios experimentales controlados ha sido más bien escasa en los dos tipos de programas recién descritos²⁴.

En conjunto, la evidencia de estudios, especialmente observacionales, provenientes de Uganda y de los Estados Unidos, indica que la educación juvenil sobre abstinencia sexual, acompañada o no de información verídica sobre métodos anticonceptivos no abortivos, puede tener efecto en la prevención de los embarazos no deseados y las infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH-SIDA.

La conducta deseable para la Organización Mundial de la Salud (OMS) y para el Centro de Control de Enfermedades (CDC) de los Estados Unidos para la prevención del SIDA es plenamente coincidente con la señalada por la Iglesia Católica. Esta es la abstinencia sexual y luego la pareja única^{25, 26} como se señala en un documento del Centro de Bioética de nuestra Facultad de Medicina²⁷. Así como ocurre en todas las áreas de la conducta humana, se puede fallar en el ideal de la abstinencia. Ante esa situación es necesario que la trasgresión tenga los menores costos humanos posibles.

En relación a la posibilidad de utilizar métodos contraceptivos, cualesquiera ellos sean, debe considerarse que no son infalibles y que tienen efectos laterales y/o complicaciones médicas potenciales, de las cuales debe informarse a los jóvenes. Una revisión de los mismos se puede encontrar fácilmente en la literatura y no se presentan en este artículo. La alternativa no vigente del aborto legal o también del aborto clandestino tiene serias consecuencias para la mujer desde el punto de vista de la salud pública que también deben ser informados²⁸. En relación con lo anterior, la dignidad de la persona humana en edad embrionaria ha sido también presentada en esta revista²⁹. Esta información objetiva sobre los diversos métodos debe hacerse, como se comenta más adelante, dentro del contexto de una relación conyugal basada en el amor y el respeto mutuo.

La educación sobre los diferentes métodos contraceptivos para la población adulta, a través del Programa de Planificación Familiar, ha sido desarrollada con altibajos durante 40 años por los equipos de salud en Chile. Ha tenido importantes éxitos en la salud pública, como se explicó en la primera sección sobre Fecundidad y salud en Chile. Sin embargo, no se ha desarrollado a nivel del sistema educativo una alternativa similar para la juventud, con la excepción del programa diseñado en el Gobierno de Eduardo Frei Montalva entre 1968 y 1969³⁰. Ese programa de educación al amor y la sexualidad fue elaborado por el Comité Vida Familiar y Educación Sexual del Ministerio de Educación, presidido por don Rodolfo Valdés Phillips. Se incluían pautas de trabajo para el profesor y para los padres dentro del material preparado, que se presentó parcialmente el año 1970 en la Revista de Educación del Ministerio respectivo³¹. Lamentablemente, este programa no alcanzó a ser implementado, aun cuando se inició la capacitación de los profesores orientadores de cada colegio con dos seminarios para 60 de ellos, de 15 días de duración. Para los colegios católicos se elaboraron unidades pedagógicas por talleres de trabajo dirigidos por María Echenique de Valdés, Armando Marín Brante y María Eugenia Necochea de Elton, que fueron entregadas a la comunidad nacional por la Conferencia Episcopal de Chile³².

En los últimos años se ha estado planteando el llamado Plan Nacional de Sexualidad y Afectividad, del gobierno. Sin embargo, recientemente, la prensa nacional ha reportado que este Plan Nacional del Ministerio de Educación está estancado³³; se señala que a tres años de su elaboración los objetivos pronosticados para el 2010 no presentan avances. La idea era contar para esa fecha con 9.500 docentes informados, alumnos de pedagogía con formación en sexualidad y con mecanismos de orientación permanentes desde el Ministerio de Educación. En esa misma publicación se indica que el presidente del área de Educación de la Conferencia Episcopal, el obispo Carlos Pellegrin, está ofreciendo actualmente colaboración de la Iglesia a la Ministra de Educación Sra. Mónica Jiménez, facilitando programas con buenos resultados, como el Teen STAR de la Pontificia Universidad Católica de Chile, para que se avance en la formación sexual de los jóvenes (33).

Una publicación reciente presenta los resultados de la aplicación de este programa Teen STAR en un estudio en Chile³⁴. Se da esta alternativa, cuando se requiere de urgentes medidas para disminuir la frecuencia del embarazo y de las enfermedades de transmisión sexual en adolescentes. Los autores explican que su método se ubica dentro de los

llamados programas de Cuarta Generación que enfatizan la prevención de enfermedades de transmisión sexual, incluido el VIH, combinando un fuerte mensaje de abstinencia, con un entrenamiento en técnicas de comunicación y negociación, enseñando al mismo tiempo sexualidad y contracepción³⁵. En el programa Teen STAR que se inició en los Estados Unidos en 1980, aplicándose actualmente en 35 países, se agrega un importante papel de los padres.

Se describe también este programa como una superación de las dos estrategias educativas sobre sexualidad, que se han estado discutiendo en el mundo y que se presentaron más arriba como la de solo abstinencia o “abstinencia exclusiva” y la llamada “integral” (24). Este nuevo programa propone incorporar tanto los hechos relativos a la fecundidad biológica como los aspectos emocionales, cognitivos, sociales y espirituales involucrados en la sexualidad humana. El programa de “abstinencia exclusiva” puede ser considerado como coercitivo y autoritario dado que no considera una decisión libre del adolescente. El programa “integral” también promueve la abstinencia como la primera y mejor solución o alternativa para prevenir el contagio del VIH y de otras enfermedades sexuales, aunque también provee educación y algunas veces servicios sobre métodos anticonceptivos al adolescente. El propósito de este último programa es asistir a los estudiantes para que sean tomadores de decisiones bien informados y es criticado porque a veces ven las consecuencias de las conductas sexuales solo mecánicamente, o aisladas de los valores individuales y sociales.

Es de interés que se realice una comparación de los resultados de estos dos programas con los resultados del programa Teen STAR (Sexuality Teaching in the context of Adult Responsibility)³⁶. Idealmente, debiera realizarse en un estudio experimental controlado.

En las publicaciones antes citadas (24, 34) se presenta un estudio experimental controlado de un año de duración con jóvenes chilenos adolescentes entre 12 y 18 años de edad, donde se evaluó el efecto del programa Teen STAR en las conductas sexuales y en la tasa de embarazos. Por diseño, se asignó al azar jóvenes a un grupo control con la educación sexual habitual y a otro grupo experimental recibiendo el programa indicado.

Se observó que en los jóvenes con participación en el programa se presentó 3,4% de inicio de vida sexual en las niñas vírgenes, comparado con 12,4% de inicio de vida sexual en las niñas vírgenes que no participaron en el programa. En varones, con participación en el programa, se presentó 8,8% de inicio de vida sexual, comparado con 17,6% de inicio de vida sexual en los que no participaron en el programa. También se reportó que en las niñas que participaron en el programa se presentó una tasa promedio de embarazos por año de 0,87%, comparado con 4,87% en las niñas que no participaron en el programa.

La fortaleza de estos hallazgos radica en su diseño experimental controlado y que fueron realizados en nuestro país, alentando proponer el programa Teen STAR o alguno similar en Chile. La experiencia inicial del gobierno del Presidente Frei Montalva en esta materia podría ser también revisada para apoyar una propuesta para el país. Actualmente la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile también

desarrolla diversos cursos para los estudiantes que podrían enriquecer los aportes. El Departamento de Obstetricia y Ginecología de la Escuela de Medicina ofrece dos cursos a los estudiantes: a) Paternidad Responsable (MEB-158), y b) Sexualidad, fertilidad y procreación (MEB-173). Otra alternativa de apoyo que podría considerarse es el curso optativo sobre sexualidad humana de la Escuela de Enfermería, a cargo de la Profesora Mila Urrutia, que se ofrece cada semestre a los alumnos de todas las escuelas³⁷; este curso de sexualidad y autocuidado está orientado a reflexionar sobre la sexualidad humana desde la edad infantil, luego en el período adolescente y finalmente la del adulto joven, en el marco de los principios y valores de esta universidad.

Conclusiones

Se considera que para enfrentar el problema del aborto en adolescentes con el enfoque de salud pública se deben realizar los siguientes pasos sucesivos: a) la prevención primaria (referida a las acciones anteriores al inicio de la enfermedad, como es en este caso la educación de los jóvenes y sus padres), b) la prevención-secundaria (referida a la detección temprana y el tratamiento oportuno del problema) y c) la prevención terciaria (referida a los mejores tratamientos y cuidados)³⁸.

En resumen, es crítico fortalecer la educación como inversión prioritaria de salud pública. La educación para disminuir la frecuencia del embarazo y de las enfermedades de transmisión sexual en adolescentes constituye prevención primaria. Cuando la abstinencia no es posible por alguna razón humana, el uso de métodos anticonceptivos que no tengan riesgo de producir aborto corresponde a la prevención secundaria. Cuando ya se produjo un embarazo o una enfermedad de transmisión sexual hay que apoyar globalmente a estos jóvenes, particularmente a la joven madre, teniendo presente que vivimos en un país que ha reducido drásticamente su natalidad.

Agradecimientos

Se deja constancia de la ayuda prestada en diferentes aspectos de este artículo por: Dr. Patricio Ventura-Juncá, Dra. Lilian Ferrer y Rodolfo Valdés Phillips.

Citas

* Francisco Mardones S., Médico Salubrista, Master of Sciences Salud Pública, Profesor Asociado, Departamento de Salud Pública, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, Profesor Titular, Universidad de Chile; Enrique Oyarzún E., Médico Obstetra, Profesor Titular, Departamento de Obstetricia y Ginecología, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile; Patricio Torres-Lisboa, Diácono. Médico Psiquiatra, Programa de Estudios Médicos Humanísticos, Departamento de Psiquiatría y Pastoral de la Salud, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile; Francisco Mardones-Restat, Médico Salubrista, Licenciado Salud Pública,

Profesor Titular Universidad de Chile, Profesor Titular Universidad de Santiago de Chile, Investigador Adjunto, Departamento de Salud Pública, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile.

1. Ministerio de Salud, Chile. Normas Nacionales sobre regulación de la fertilidad. Sitio web

Ministerio de Salud: www.minsal.cl. Año de publicación 2006. Disponible en: www.redsalud.gov.cl/archivos/NormasRF2006.pdf (Consultado el 7 de agosto de 2008).

2. Glassier A. Emergency contraception. Is it worth all the Fuss? *BMJ* editorial 2006; 333: 560-561.

3. Parhurst J. O. The Ugandan success story? Evidence and claims of HIV-1 prevention. *Lancet* 2002; 360: 78-80.

4. Hampton T. Abstinence-only programs under FIRE. *JAMA* 2008; 299(17): 2013-

⁵ Schalet A. Must we fear adolescent sexuality? *MedGenMed* 2004; 6(4): 44.

⁶ Instituto Nacional de Estadísticas, Chile. Documento: Fecundidad en Chile, situación reciente. Sitio web Instituto Nacional de Estadísticas: www.ine.cl. Año de publicación: 2006. Disponible en: http://www.ine.cl/canales/chile_estadistico/demografia_y_vitales/demografia/pdf/fecundidad.pdf (Consultado el 2 de septiembre de 2008).

⁷ Ministerio de Salud, Departamento de Estadísticas de Salud, Chile. Documento: Nacidos vivos según edad de la madre. CHILE. 1990-2005. Sitio web Departamento de Estadísticas de Salud: <http://deis.minsal.cl/>. Año de publicación: 2007. Disponible en: http://deis.minsal.cl/deis/salidas06/graficos/web_natalidad2/CHI_NV_edMAMA_9004.htm (Consultado el 3 de septiembre de 2008).

⁸ Donoso E., Becker J., Villarroel L. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2001; 68(5): 391-396.

⁹ Donoso E. Mortalidad materna en Chile, 2000-2004. *Rev Chil Obstet Ginecol*. 2006; 71(4): 246-251.

¹⁰ Lule E., Singh S., Chowdhury S. A. (2007). Fertility regulation behaviors and their costs of contraception and unintended pregnancies in Africa and Eastern Europe & Central Asia. HNP Discussion paper. Washington DC: The International Bank for Reconstruction and Development/ The World Bank, Washington D.C.

¹¹ Ministerio de Salud. Comisión nacional del SIDA (CONASIDA), Chile. Estudio nacional de comportamiento sexual en Chile. Sitio web de CONASIDA: www.conasida.cl. Año de publicación: 2000. Disponible en: <http://www.conasida.cl>

//www.conasida.cl/docs/documentos/comport/ comport.pdf (consultado el 7 de septiembre de 2008).

¹² Mardones-Restat, F. Editorial. Normas básicas para regular la natalidad. *Rev Med Chile*. 1966; 94: 665-666.

¹³ Mardones S, F. La mortalidad infantil y sus últimos descensos. *Revista Mensaje* 1976; 25: 577-582.

¹⁴ Grebe B. G., Sánchez D, I., Oyarzún E. E. Taboada R. P., Barros R. C., Santos A. M., Moreno M. R., Besio R. M., Ventura-Juncá T. P. Informe al Tribunal Constitucional sobre los aspectos científicos y éticos del uso del levonorgestrel como anticonceptivo de emergencia. Enviado al Excmo. Tribunal Constitucional en la forma de un téngase presente referente al requerimiento de inconstitucionalidad formulado en contra del Decreto Supremo N° 48 del 2007 del Ministerio de Salud. Pontificia Universidad Católica de Chile, 2007.

¹⁵ Trussell J., Stewart F., Guest F., Hatcher R. A. Emergency contraception pills: a simple proposal to reduce unintended pregnancies. *Fam Plann Perspect* 1992.

¹⁶ Trussell J., Stewart F. The effectiveness of postcoital hormonal contraception. *Fam Plann Perspect* 1992; 24: 269-273.

¹⁷ Raymond E. G., Trussell J., Polis C. B. Population effect of increased access to emergency contraceptive pills. *Obstet Gynecol* 2007; 109: 181-188.

¹⁸ Polis C. B., Schaffer K., Blanchard K. et al. Advance provision of emergency contraception for pregnancy prevention (full review). *Cochrane Database Syst Rev* 2007.(2): CD005497.

¹⁹ Wendo Ch. Bush's visit to Uganda raises hopes and Sparks controversy. *Lancet* 2003; 362: 216-217.

²⁰ Singh S., Darroch J. E., Bankole A. A, B and C in Uganda: the roles of abstinence, monogamy and condom use in HIV decline. *Reproductive Health Matters* 2004; 12(23): 129-131.

²¹ Silva M. The effectiveness of school-based sex education programs in the promotion of abstinence behavior: a meta-analysis. *Health Education Research* 2002; 17(4): 471-481.

²² Ott M. A., Santelli J. S. Abstinence and abstinence-only education. *Curr Opin Obstet Gyn* 2007; 19: 446-452.

²³ Kohler P. K., Manhart L. E., Lafferty W. E. Abstinence-only and comprehensive sex education and the initiation of sexual activity and teen pregnancy. *J Adolescent Health* 2008;

42: 344-351.

²⁴ Vigil P., Cortés M. E., Klaus H. A randomized control trial of Teen STAR. In: Fehring RJ, Notare T (eds). *Human Fertility: Where Faith and Science Meet*. Marquette Studies in Theology 55. Marquette University Press, USA, pp: 169-184, 2008. Sitio web de Teen Star: http://www.teenstar.cl/teen_ini_php Año de publicación: 2008. Disponible en: [http://www.teenstar.cl/pdf/A%20randomisedr%20\(2008\).pdf](http://www.teenstar.cl/pdf/A%20randomisedr%20(2008).pdf) (Consultado el 1 de septiembre de 2008).

²⁵ Organización Mundial de la Salud. Resolución del Consejo Ejecutivo de la OMS, enero 29, 1992.

²⁶ Center for Disease Control (CDC), Atlanta. Condoms for the prevention of sexually transmitted diseases. *JAMA* 1988; 259: 1925.

²⁷ Chomalí F. Aspectos científicos y éticos de la epidemia del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA). Centro de Bioética, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, 2003.

²⁸ Rooney B. El aborto procurado ¿es saludable para la mujer y para un futuro recién nacido? *Ars. Medica* 2003; 4: 95-112.

²⁹ Rodríguez A. La persona en edad embrionaria. *Ars Medica* 2008; 16: 107-146.

³⁰ Valdés Philips, R. Presidente Comité Vida Familiar y Educación Sexual del Ministerio de Educación. Editorial y Entrevista. *Revista Eva* (Número dedicado a este programa de Educación Sexual) junio 1969; 82 páginas.

³¹ Artículos de varios autores en el tema: Para un programa de educación sexual. *Revista de Educación* (Ministerio de Educación) 1970; 27: 31-159.

³² Echenique M, Marín A, Necochea M.E. (1979). Programa de educación al amor y la sexualidad. Comisión Nacional de Pastoral Familiar, Conferencia Episcopal de Chile. MD Impresores, Santiago.

³³ El Mercurio, 17 de septiembre, 2008, cuerpo C, página 1. Titulares: Renunció Jefa de la Unidad de Sexualidad del Mineduc. Dejó el cargo tras críticas a su gestión por el estancamiento del Plan Nacional de Sexualidad y Afectividad.

³⁴ Vigil P., Riquelme R., Rivadeneira R., Aranda W. Teen STAR: una opción de madurez y libertad. Programa de educación integral de la sexualidad, orientado a adolescentes. Rev Med Chile 2005; 133: 1173-1182.

³⁵ Thomas M. Abstinence based programs for prevention of adolescence pregnancies. J Adoles Health 2000; 26: 5-17.

³⁶ Para mayor información se pueden visitar dos sitios web: www.teenstart.cl y www.teenstarprogram.org.

³⁷ Pontificia Universidad Católica de Chile, Escuela de Enfermería. Profesora Mila Urrutia. Curso ENF240 Sexualidad y autocuidado. Sitio web Pontificia Universidad Católica de Chile: www.Pontificia Universidad Católica de Chile.cl. Disponible en: <http://www.Pontificia Universidad Católica de Chile.cl/enfermeria/html/estudiantes/cursos.htm#cursoopr> (Consultado el 8 de septiembre de 2008).

³⁸ Leavell H. R., Clark E. G. (1965). Preventive medicine for the doctor in his community: an epidemiological approach. McGraw-Hill, New York.