

CAPÍTULO 11

TECNOLOGÍAS ANTICONCEPTIVAS:  
BIOÉTICA Y DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS

CLAUDIA DIDES

La sexualidad y la reproducción han experimentados diversos cambios en el campo de la intimidad. Estas transformaciones se vienen gestando en un proceso largo de profundización de la cultura modernizadora, desde la incorporación de nuevas tecnologías anticonceptivas hasta los derechos en este ámbito. Se ha producido la separación de la sexualidad de la reproducción a partir de varios fenómenos, en particular, el acceso de las mujeres a las tecnologías anticonceptivas y la posibilidad de elegir en qué momento las personas quieren tener sus hijos/as. La principal consecuencia ha sido la liberalización de las prácticas sexuales y el derecho a decidir (1). Las prácticas reproductivas se han modificado sustantivamente en los últimos cincuenta años y es, en parte, gracias a las tecnologías reproductivas de alta eficacia: en primer lugar, las anticonceptivas, y en segundo lugar, las llamadas de “reproducción asistida” (2).

En la década del 60 el mundo asistió a uno de los inventos más importantes que transformó la sexualidad y la reproducción de los seres humanos, nos referimos a los métodos anticonceptivos o tecnologías anticonceptivas. Las transformaciones culturales que este suceso ha implicado es un proceso de empoderamiento de las mujeres, puesto que el principio fundamental que involucra estas nuevas tecnologías es el derecho a decidir en qué momento del proyecto de vida se quieren tener hijos/as. No obstante, aunque han pasado más de 40 años aún persisten polémicas de carácter moral, que prefiero denominar político-ideológicas.

La incorporación de las tecnologías anticonceptivas han implicado, por tanto, no solo transformaciones culturales, sino también sociodemográficas y normativas que han modificado el valor social asignado a la sexualidad y la reproducción, también han logrado que se incorpore paulatinamente la noción de los derechos sexuales y reproductivos en el marco de los derechos humanos.

### BREVE RESEÑA: LA REVOLUCIÓN DE LOS ANTICONCEPTIVOS

En todas las culturas de la humanidad es posible advertir la utilización de diversas prácticas para evitar los embarazos. Los métodos que se usaban eran mezcla de magia y superstición con algo de sentido común. En 1790 dos luchadoras sociales, Jenny Bentham y Mary Wollstonect, plantean un movimiento moderno por la igualdad de la mujer y es entonces cuando toma real sentido la relación entre el control de la natalidad y la idea que la liberación de la mujer era posible, y que en el siglo xx se considerara como antecedente en la lucha por sus derechos (3).

En el siglo xix mujeres europeas y norteamericanas comenzaron a luchar por recuperar el “control de la natalidad” y una sexualidad más libre. Se fundaron paralelamente, en diferentes países de Europa y América ligas malthusianas y clínicas, atendidas por doctoras, en las que se orientaba sobre el control de la natalidad. En 1914 el movimiento pro control de la natalidad se había convertido en un tema público. Basta recordar que a partir de las luchas de Margaret Sanger y Emma Goldman, en 1938 los tribunales de Estados Unidos dictaminaron la legalización de los anticonceptivos. Entre las dos guerras mundiales se crearon numerosas ligas cuyo objetivo fue el control de la natalidad y en 1952 se fundó la Federación Internacional de Planificación de la Familia (IPPF) (4).

Durante 1881, la liga Malthusiana de Holanda daba consejos profesionales en sus clínicas acerca del control de los nacimientos, esto llevaba consigo la emancipación de la mujer. La reacción de los sectores contrarios a este movimiento no tardó en llegar, “los partidos clericales de derecha subieron al poder hacia fines de siglo y se pronunciaron en contra de la planificación familiar, desestabilizando al movimiento holandés pro control natal” (4). Diversas mujeres (biólogas, médicas, etc.) contribuyeron en esos años al movimiento pro control de la natalidad (María Charlotte Carmichael, Annie Besant; Marie Stopes, Margaret Sanger) (5).

En las postrimerías del siglo xix comenzaron a utilizarse los diafragmas, los espermicidas y condones de látex, especialmente en los años 1920 a 1930. Se llevaron a cabo diversos experimentos, algunos con bastante controversia dado los efectos secundarios. No obstante, los sectores populares recurrían al aborto como práctica anticonceptiva con altos índices de mortalidad materna. Las ligas Malthusianas se multiplicaron para controlar la natalidad (1).

En el caso de Chile, los debates públicos relativos a la sexualidad y reproducción y su implicancia en las políticas sociales datan de mucho tiempo y siempre se han referido a conflictos políticos-ideológicos. Existen registros de grupos o movimientos que se manifiestan con un discurso elaborado y con audiencias masivas por la regulación de la fecundidad a través de la creación del Movimiento Pro Emancipación de la Mujer

(MEMCH) (6)<sup>12</sup>. Por ejemplo en los años 30, en nuestro país las mujeres de estratos populares recurrían al aborto y prácticas ‘mágicas’ como métodos anticonceptivos. Este proceso fue probablemente impactado por el movimiento de opinión organizado para promover la planificación familiar que se estaba produciendo por esos años en Estados Unidos y Europa (7).

Según la historiadora M. Illanes (8), existieron diversos esfuerzos, aunque aislados por entregar anticoncepción en la década del 20. A fines de 1938 algunos obstetras de los policlínicos del Seguro Obrero impulsaron la entrega de servicios de regulación de la fecundidad (9). Hasta 1963 duraron las acciones de regulación de la natalidad que habían sido incorporadas a los programas del Servicio Nacional de Salud. No obstante, se continuó trabajando en control de natalidad con finalidades “asistenciales, de investigación y adiestramiento”, en coordinación con universidades nacionales y con agencias internacionales como la *Ford Foundation*, *Population Council*, *Public Welfare Foundation*, *Harvard University*. El control de la natalidad como parte de las necesidades humanas de subsistencia coincidía con una política de desarrollo económico y social para la estabilidad del continente, propiciada por Estados Unidos: “Cinco dólares gastados en control de la natalidad producen más para el desarrollo que 95 dólares en inversiones y desarrollo de servicios” (1).

En el texto publicado durante el 2006, señalo que las acciones del control de natalidad se siguieron realizando por el Servicio Nacional de Salud (SNS) (1). En 1967 la Iglesia reiteraba su oposición terminante al uso de anticonceptivos farmacéuticos y mecánicos. En respuesta, el Director de Salud de entonces, Dr. Francisco Mardones Restat, explicaba que el SNS proponía métodos de control a casos médicamente específicos, “...pero en ningún caso el SNS plantea un control de la natalidad en Chile” (1). Esto correspondía a decisiones de política de ‘más arriba’ y reiteraba un principio intransable del SNS respecto a dichas acciones: “Nosotros tenemos otras razones para el control limitado de la natalidad. Cuatrocientas mujeres mueren y 50 mil son hospitalizadas por consecuencias del aborto criminal” (1). Como plantea Illanes, ni la ley ni la Iglesia cedieron, como tampoco el SNS, que siguió desarrollando su acción como respuesta a un encuentro tácito y definitivo entre la ciencia y la sociedad. En el año 1969, profesionales de la medicina del área sur de Santiago dieron a conocer a la comunidad nacional los promisorios resultados de la labor del SNS en control de natalidad en un vasto y populoso sector poblacional de Santiago: la población San Gregorio de la Granja, con una de las más altas tasas de fecundidad y de aborto. Sobre la base de una muestra que

<sup>12</sup> Los estatutos del MEMCH, redactados en 1935, señalaban en su artículo 1° “*El MEMCH es una organización femenina que persigue la emancipación integral y en especial la emancipación económica, biológica y política de la mujer*”.

incluyó 1.293 mujeres entre 15 y 44 años (un 20% de la población) se demostró una clara disminución tanto en la tasa de fecundidad como de abortos después de un año de aplicado el programa de control a nivel educativo y asistencial. Se llegó a establecer que el aborto disminuyó en un 40% y la fecundidad en un 20% en ese período de un año.

En estos mismos años, por influencia de la IPPF, se creó el “Comité de Protección de la Familia”, cuyo objetivo fue reducir las elevadas tasas de natalidad, la mortalidad materna y la letalidad por aborto. A fines de 1965 el gobierno de Frei Montalva le otorgó la personalidad jurídica a la Asociación Chilena de Protección a la Familia (APROFA) (10). Posteriormente este gobierno definió una política pública de paternidad responsable.

Durante la década del 60 surgió un debate en torno al control de la reproducción, implicando una lógica sanitaria más que una lógica ciudadana de derechos, esto dado por el contexto sanitario de la época, es decir, altos índices de abortos y muertes por esa causa. Esta medida garantizó el uso de métodos anticonceptivos a la mayoría de la población del país, lo que constituyó un paso fundamental para la autonomía reproductiva de estas<sup>13</sup>.

La dictadura militar entre los años 1973 y 1989 hizo un violento viraje en estos campos de acción que se tradujo en políticas pro-natalistas fundadas en la doctrina de la seguridad nacional, quedando expresadas en el documento “Política de Población”, publicado por la Oficina de Planificación Nacional (ODEPLAN) en 1979. En este se señalaba evitar el uso abusivo de métodos anticonceptivos, cuestión que aparece más como una excusa que una realidad. Esto provocó que los Servicios de Salud dejaran de publicitar o notificar a la población sobre métodos anticonceptivos (11). *“Entre un discurso político, centrado en la doctrina de seguridad nacional y la protección a la familia, el régimen militar y algunos médicos católicos hicieron la más enfática relación que el uso de métodos anticonceptivos implicaba la destrucción de la familia y que ello era producto de la penetración del mundo comunista”* (12). Un ejemplo de aquella época es la resolución administrativa que regulaba la esterilización voluntaria y fijaba los requisitos que debía cumplir una mujer para esterilizarse, debían tener 32 años, cuatro hijos nacidos vivos y sufrir alguna afección que justificará la esterilización y el consentimiento del cónyuge o la pareja<sup>14</sup>.

En la década de los 90, las líneas de acción en materia de regulación de la fertilidad fueron desarrolladas fundamentalmente bajo el marco del Programa de Salud Materno Perinatal, cambiando su nombre y contenidos en 1994, denominándolo Programa de Salud de la Mujer. Se formularon normas técnicas en torno a lo que se ha denominado

<sup>13</sup> Las políticas sanitarias estaban dirigidas en favor de todas las mujeres en edad reproductiva.

<sup>14</sup> En el año 2000 se modificó la resolución por parte del Ministerio de Salud.

“paternidad responsable” (13). En la misma década, Chile hace parte de las discusiones a nivel internacional, en particular en la Conferencia sobre Población y Desarrollo en El Cairo aceptando la definición de salud reproductiva. En un documento oficial presentado en la conferencia se daba cuenta de los graves problemas de salud pública que afectan a las mujeres chilenas: el aborto y el embarazo adolescente, sin desconocer los logros alcanzados en la década de los 60. La posición oficial respecto a la fecundidad se basaba en argumentos de tipo ético, atendiendo a la equidad, el mejoramiento de las condiciones de vida de la población y el bienestar de la familia. Luego, el Servicio Nacional de la Mujer crea un Plan de Igualdad de Oportunidades que incluía el mejoramiento en estos ámbitos (11).

Desde las demandas de organizaciones de mujeres y académicas se identificaba la necesidad de modificar la esterilización voluntaria. A fines de 1997<sup>15</sup>, después que la diputada María Antonieta Saa impulsara una convocatoria para constituir una mesa de trabajo se organizó un grupo (11) que sesionó en el Ministerio de Salud, logrando modificar en diciembre de 2000 el reglamento de esterilización voluntaria. Durante esa década, se incorporó la **(AE)** en las políticas públicas y se elaboraron las Normas de Regulación de la Fertilidad entre el Ministerio de Salud y diversos profesionales y organizaciones externas.

*poner en  
el texto*

### SOBRE LA ÉTICA Y LA BIOÉTICA

La bioética es un ámbito del conocimiento complejo, puesto que se entrecruzan y tensionan distintos ámbitos, tales como la biología, los valores, la ética, la moral. Es un conocimiento reciente en términos históricos y a su vez es un ámbito político-ideológico, pues se enfrentan actividades teóricas y prácticas distintas. Sin entrar en la historia de la bioética es posible advertir diversas tendencias desde el quehacer genético y sus aplicaciones, la ética aplicada, la bioética, para resolver conflictos de carácter sociopolíticos, entre otros. En términos prácticos se ha caracterizado por una propuesta de principios éticos racionales que pretenden una validez universal.

Reconociendo los principios que plantea la bioética –la autonomía, la no maleficencia, beneficencia y la justicia (14)–, es importante considerar que estos principios se aplican en un contexto cultural, económico y político particular. En ese sentido es

15 La Corporación de Salud y Políticas Sociales (CORSAPS) invitó a sociedades médicas: Sociedad de Ginecología y Obstetricia, Sociedad de Ginecología y Obstetricia Infante-Juvenil y Sociedad de Urología, así como a los colegios profesionales (médicos y matronas), red de organizaciones de mujeres, APROFA, SERNAM y encargados del Programa de la Mujer, a discutir sobre el diagnóstico de la situación.

interesante el planteamiento que hace C. Zambrano sobre la perspectiva cultural de la bioética, que se ha definido como una aproximación a la producción de los fenómenos morales, éticos y tecnocientíficos que permiten entender, intervenir, reproducir y transformar las prácticas y las instituciones dedicadas a la administración, conducción y reestructuración de los conocimientos, del sentido y de las hipótesis de la vida" (15).

De acuerdo a lo expuesto, es posible proponer la primera afirmación, la ética no es lo mismo que la moral. La ética sin la moral y las costumbres es impensable. Ella es antes que nada la posibilidad de interrogar y cuestionar nuestros comportamientos, lo que es equivalente a cuestionar el mundo en que vivimos gracias y a partir de nuestras prácticas individuales y colectivas.

En segundo lugar, la ausencia de la ética en las decisiones y en las evaluaciones no puede explicarse por un simple olvido. La ética es imposible cuando priman discursos transcendentales y verdaderos, sean estos religiosos, morales, políticos y/o económicos en las vivencias y experiencias de los individuos, los cuales no tiene ninguna posibilidad de alterar las dinámicas instituidas. La ética se fragiliza y los discursos que la explicitan son solo un pálido reflejo de su significación profunda, cuando priman en una sociedad los logros económicos, las estadísticas, los aspectos cuantitativos.

En tercer lugar, reactualizar la ética significa permitir la existencia de un compromiso de los individuos frente a la sociedad y al mundo. Dicho compromiso permite interrogar los productos y frutos de la sociedad en función de la finalidad y del porqué de las acciones emprendidas. En este sentido, el gran desafío para la ética es permitir una nueva capacidad de interpretación del mundo; generar la posibilidad de un juicio ético, que perdure en el tiempo como un proyecto válido.

Esta ética es capaz de interpretación, juicio y compromiso frente al acto de salud, frente al enfermarse y a los deberes del conjunto de la sociedad respecto de estas dos realidades. Sin embargo, que nadie se imagine que frente a las incógnitas y faltas de certezas del mundo contemporáneo la ética es un oasis o un templo de paz y tranquilidad, como muchos han querido creer. Es muy probable que tengamos que aceptar la discusión de muchas de nuestras propias verdades, para permitir que lo razonable se imponga como criterio de vida intersubjetiva y social.

Los aportes de las investigaciones que se han enmarcado en la teoría de género han tenido como propósito la deconstrucción de la sexualidad y la reproducción y la recuperación del concepto del sujeto autónomo y la discusión sobre la frontera entre lo público y lo privado. Tal como lo plantea M. Foucault (16), desde diversas instituciones sociales, se tejen redes 'morales', 'jurídicas', 'educacionales', 'valóricas' y 'biomédicas' que controlan el cuerpo y la sexualidad de mujeres y hombres, encadenándolos muchas veces a proyectos de vidas inconclusos, arbitrarios, violentos y censorios. Existen muchos soportes de este tipo de discursos institucionales hegemónicos sobre

*¿dónde se  
absorben  
las  
comillas?*

los derechos sexuales y reproductivos que circulan en nuestra sociedad. El abordaje crítico de estos discursos deconstruye precisamente el predominio del control público por sobre la subjetividad de mujeres y hombres de todas las edades y su capacidad de autodeterminación, intervenida por la ciencia médica, la religión y el Estado.

Siguiendo a Michel Foucault, la ética se entiende como “un conjunto de valores y reglas de acción que se proponen a los individuos y a los grupos por medio de aparatos prescriptivos diversos, como pueden serlo la familia, las instituciones educativas, las iglesias, etc. Pero también se llega al punto en que son transmitidos de manera difusa y que, lejos de formar un conjunto sistemático, constituyen un juego complejo de elementos que se compensan, se corrigen, se anulan en ciertos puntos, permitiendo así compromisos o escapatorias. Con tales reservas podemos llamar “código moral” a este conjunto prescriptivo. Pero por moral entendemos también el comportamiento real de los individuos, en su relación con las reglas y valores que se les proponen” (16).

El término ética se expresaría en primer lugar como la capacidad práctica y reflexiva de poner en duda las costumbres y los comportamientos de los seres humanos.

En segundo lugar, esta capacidad de la ética se inscribe en ciertas características del ser humano y de las sociedades de autoinstituirse, de autocrearse. En tercer lugar, esta capacidad no debe entenderse en relación con una cierta naturaleza del ser humano: la naturaleza de este último consiste incluso en la capacidad de poner en cuestión aquello que se entiende por naturaleza, esto es de arriesgar su propia vida. Finalmente, si la ética tiene una cierta capacidad de sobrevivir a través de la historia, es porque ella no es un discurso desencarnado y abstracto. La ética es la capacidad de transformar los individuos y las sociedades.

En definitiva, la ética y la bioética se relacionan con los derechos reproductivos en tanto se reconocen como derechos humanos.

### ÉTICA, BIOÉTICA Y DERECHOS Y REPRODUCTIVOS

Los derechos sexuales y reproductivos son parte de los derechos humanos, reconocidos universalmente. Con los diferentes procesos de modernización ha surgido un elemento central para posibilitar el ejercicio de estos derechos. Se trata de la separación entre sexualidad y reproducción tal como lo hemos señalado. Esta separación se debe principalmente al acceso a los métodos de regulación de la fecundidad y la implementación de programas de salud sexual y reproductiva tanto de carácter público como privado. Tanto el acceso a las nuevas tecnologías como a los servicios de salud, sean públicos o privados, ha profundizado el proceso de toma de decisiones de las mujeres respecto a estos ámbitos. Este ha sido un proceso de autonomía, que aún no termina de consolidarse, producto de visiones muchas veces retrógradas respecto al comportamientos

que deben tener las mujeres en estas materias. Lo que se está poniendo en cuestión es el sistema de dominación de género. En realidad, en el marco de la vida cotidiana estos derechos se agregan los unos a los otros (cívicos, sociales y políticos), de tal manera que el no respeto de uno de ellos se constituye en un déficit democrático.

Es importante subrayar que los derechos sexuales y reproductivos más allá de constituir derechos de cuarta generación, manifiestan una nueva manera de comprender la ciudadanía y la democracia. La democracia que se desprende de los derechos sexuales y reproductivos es la democracia de las diferencias. Este tipo de democracia se manifiesta como un gran progreso respecto de formas políticas anteriores y como una respuesta a dramas y tragedias que se desprenden de la dictadura de la identidad.

Es sabido por diversos estudios y experiencias cotidianas que la vida personal de las mujeres entró en un campo de negociación de la intimidad, por tanto, se ha convertido en un proyecto de vida abierto que ha creado nuevas demandas. Esto es posible visualizarlo a través de los derechos sexuales y reproductivos como un espacio de ejercicio a partir de las nuevas concepciones sobre las sexualidades, las tecnologías en salud reproductiva, el aborto, las discusiones acerca del tema de población y desarrollo y un punto de gran relevancia, la discusión acerca de lo público y lo privado como un aporte de las discusiones feministas.

Siguiendo a la autora Rebecca Cook (17), las aproximaciones feministas a la bioética no rechazan necesariamente los cuatro principios básicos señalados, tales como el respeto a la autonomía, la no-maleficencia, beneficencia y la justicia (14). Cabe señalar que las teorías feministas sobre bioética se convierten en un cuerpo crítico en oposición a las teorías imperantes en los primeros veinte años de la bioética (18).

Estos principios mencionados son abordados por el feminismo desde una óptica para promover los intereses de las mujeres y desde las mujeres, a través de sus diversas experiencias vitales que van construyendo sus proyectos de vida. Se trata de preguntarse desde los acontecimientos propios de las mujeres considerando sus niveles educacionales, condiciones socioeconómicas, los lugares que habitan, los trabajos que realizan. En este sentido y tal como lo plantea Katherine Barlett: *“Hacerse la pregunta de las mujeres significa examinar cómo falla la ley al tomar en cuenta las experiencias y valores que parecen más típicas de las mujeres que de los valores, por cualquiera sea la razón, o cómo los estándares legales y los conceptos existentes pueden generar una desventaja para las mujeres. La pregunta supone que algunos hechos de la ley pueden no únicamente no ser neutrales en un sentido general, sino incluso, ‘masculinos’ en un sentido específico. El propósito de la pregunta de las mujeres es exponer tales hechos y la forma en la que operan, así como sugerir cómo pueden ser corregidos”* (19).

Lo interesante de esta postura es que agregan a los cuatro principios básicos de la bioética, algunos puntos de vista que son relevantes considerar a la hora de observar

cómo se ejercen los derechos sexuales y los derechos reproductivos en las sociedades latinoamericanas en particular, en el uso de los métodos anticonceptivos.

Como plantea Cook, que en general las feministas –entendiendo que el feminismo no es monolítico como algunos han querido hacer creer– tratan en términos generales de explicar las estructuras sexistas en que se desarrollan las sociedades, existiendo feminismos diversos: liberal, socialista, radical, cultural, lesbiano, posmoderno, ecológico, etc., (17). Plantean la noción del respeto a las personas, en general, las mujeres no han sido consideradas como personas. Si revisamos algunas de las leyes que rigen los países latinoamericanos y en Chile sobre salud sexual y reproductiva, es posible advertir en diversos estudios como las mujeres acatan decisiones autoritarias en este campo, que vienen ya sea de sus parejas o maridos, así como de las instituciones hospitalarias (20) y el personal de salud. Un ejemplo de ello es el caso de la esterilización femenina en Chile, que recién el año 2000 se pudo obtener una resolución administrativa que modificó los obstáculos que impedían la esterilización de mujeres en el sistema público (21). Anteriormente, este derecho dependía de la voluntad de su cónyuge o pareja, la edad de la mujer y el número de hijos nacidos vivos. La nueva normativa reconoce el derecho que tienen los hombres a decidir sobre su reproducción a través de la práctica de la vasectomía. La esterilización de una mujer no puede depender de la voluntad de un tercero, ya que esto transgrede sus derechos humanos.

Los principios señalados desde el punto de vista de los estudios feministas, ponen énfasis en los intereses de las mujeres en términos de la autodeterminación, la incorporación de sus experiencias vitales y la reconstrucción de las sociedades.

Por su parte, el principio de autonomía en el caso del uso de las tecnologías anticonceptivas es de vital importancia. El derecho a la autonomía no necesariamente falla por principio, sino que más bien en la práctica hay profesionales de la salud que no han tomado en cuenta o han desconfiado del derecho de las mujeres o de su capacidad de acceder a la autonomía, por ejemplo, el derecho que tienen las mujeres para ser sujetos de investigación sobre salud. La autonomía entonces es la capacidad que tiene cada persona para adoptar normas, reglas y criterios que permiten la construcción de una voluntad individual, expresada en múltiples comportamientos y respetuosa de la autonomía de las otras personas.

Tal como se señala en el Proyecto de Ley Marco del año 2000 (22), en el campo de los Derechos Sexuales y Reproductivos la noción de autonomía es central. Ella manifiesta la decisión y la voluntad de acompañar el conjunto de procesos que se desprenden de la vida sexual y afectiva sin olvidar la propia biografía, el respeto de los/las otros/as y la exigencia de derechos que aseguren el adecuado desarrollo de la vida individual. La autonomía es la posibilidad para que a cada persona se le reconozcan sus derechos, sin renunciar a la propia identidad, a sus deseos y proyectos. Es a partir de esta noción que

podemos relacionar la ética, los derechos y el sujeto. La noción de sujeto en el contexto de la autonomía se refiere a aquella persona que es capaz de tomarse a sí mismo como objeto de reflexión y comportarse en coherencia.

Se trata entonces de que mujeres y hombres, adolescentes y jóvenes puedan tener un control sobre su propio cuerpo. Esto implica una parte central de la libertad reproductiva y sexual, el derecho a que no se les prive de su capacidad reproductiva practicándoles, por ejemplo, esterilizaciones sin consentimiento informado, estar libre de violencia sexual, de métodos anticonceptivos riesgosos, de embarazos no deseados que constituyen algunos de los problemas que incorpora este principio.

El principio de **beneficiencia** se refiere a la obtención del “bien”. Un conflicto que se presenta en este principio es que las políticas y prácticas de salud que son benéficas para algunos no necesariamente puede serlo para otros. Sabemos que la salud de las personas no está solo determinada por cuestiones biomédicas, sino también por una serie de factores que se vinculan con las condiciones sociales en la cuales se vive y se trabaja. Varios estudios señalan que la mayor parte de los problemas en salud se pueden atribuir a condiciones socioeconómicas de las personas, en los enfoques y respuestas de los sistemas de salud de cada país, así como las condiciones de salud, de igualdad y equidad de género, los estilos de vida saludables, la pertinencia étnica, el medio ambiente, la salud mental entre otros (23). En este sentido, este principio debería considerar la integración corporal.

El principio de **no maleficencia** significa básicamente no hacer daño. Por ejemplo, muchas veces los cuerpos de jóvenes/adolescentes son infantilizados, paternalizados. La adolescencia muchas veces es vista como un momento crítico, como un momento de transición. Los y las jóvenes alcanzan la mayoría de las veces los hitos sexuales y reproductivos en condiciones adversas, sea por la inexperiencia, por la madurez psicológica y emocional en proceso de consolidación, haciendo que sus experiencias sexuales y reproductivas sean más riesgosas (24, 25).

Respecto al **principio de justicia**, tal como lo plantea Díaz (26), todas las personas tienen derecho a ser atendidas, independientemente de su condición social, situación económica, creencias, origen étnico, condición marital, edad o cualquier otra característica. En el caso de las y los adolescentes este derecho es vulnerado, debido a las diversas dificultades para acceder a servicios de salud sexual y reproductiva. Al respecto, un estudio realizado para el Ministerio de Salud de Chile (27), demostró la existencia de una serie de barreras que imposibilitan un servicio de calidad y acorde al principio de justicia, como por ejemplo: no se reconoce a las y los adolescentes como sujetos de derechos (28); falta de adaptación de los servicios de salud a diversas culturas juveniles; falta de espacios para la atención de adolescentes hombres en servicios de salud sexual y reproductiva; barreras burocráticas por parte de los servicios; desinformación de la

oferta de servicios a nivel país; falta de educación sexual; desinformación sobre métodos anticonceptivos; ausencia de estrategias de autocuidado en salud sexual y reproductiva; falta de formación y capacitación del personal de salud para la atención de adolescentes; ausencia de trabajo intersectorial, en particular educación y salud; definiciones rígidas sobre adolescentes y salud sexual y reproductiva en equipos de salud; barreras en la entrega de anticoncepción, incluida la anticoncepción de emergencia, entre otras.

A los principios señalados quisiera agregar tres más (29), que han sido señalados por dos autoras, S. Correa y R. Petchesky. Se trata de la **integridad corporal**, el **ejercer como persona** y la **igualdad y diversidad**. Estos principios los desarrollamos en una investigación sobre mujeres viviendo con VIH Sida en Chile (30).

El primero de ellos se refiere al **control sobre el propio cuerpo**, este implica una parte central de la libertad reproductiva y sexual, el derecho de las mujeres a que no se les prive de su capacidad reproductiva practicándoles, por ejemplo, esterilizaciones sin consentimiento informado, estar libre de violencia sexual, de métodos anticonceptivos riesgosos, de embarazos no deseados. El segundo principio, corresponde al **ejercicio como persona**, y se relaciona con el derecho a la autodeterminación, lo que significa que las personas son actores principales en la toma de decisiones respecto a la sexualidad y reproducción. Esto también incluye consejería acerca de los riesgos y las opciones asociadas con la anticoncepción, la reproducción, atención de calidad en los servicios de salud, entre otros. Por último, el **principio de igualdad** se aplica a los derechos sexuales y reproductivos de todas las personas, entre las relaciones que se establecen entre los hombres y las mujeres y las relaciones entre las mujeres considerando las condiciones de clase, edad, nacionalidad, etnia que dividen a las mujeres como grupo. Este principio estaría directamente relacionado con el **principio de la diversidad**, que se refiere a la demanda que tanto los proveedores de salud como las políticas públicas en este ámbito consideren las diferencias existentes entre las mujeres, teniendo en cuenta aspectos valóricos, culturales, religiosos, orientación sexual, condiciones familiares, médicas, entre otras.

## REFLEXIONES

A continuación expongo algunas afirmaciones que me parecen interesantes de considerar en la relación entre bioética, derechos y tecnología anticonceptivas:

- La sexualidad y la reproducción han experimentados diversos cambios en el campo de la intimidad. Estas transformaciones se han producido en un proceso largo de profundización de la cultura modernizadora, desde la incorporación de nuevas tecnologías anticonceptivas hasta los derechos en este ámbito, lo que ha producido una separación entre la sexualidad y la reproducción.

- Las prácticas reproductivas se han modificado sustantivamente en los últimos cincuenta años, en parte gracias a las tecnologías reproductivas de alta eficacia: en primer lugar, las anticonceptivas y, en segundo lugar, las llamadas de “reproducción asistida”.
- No obstante, aunque han pasado más de 50 años, aún persisten polémicas de carácter moral, que prefiero denominar político-ideológicas, que han llevado a incidir en las políticas públicas de América latina y El Caribe retrocediendo en el derecho a decidir y el respeto a los derechos humanos, principalmente de mujeres y adolescentes.
- Dentro de la tradicional concepción sobre la salud de las mujeres, se las consideraba como un medio para asegurar la salud y bienestar de hijos e hijas y su familia, o como instrumento para la reducción de la fertilidad y, por tanto, se centraba particularmente en aspectos biológicos, específicamente la reproducción. Hoy en día se reconoce que las mujeres son sujetos de derecho en salud.
- El concepto de salud sexual y reproductiva es un gran avance tanto para el respeto de los derechos humanos, específicamente derechos sexuales y derechos reproductivos, como en el acceso y calidad de servicios. El concepto de 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 el sistema reproductivo, sus funciones y procesos. En definitiva la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no, cuándo y con qué frecuencia”*. Esto se enmarca en la noción de salud integral, considerando diversos aspectos biológicos, psicológicos, factores socioeconómicos y culturales, incluyendo además el conjunto de aspectos que representan el ciclo vital y no solo los de la edad reproductiva.
- Lo que está en juego en el uso de las tecnologías anticonceptivas es el cuerpo, en particular el de las mujeres. Dado que la reproducción hace parte de la intimidad, y todos los cambios culturales que ello conlleva, es posible afirmar que hay una democratización del ‘dominio interpersonal’, en una forma homologable con la democracia en la esfera pública, lo que ha influido sobre las diferentes instituciones modernas.
- Uno de los aspectos centrales en este cambio en la intimidad ha sido la ‘autonomía’, que hace parte de los principios fundamentales de la bioética. Tal como se señaló, la autonomía es uno de los hilos conductores y componente sustantivo en el escenario de la vida personal; es la condición para relacionarse con los otros de forma igualitaria, permitiendo el respeto por las capacidades de los demás en un orden democrático.

¿es una cita?  
sí a quien corresponde

- Los principios señalados que se deben considerar a la hora del acceso y el uso de tecnologías anticonceptivas deben ser respetados por las comunidades científicas, así como por los proveedores en salud sexual y reproductiva.
- La bioética crítica consiste en la capacidad de reflexión y práctica para acoger e interpretar la enfermedad y la salud, así como las distintas estrategias sociales y terapéuticas que han sido diseñadas para controlar el acto de salud. Esta capacidad de interpretación es posible desarrollarla a partir de la creación de espacios de discusión crítica que permitan evaluar estas estrategias, develando su coherencia interna, la funcionalidad e intencionalidad de los discursos y de los actos de salud. También nos permite aproximarnos al tema de la justicia social y el acceso a la salud como un derecho de los ciudadanos.

### Bibliografía

- (1) Dides C. Voces de Emergencia: el discurso conservador y la píldora del día después. Santiago: FLACSO-Chile, UNFPA, 2006.
- (2) Gúezmes A. Las tecnologías de reproducción asistida Una aproximación desde la ética y las fugas feministas. <http://www.corteidh.or.cr/tablas/r24192.pdf>
- (3) Lattus J, Sanhueza MC. Breve historia de la píldora anticonceptiva. Rev Obstet Ginecol - Hospital Santiago Oriente Dr. Luis Tisné Brousse 2010; 5(2):112-15.
- (4) Jiles MX, Rojas MC. De la miel a los implantes. Historia de las políticas de regulación de la fecundidad en Chile. Santiago: Corporación de Salud y Políticas Sociales-CORSAPS, 1992.
- (5) Hardee K, Kumar J, Newman K et al. Voluntary, human rights-based family planning: A conceptual framework 2014. Studies in Family Planning 2014; 45(1):1-8.
- (6) Poblete O. Una mujer: Elena Caffarena. Santiago: Ediciones La Morada, Editorial Cuarto Propio, 1993.
- (8) Zárate MS. Proteger a las madres: origen de un debate público, 1870-1920. En: Monográficas I, Nomadías. Santiago, Chile: Programa de Género y Cultura en América, Facultad de Filosofía y Humanidades, Universidad de Chile. 1999.
- (9) Illanes MA. En el nombre del Pueblo, del Estado y de la Ciencia. (...) Historia Social de la Salud Pública Chile 1880-1973 (Hacia una historia social del Siglo XX). Santiago, Chile: Fundación Interamericana (IAF) y ONG Colectivo de Atención Primaria, 1993.
- (10) Ferrer M. Planificación Familiar y Anticoncepción: estudio de las modificaciones en el comportamiento anticonceptivo en una población del área norte de Santiago, Chile. Santiago, Chile: Programa de Formación en Población y Desarrollo, Centro Latinoamericano de Demografía, CELADE, 1992.
- (11) Galán G. 50 años de la píldora anticonceptiva. Rev Obstet Ginecol – Hospital Santiago Oriente Dr. Luis Tisné Brousse 2010; 5(2):105-11

*¿qué falta?*

- Urs.*
- (12) Casas L. Informe de investigación N°18: Mujeres y reproducción ¿Del control a la autonomía? Santiago, Chile: Centro de Investigaciones Jurídicas, Facultad de Derecho Universidad Diego Portales, 2004.
- (13) Grau O, Delsing R, Brito E et al. Discursos, género y Poder. Discursos Públicos: Chile 1978-1993. Santiago, Chile: Corporación La Morada, Universidad ARCIS, Editorial Lom, 1997: 257-259.
- (14) Munita G, Dides C, Sagredo ME. La política de fecundidad en el Chile actual: docilización o autonomización. En: Anuario del Programa de Género y Cultura. Santiago, Chile: Facultad de Filosofía y Humanidades, Universidad de Chile, 1996; 119-42.
- (15) Siruana Aparisi JC. Los principios de la bioética y el surgimiento de una bioética intercultural. Veritas 2010; 22:121-57.
- (16) Zambrano C. Hacia una perspectiva bioética y cultural de la exclusión social. Rev Col Bioética Universidad El Bosque 2007; 2(2):121-42.
- (17) Foucault M. Historia de la Sexualidad 2 - El uso de los placeres. 1ª ed. México DF: Editorial Siglo XXI. Primera edición en español, 1986.
- (18) Cook R. El feminismo y los cuatro principios éticos. En: Careaga G, Figueroa JG, Mejía MC. Ética y salud reproductiva. México DF: PUEG Programa Universitario de Estudios de Género Programa de Investigación en Salud, UNAM, 1998; 173-98.
- (19) Diniz D, Guilhem D. Feminismo, bioética e vulnerabilidad. Revista de Estudos Feministas 2000; 1:237-98.
- (20) Bartlett, 1990:837 en Op. Cit. Cook Rebeca 1998. *completar con ↑*
- (21) Castro R, Ruíz A; Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias. Universidad Autónoma de México (UNAM). Prevalencia y severidad de la violencia contra mujeres embarazadas, México. Rev Saúde Pública 2004; 38(1):62-70.
- (22) Ministerio de Salud de Chile. Resolución: N° 2.326 exenta. "Fija directrices para los servicios de salud sobre esterilización femenina y masculina", 2000.
- (23) Casas L, Dides C, Estradé L et al. Proyecto Ley Marco Derechos Sexuales y Reproductivos. Santiago, Chile, 2000.
- (24) Dides C, Benavente C, Morán JM. Estado de la vinculación de la salud sexual y reproductiva, VIH y sida e ITS en Chile. Organización Panamericana de la Salud, FLACSO-Chile, UNFPA-Chile, 2009.
- (25) Molina R, Molina T, González E. Madres niñas-adolescentes de 14 años y menos: Un grave problema de salud pública no resuelto en Chile. Rev Med Chile [online]. 2007; 135(1):79-86. <[http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872007000100011&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872007000100011&lng=es&nrm=iso)>. ISSN 0034-9887. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872007000100011>.
- (26) Gómez P, Molina R, Zamberlin N. Factores relacionados con el embarazo y la maternidad en menores de 15 años en América Latina y El Caribe. PROMSEX y FLASOG, 2011.

- curr. |
- (27) Díaz S. Ética y regulación de la fertilidad. En: Escribar A, Pérez M, Villarroel R. Bioética: fundamentos y dimensión práctica. Santiago, Chile: Mediterráneo, 2004; 195-209.
  - (28) Dides C, Benavente C, Morán JM. Diagnóstico de la situación del embarazo en la adolescencia en Chile 2008. Programa Género y Equidad, FLACSO-Chile, UNFPA y Ministerio de Salud, 2009.
  - (29) Dides C, Guajardo A, Pérez S et al. Guía de habilidades para el consentimiento informado y confidencialidad de la información en salud sexual y reproductiva de adolescentes y jóvenes, 2003.
  - (30) Correa S, Petchesky R. Los derechos reproductivos y sexuales: una perspectiva feminista. En: Figueroa JG. Elementos para el análisis ético de la reproducción, 2002; 99-135.
  - (31) Bravo M, Dides C, Pérez MS. Mujeres viviendo con VIH/sida. Diagnóstico sobre ética y derechos sexuales y reproductivos. Santiago, Chile: Vivo Positivo, 2003.