

CHILE: SITUACIÓN DE LA SALUD Y LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS

Verónica Schiappacasse

Paulina Vidal

Lidia Casas

Claudia Dides

Soledad Díaz

Diciembre 2003

Instituto Chileno de Medicina Reproductiva (ICMER)

Corporación de Salud y Políticas Sociales (CORSAPS)

Santiago - Chile

© Icmer/Corsaps

Reg. Prop. Intelectual: N° 138018

ISBN 956-7505-03-9

Las autoras agradecen el apoyo brindado por la Fundación Ford y el Fondo de Población de Naciones Unidas (FNUAP), para la elaboración de este documento; así como del Servicio Nacional de la Mujer, SERNAM, por su contribución en la revisión, edición e impresión del mismo.

Servicio Nacional de la Mujer, SERNAM

Teatinos 950, 5° piso, Santiago, Chile

Fono : 549.6100

Fax : 549.6158

Página Web : www.sernam.gov.cl

Portal Web : www.muiereschile.cl

Correo : infomujer@sernam.gov.cl

Instituto Chileno de Medicina

Reproductiva ICMER

Lastarria 29, Dpto. 101, Santiago, Chile

Fono : 633 5887

Fax : 633 6204

Página web : www.icmer.org

Correo : info@icmer.org



PRESENTACIÓN	5
I. RESUMEN	7
II. INTRODUCCIÓN	13
III. MATERIAL Y MÉTODOS	17
IV. CONTEXTO	23
IV.1. El contexto social, cultural, económico y político	25
IV.2. El contexto epidemiológico	31
V. SITUACIONES QUE REQUIEREN ATENCION PRIORITARIA	35
V.1. Sexualidad y reproducción de los y las jóvenes	37
V.2. Regulación de la fertilidad	43
V.3. Aborto	50
V.4. Salud de las mujeres	52
V.5. Participación masculina	55
V.6. VIH / SIDA	56
V.7. Infecciones de transmisión sexual (ITS)	60
V.8. Infertilidad	63
V.9. Calidad de atención	64
V.10. Violencia	66
V.11. Familia	71
V.12. Trabajo y derechos sexuales y reproductivos	76
V.13. Sistemas de Salud y Reforma de Salud	79
VI. CONCLUSIONES	85
ANEXO 1. DEFINICIÓN DE CONCEPTOS	93
Salud sexual y reproductiva	95
Derechos sexuales y reproductivos	96
Perspectiva de género y salud sexual y reproductiva	98
Políticas públicas basadas en la evidencia científica	99
Atención integral de salud	100
Calidad de atención	102
ANEXO 2. ABREVIATURAS USADAS	103

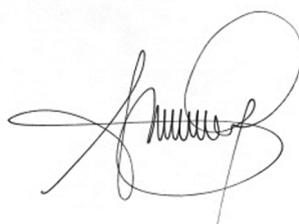
Al Estado le compete la función de garantizar el bien común y proteger los derechos de las personas en los diversos ámbitos en que éstas se desenvuelven. Asimismo, está llamado a crear y favorecer condiciones que colaboren con el desarrollo integral de los sujetos.

Dentro de este marco, SERNAM asume el ámbito de la sexualidad y la salud sexual y reproductiva como una dimensión fundamental en la vida de hombres y mujeres, cuya vivencia en condiciones adecuadas de información, formación y libertad para hacer decisiones constituye un aporte significativo a la calidad de vida de las personas. Reconoce, además, que la existencia de problemas como el embarazo adolescente, el embarazo no deseado, el aborto, el abuso sexual a mujeres, el acoso sexual, la prevalencia de las enfermedades de transmisión sexual y el VIH-SIDA, entre otros, son realidades que hacen evidente que en nuestra sociedad persisten situaciones de vulneración de derechos y discriminación contra las mujeres.

El documento que estamos presentando en esta ocasión: "Chile: situación de la salud y los derechos sexuales y reproductivos" representa un importante aporte al conocimiento y diagnóstico de la realidad actual de nuestro país en la salud sexual y reproductiva de las mujeres y nos plantea importantes desafíos respecto al quehacer futuro en estas materias, tanto en el plano de las políticas públicas como desde la sociedad organizada. Nos ha parecido necesario dar a conocer este trabajo de ICMER y CORSAPS porque consideramos que es un esfuerzo importante realizado desde la sociedad civil, que merece la más amplia difusión.

Es nuestro deseo aportar a que las personas conozcan el estado actual del debate en este tema. El acopio de información que aquí se aporta permitirá, sin duda, contar con evidencias para ir construyendo políticas en esta compleja área, que respondan a las necesidades de la mayoría de los chilenos y chilenas, y enfrenten problemas que afectan, muchas veces de manera dramática, a sectores de la sociedad que no cuentan con facilidades para hacer oír su voz.

Con esta publicación queremos también reafirmar la necesaria colaboración que debe existir entre el Estado y la Sociedad Civil en el logro de objetivos comunes tan sentidos como es la construcción de una sociedad donde hombres y mujeres podamos convivir, desarrollarnos y compartir en igualdad de condiciones y con respeto nuestras diferencias.



CECILIA PEREZ DIAZ
MINISTRA DIRECTORA
SERVICIO NACIONAL DE LA MUJER



RESUMEN



En las últimas décadas hemos asistido a grandes cambios sociales, culturales, políticos y económicos en la sociedad chilena. Hay una creciente libertad política, aunque con escasa participación política ciudadana, especialmente de los/as jóvenes. Hay crecimiento de la economía y mayor acceso a bienes de consumo y diversas tecnologías, aunque persisten serios problemas de equidad en el acceso a este desarrollo económico. Hay cambios importantes en la estructura de los grupos familiares que la legislación no reconoce. Hay mayor participación femenina en el ámbito laboral y educacional, pero discriminación de género en remuneraciones y cargos de responsabilidad. También hay cambios en el ámbito de la sexualidad y la reproducción, como el inicio más precoz de las relaciones sexuales y altas tasas de fecundidad en las adolescentes, para los que no hay una respuesta efectiva de los servicios responsables.

Chile aparece avalando los derechos sexuales y reproductivos como derechos humanos, de acuerdo a los postulados de Naciones Unidas. Sin embargo, el Estado Chileno no ha implementado mecanismos de difusión y protección de estos derechos. La ciudadanía, al no conocerlos, no presiona al Estado para que este genere las condiciones que permitan ejercerlos. Los esfuerzos del sector salud, educación y justicia no han sido suficientes para sentar las bases que posibiliten el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, y el acceso a los servicios integrados necesarios para el cuidado de la salud sexual y reproductiva de todas las personas.

Algunos indicadores de salud de las mujeres, especialmente en su etapa reproductiva, muestran grandes avances y son similares a los de países desarrollados, pero aún existen deficiencias en la prevención y atención de otros problemas de salud sexual y reproductiva.

Los y las jóvenes no cuentan con suficiente información y educación en sexualidad y reproducción, ni tienen acceso adecuado a servicios de salud sexual y reproductiva que brinden atención integral, confidencial y de calidad. Un alto porcentaje de adolescentes inicia su vida sexual precozmente, sin protección anticonceptiva, se embaraza sin planificarlo y sufre las consecuencias de ello, situación que se ve agravada cuando las jóvenes provienen de sectores de bajos ingresos y de áreas rurales.

En los servicios públicos de salud, las mujeres cuentan con poca información sobre sexualidad y reproducción, y no se apoya la toma de decisiones libres y plenamente informadas acerca de su vida sexual y reproductiva. Los servicios cuentan con limitadas opciones de métodos anticonceptivos y el acceso a otros anticonceptivos de mayor costo y a la esterilización quirúrgica, especialmente la masculina, es restringido. No hay acceso fácil a la anticoncepción de emergencia, incluso en el caso de las mujeres víctimas de violación, ya que este método no está disponible en los servicios de urgencia o de atención primaria y el producto específico de anticoncepción de emergencia, que se comercializa en farmacias, requiere de receta médica retenida. Ciertos procedimientos y atenciones, como la mamografía, no están disponibles o se ofrecen en forma restringida. Las parejas de escasos



RESUMEN

recursos tampoco pueden acceder a los procedimientos para el diagnóstico de la infertilidad y a los procedimientos de reproducción asistida, herramienta esencial en muchos casos para el tratamiento de la infertilidad.

Aunque las hospitalizaciones y la mortalidad por aborto han disminuido, se desconoce la prevalencia de esta práctica en el país. Existen servicios de salud que no brindan un trato humanizado a las mujeres que se practican un aborto, y algunos las denuncian, desconociendo el derecho de toda persona a la confidencialidad. Las mujeres denunciadas que son procesadas por aborto son, en su totalidad, de escasos recursos. Las mujeres no pueden optar al aborto por causas médicas, aunque su salud y su vida corran peligro o el feto no tenga probabilidades de sobrevivir después del nacimiento por portar alguna patología incompatible con la vida.

La atención de los hombres en salud sexual y reproductiva es prácticamente inexistente. Los servicios públicos no cuentan con la preparación, tiempo e infraestructura para atender adecuadamente sus necesidades en esta área. Su participación se limita al acompañamiento de su pareja durante el parto en casos reducidos. No hay oferta de métodos anticonceptivos para ellos a excepción del condón, los que son entregados en su mayoría a las mujeres. La vasectomía se practica en un muy reducido número de servicios públicos de salud.

Pese a que existen pocas investigaciones sobre la calidad de la atención en salud sexual y reproductiva en los servicios públicos, se constata que en muchos no se brinda la atención adecuada, sea por falta de capacitación de los/as proveedores/as, ausencia de normas actualizadas, desinformación de las/os usuarias/os, oferta limitada de anticonceptivos, infraestructura inadecuada, personal limitado y atención discriminatoria contra los/as jóvenes y/o sin un enfoque de género.

El VIH/SIDA y las infecciones de transmisión sexual han aumentado en la población femenina y los jóvenes. No existen campañas de prevención, hay desinformación en la población, en especial sobre los factores de riesgo, y un limitado acceso al uso del condón. La ley del SIDA significó un gran avance, y se espera que se superen las inequidades en el acceso a la atención y tratamiento de las personas de escasos recursos que están viviendo con VIH/SIDA.

Las mujeres de todas las edades son las principales víctimas de violencia. En la última década se han logrado grandes avances, sobre todo desde el punto de vista legal, pero aún persisten grandes deficiencias en la acogida, manejo, tratamiento, reparación y asistencia de las víctimas de violencia. Hay un aumento de las denuncias por violencia de todo tipo, incluyendo la violencia sexual pero no hay aún procedimientos eficaces para la prevención y atención de este grave problema. No se están destinando los recursos necesarios para sensibilizar y capacitar al personal que atiende a las víctimas y a la población en general, ni para implementar la infraestructura adecuada y dar un apoyo integral a las personas y familias que sufren por violencia.



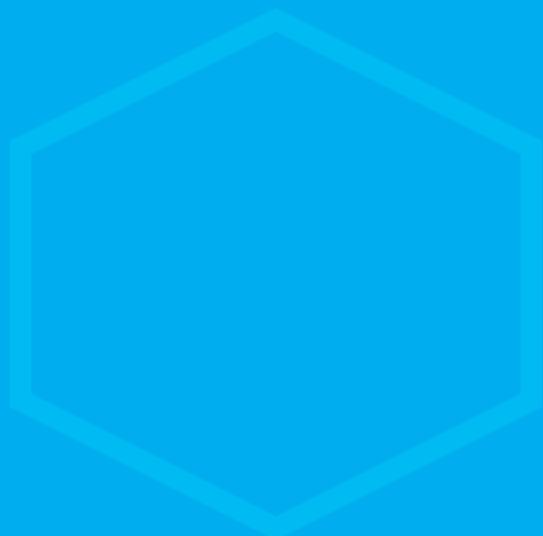
Ha habido cambios importantes en la estructura familiar durante las últimas décadas y una gran diversidad en la conformación de los grupos familiares, la que dista de la concepción tradicional de padre, madre e hijos nacidos dentro del matrimonio legal. La edad de las mujeres al contraer matrimonio ha aumentado y también el número de mujeres jefas de hogar. Los matrimonios han disminuido a través del tiempo, ha crecido el número de hijos que nace fuera del matrimonio y las nulidades se han incrementado. Pese a esta realidad, nuestra legislación no contempla el divorcio entre las parejas casadas ni el reconocimiento de uniones de hecho para ciertos beneficios (previsión, herencia), que sólo se otorgan a las parejas en matrimonio legal. En este contexto, un avance importante fue la promulgación de la Ley sobre Filiación, la cual reconoce la igualdad jurídica de todos los hijos e hijas que nazcan tanto dentro como fuera del matrimonio.

Existe un incremento de la participación femenina en el mercado laboral, lo que se ha traducido en una mayor carga de trabajo y responsabilidad para la mujer, la que en la mayoría de los casos es quien atiende las necesidades de los hijos e hijas, la familia, la salud y el hogar. Han habido avances legislativos para proteger a las mujeres contra la discriminación laboral. También existen leyes que protegen la maternidad, pero es necesario mejorarlas en lo que se refiere al período de la crianza de los hijos e hijas. Aún existen aspectos de la realidad laboral que no cumplen con la equidad de género, como la menor remuneración que perciben las mujeres en comparación a los hombres en cargos similares o el diferente costo de los planes en las instituciones de salud previsional.

Diversas organizaciones de la sociedad civil y del mundo académico han realizado esfuerzos por la difusión, la promoción y la defensa de los derechos sexuales y reproductivos. Y, por insertar consideraciones de derechos y perspectiva de género en las políticas y programas de Gobierno que se relacionan con la salud sexual y reproductiva. Con la colaboración de algunos sectores gubernamentales se han hecho progresos en los últimos años que es necesario profundizar y consolidar en el futuro. Pero, como señala este informe, aún persisten numerosas carencias que requieren atención prioritaria y hay tareas pendientes que dependen del compromiso de las autoridades políticas y administrativas.



INTRODUCCIÓN



Un objetivo prioritario del Instituto Chileno de Medicina Reproductiva, ICMER, y de la Corporación de Salud y Políticas Sociales, CORSAPS, es incidir en la formulación de políticas públicas en el ámbito de la salud sexual y reproductiva, a través de la entrega de argumentos técnicos y éticos para la construcción de consensos. La opción por este tema obedece al interés de estas dos instituciones por enfrentar los problemas de salud provocados por el acceso limitado e inequitativo de la población chilena a la salud sexual y reproductiva.

Cumpliendo con este objetivo, se elaboró este documento en el que se presenta un diagnóstico sobre la salud y los derechos sexuales y reproductivos en Chile. El propósito es aportar información relevante y actualizada para el diseño de políticas que respondan a las necesidades de la población, en el ámbito de la sexualidad y la reproducción, y a la promoción y el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos como derechos humanos.

Se describe el contexto social, cultural, económico y político chileno, refiriéndose específicamente a las dificultades existentes en Chile para reconocer y asumir los derechos sexuales y reproductivos. Se describe también el contexto epidemiológico, respecto a salud sexual y reproductiva. Se analizan situaciones que requieren de un abordaje integral y prioritario como son la sexualidad juvenil, el acceso al uso de métodos anticonceptivos, el aborto, el VIH/SIDA y las infecciones de transmisión sexual, la calidad de atención, la violencia, la familia, el trabajo femenino, los servicios de salud, la Reforma de Salud y otras.

Se incluyen tablas y gráficos que resumen o complementan la información contenida en el texto. Las referencias utilizadas se citan en notas al pie de página. Como anexo, se incluyen aspectos conceptuales sobre salud y derechos sexuales y reproductivos, perspectiva de género y elementos esenciales para mejorar las políticas, los programas y los servicios de salud sexual y reproductiva.

A lo largo de los diferentes temas se analiza la posición de los principales actores sociales, gobierno, partidos políticos, sociedad civil e iglesias, y se contraponen el discurso tradicional que logran imponer los grupos de poder existentes con las conductas y necesidades de la población.

Esperamos que la información contenida en este documento constituya una herramienta para la difusión, la promoción y la defensa de los derechos sexuales y reproductivos, y que sea útil para las instituciones gubernamentales y no gubernamentales y autoridades responsables de políticas y programas en el ámbito de la salud, la educación y la justicia.



MATERIAL Y MÉTODOS



Fuentes de información

Este diagnóstico se elaboró en base a datos epidemiológicos de diversas fuentes como el Ministerio de Salud, el Servicio Nacional de la Mujer, el Ministerio de Planificación y Cooperación, la Comisión Nacional del SIDA, el Instituto Nacional de Estadísticas, el Instituto Nacional de la Juventud, el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo, la Organización Panamericana de la Salud, así como en los resultados de investigaciones desarrolladas en los últimos años en el país. Además, se hizo un seguimiento de la prensa escrita (desde Enero de 1999 hasta Julio de 2003). Representa una actualización de la información incluida en el documento Situación de la Salud y los Derechos Sexuales y Reproductivos en Chile, preparado y distribuido por el Instituto Chileno de Medicina Reproductiva en 1999¹.

Marco conceptual para el análisis

El análisis de la información contenida en este documento se basó en el marco conceptual de salud y derechos sexuales y reproductivos y la perspectiva de género. También se consideró la necesidad de incidir en políticas y programas de salud basados en la evidencia científica y en el concepto de atención integral de salud y calidad de atención (Anexo 1).

Salud Sexual y Reproductiva

Los conceptos de salud sexual y reproductiva definidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS), se refieren al completo bienestar físico, mental y social en el plano sexual y reproductivo y no solamente a la ausencia de enfermedades.^{2,3} Por lo tanto, la salud en la sexualidad y la reproducción implica que las personas tienen la capacidad de reproducirse, de regular su fertilidad y de practicar y disfrutar de las relaciones sexuales sin riesgos para su salud. También implica que la mujer pueda vivir con seguridad el embarazo y el parto, asegurando el crecimiento y desarrollo sano del lactante y del niño o niña.

Estos conceptos se relacionan con los derechos sexuales y reproductivos, en la medida en que el pleno bienestar en el plano sexual y reproductivo se obtiene cuando las personas asumen y exigen sus derechos.

¹ Documento Situación de la Salud y los Derechos Sexuales y Reproductivos en Chile. Schiappacasse V, Vidal P y Díaz S. ICMER, Santiago de Chile, 1999.

² World Health Organization. Women's Health. Position Paper for the IV World Conference on Women, Beijing, China, 1995. WHO/FHE/95.8. Geneva.

³ World Health Organization. Health, Population and Development. Position Paper for the International Conference on Population and Development, Cairo, 1994. WHO/FHE/94.2. Geneva.



Derechos Sexuales y Reproductivos

Los derechos sexuales y reproductivos, constituyen el derecho básico de las parejas e individuos de decidir libre y responsablemente sobre el número y espaciamiento de sus hijos e hijas y de tener la información, educación y medios para hacerlo. Estos derechos, entendidos como Derechos Humanos, se vinculan con el derecho a la salud, a la libertad individual, a la libertad de pensamiento, de conciencia y religión, de opinión y expresión, a la información y educación, a los beneficios del progreso científico, entre otros.

Respecto a estos derechos, el Estado Chileno ha suscrito una serie de acuerdos internacionales, originados en las Conferencias de Naciones Unidas, principalmente la de Población y Desarrollo de El Cairo, en 1994 y la IV Conferencia Mundial de la Mujer de Beijing, en 1995. Aunque los acuerdos internacionales no son compromisos que tengan carácter de obligatoriedad, sirven para que los Estados diseñen las bases de las políticas públicas y desarrollen acciones tendientes a alcanzar los objetivos internacionalmente acordados. Con el fin de otorgarle exigibilidad al marco de los derechos, no puede prescindirse de los tratados internacionales de derechos humanos que recogen los derechos sexuales y reproductivos.

Perspectiva de Género

Otro marco conceptual en el cual se basa este documento, es la perspectiva de género. La Organización Panamericana de la Salud (OPS), ha definido como género "la construcción cultural que asigna, jerárquicamente, en las esferas públicas y privadas, formas de comportamiento y de roles a las mujeres y a los hombres sobre la base de su diferenciación sexual".^{4,5} El enfoque de género pone énfasis en el análisis de los roles y funciones sociales asignadas a mujeres y hombres y a la distinta valoración social que tienen estas funciones. También considera el impacto diferencial que pueden tener, en mujeres y hombres, las políticas, programas y proyectos, lo que es particularmente relevante cuando se trata de salud sexual y reproductiva. Cuando se consideran los servicios necesarios, se debe tener en cuenta el contexto en que viven mujeres y hombres, no sólo los aspectos biomédicos.

Políticas de salud basadas en la evidencia

El derecho a los beneficios del progreso científico es uno de los derechos humanos básicos. Implica que los servicios de salud deben guiarse, según estándares derivados de la evidencia científica actual, en cuanto a los

⁴ Transversalización de la Perspectiva de Género en las Políticas de Reforma de Salud en Chile. Ministerio de Salud de Chile. Santiago de Chile, Diciembre 2000.

⁵ Marco de referencia, componentes y estrategias para mejorar la calidad de atención en los servicios de salud reproductiva, con enfoque de género. Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud. PAHO/HDW/96-005. Washington DC, Abril 1995.



procedimientos o métodos usados (medicina basada en la evidencia) y en cuanto a la organización y gestión de dichos servicios (evidencia proveniente de la investigación en servicios de salud e investigación operativa). Implica además que los procedimientos o drogas reconocidamente efectivas deben estar accesibles para la atención de la condición de salud.

Atención integral de salud

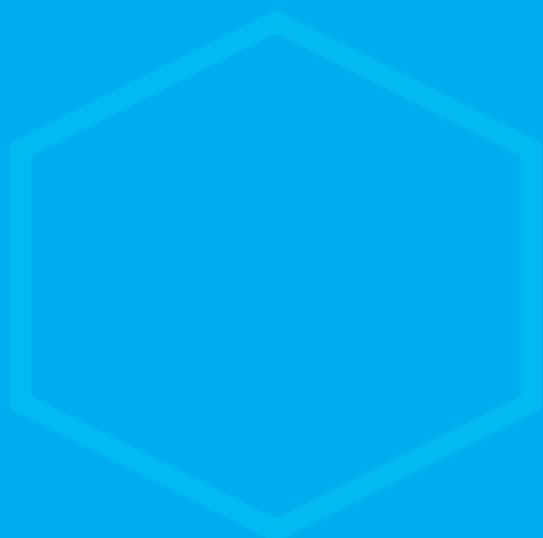
La atención de salud sexual y reproductiva se define como el conjunto de métodos, técnicas y servicios que contribuyen a la salud y al bienestar reproductivo, al prevenir y resolver los problemas relacionados con la sexualidad y reproducción de una manera integrada. Incluye, también, como objetivo el desarrollo de la vida y de las relaciones personales y no solamente la orientación y la atención en materia de reproducción y de infecciones de transmisión sexual. Por esto, los servicios necesarios incluyen una amplia gama de prestaciones para poder satisfacer las necesidades en distintas etapas de la vida.

Calidad de atención

La calidad de atención involucra muchos factores, tales como: calidad técnica de los servicios, aspectos éticos, percepciones, actitudes individuales y características propias de cada cultura y nivel socioeconómico. Se refiere a los aspectos técnicos y humanos que es preciso considerar para satisfacer los derechos y las necesidades de cada persona que consulta. La entrega de información y orientación a las/os usuarias/os de los servicios es esencial, de modo que puedan hacer opciones informadas y libres con respecto a su salud sexual y reproductiva, dentro del respeto a la autonomía de las personas.



CONTEXTO CHILENO



IV.1. CONTEXTO SOCIAL, CULTURAL, ECONÓMICO Y POLÍTICO

El proceso social, económico y político chileno, desde 1939 hasta 1973, estuvo relativamente inserto en lo que se denominó estado de bienestar, en que el Estado fue aumentando su participación, no sólo en tareas de bienestar social, sino también como agente productivo.⁶ La integración social de sectores excluidos históricamente hizo que, en la década de los sesenta, los grupos sociales chilenos desarrollaran un alto grado de organización y capacidad de reivindicación de derechos y oportunidades. El Estado era el principal agente de distribución de oportunidades en un capitalismo controlado y regulado por él. Sin embargo, la fuerza reivindicativa de la sociedad organizada sobrepasó la capacidad de respuesta del Estado. Durante la dictadura militar, iniciada en 1973, se instaló una economía neoliberal abierta al mundo, con un mercado cada vez menos regulado, con una participación menor del Estado, con una masiva privatización de la base productiva y con un sistema de protección de riesgos sociales centrado en la responsabilidad individual más que en el Estado.

La expansión económica que hubo en Chile en el período 1987-1997 y las políticas sociales implementadas desde 1990, permitieron que amplios sectores de la población tuvieran acceso a bienes de consumo de los cuales antes estaban excluidos. Sin embargo, la disminución de la pobreza y la denominada modernización del país está acompañada de grandes paradojas.

El crecimiento económico se puede ejemplificar comparando los datos de los censos de 1992 y de 2002. En este período, las familias con vivienda propia aumentaron de 68.3% a 72.5%, con TV a color de 52% a 87%, con teléfono de red fija de 23.6% a 51.5% y con refrigerador de 54.6% a 82.1%. Según los datos de la encuesta CASEN, el porcentaje de pobres era de 45% en 1987, de 38.6% en 1990, disminuyendo a 20.6% el 2000.⁷

Como no existe un vínculo automático entre crecimiento económico y desarrollo humano, el PNUD utiliza el Índice de Desarrollo Humano, (IDH), que permite medir cómo los logros económicos se traducen en beneficios y oportunidades concretas para la población. Al respecto, Chile se encuentra entre el grupo de países con un alto Índice de Desarrollo Humano, al considerar los logros en términos de esperanza de vida, educación e ingresos reales ajustados.⁸

Sin embargo, desarrollo humano implica también satisfacción de las aspiraciones personales, sentirse realizado, tener igualdad de oportunidades para desarrollar las potencialidades. Implica, por ende, equidad en el acceso al

⁶ Desarrollo Humano en Chile: Las paradojas de la modernización. PNUD, Chile, 1998.

⁷ Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional, MIDEPLAN, Chile, 2000.

⁸ Informe Mundial, Índice de Desarrollo Humano, PNUD, 2003.

trabajo, a la educación, a la salud y a la participación política. Así, el IDH no se ve reflejado necesariamente en las percepciones que tiene la población frente a los logros materiales y a los indicadores señalados.

Al mismo tiempo que se valoran positivamente los cambios, se considera que la sociedad chilena se ha vuelto más agresiva y más egoísta. Se percibe una sociedad segmentada, segregada socialmente en mundos excluyentes. Existiría una evaluación matizada de la modernización. Las personas se incorporan al proceso y al mismo tiempo resienten sus efectos negativos. Las familias se incorporan a un consumo mayor que antes, pero viven endeudadas, con el costo psicológico y de deterioro de las relaciones intrafamiliares que ello implica. Perder el empleo, sufrir los efectos de la delincuencia y no acceder oportunamente a la atención en salud, son los tres grandes problemas que afectan a la población chilena, según el informe del PNUD de 1998.⁹

La compleja situación del proceso de modernización descrita en 1998 se confirma en el IDH de 2002, el cual señala que el 54% de la población expresa desconfianza ante la economía, el 63% considera que la gente con poder abusa y el 51% opina que los cambios en las relaciones laborales han sido más bien negativos. Este informe describe una sociedad con TV a color pero sin identidad, ambivalente, diversa y fragmentada, donde se ha impuesto el fenómeno de individualización que se manifiesta en el desinterés asociativo en los barrios, en la no-participación en sindicatos, ni en partidos políticos.

El contraste entre el bienestar económico y las percepciones negativas de la población, obedecería a que la inclusión de nuevos sectores sociales al modelo de consumo se realiza en el marco de un modelo de distribución desigual de la seguridad. Amplios sectores de la población sienten miedo a caer nuevamente en la exclusión social y esta sensación de inseguridad, incertidumbre y amenaza genera un malestar difuso que se expresa en sentirse "perdedor" ante el modelo económico.¹⁰

Respecto a la equidad de género, el informe del PNUD de 2002 muestra que las mujeres chilenas aumentaron su participación en el ámbito laboral (de un 28.06% en 1992 pasaron a un 35.57% el 2002). Aunque ha habido progreso, las mujeres chilenas se encuentran aún bajo la tasa de participación femenina en América Latina que bordea el 45%. Chile ocupa sólo el octavo lugar latinoamericano de participación femenina y el lugar número 49 en el mundo. Además, considerando la diferencia salarial promedio, las mujeres son remuneradas con un 30% menos del sueldo de los hombres.¹¹

⁹ Desarrollo Humano en Chile: Las paradojas de la modernización, PNUD, Chile, 1998.

¹⁰ Nosotros los chilenos, un desafío cultural. PNUD, Chile, 2002.

¹¹ Síntesis de Resultados. Censo 2002. INE, Chile, 2003.

Aunque la participación de las mujeres en cargos de decisión y puestos de poder aún es minoritaria, se observan algunos cambios en el actual gobierno, en el cual se desempeñan tres ministras y cinco subsecretarias, y han aumentado las mujeres en jefaturas de intendencias y gobernaciones. En 1999 había una sola mujer intendente mientras que en el 2003 son dos; en 1999 las gobernadoras eran cinco y en el 2003 llegan a doce. En el poder legislativo, las mujeres son minoría: entre 1998-2002 representaron un 9% en el Congreso Nacional (13% en la Cámara de Diputados y sólo 4.2% en el Senado). Recién en el 2001 se incorporó la primera mujer como ministra en la Corte Suprema.^{12, 13}

El acceso a la educación se ha ampliado en las últimas décadas, lo que ha significado un aumento de la población alfabeta. El censo 2002 reportó que un 95.8% de la población de 10 años o más es alfabeta y se distribuye prácticamente igual en hombres y mujeres. En relación con el censo de 1992, la población alfabeta del país experimentó un aumento de 1.2%, siendo el incremento 1.3% en las mujeres y 1.1% en los hombres. En el área urbana se concentra la mayor proporción de población alfabeta (94.3% en 1992 y 96.8% en 2002). La población rural alfabeta también experimentó un aumento en el periodo intercensal, de 86% a 89.2% en 1992 y 2002, respectivamente. Este incremento fue mayor en la población rural femenina de más de 45 años, lo que significa una reducción en la brecha educacional entre las personas que viven en áreas urbanas y rurales, especialmente entre las mujeres.¹⁴

En cuanto al credo religioso, el último censo incluyó por primera vez en la categoría religión otros credos además del católico. Hubo una disminución importante de católicos, pese a que sigue siendo la religión que concentra el mayor porcentaje de la población (70%). En segundo lugar lo ocupan las personas que profesan la religión evangélica con un 15% y un 8.3% declaró ser ateo, agnóstico o no tener ninguna religión. Destaca que las personas que se declaran católicas y evangélicas son, en un mayor porcentaje, del sexo femenino, casadas y del grupo etario de 30 a 44 años; en cambio, la población que dijo ser agnóstico, ateo o no tener ninguna religión son en su mayoría hombres, solteros y de 15 a 29 años.

Se observan también importantes transformaciones en la sociedad chilena en el ámbito de la sexualidad y las relaciones entre los géneros. Existe una tendencia a una mayor liberalización de las prácticas sexuales. Las y los adolescentes tienen una iniciación sexual más temprana, particularmente las mujeres de niveles socioeconómicos bajos.¹⁵ Por otra parte, los cambios registrados en la esfera de la sexualidad han desdibujado

¹² Los Números de la Diferencia. Estadísticas de Género. SERNAM, Chile, 1999.

¹³ www.estadodechile.cl

¹⁴ Censo 2002. Síntesis de Resultados. INE, Chile, 2003.

¹⁵ Estudio Nacional de Comportamiento Sexual, MINSAL y CONASIDA, Chile, 2000.

el rol masculino tradicional, pero los elementos emergentes en las relaciones entre los géneros coexisten con elementos tradicionales, planteando, principalmente a los hombres - pero también a las mujeres - enormes desafíos de interacción.

En una dimensión macro-social, al mismo tiempo que opera en la sociedad un discurso liberal en lo económico y político, no existe un discurso de modernidad y liberalidad cultural que dé cuenta de los cambios ocurridos en el plano de las relaciones entre los géneros, particularmente en el plano sexual, en forma articulada y con presencia significativa en los medios de comunicación. A pesar de esto, diferentes aspectos relacionados con la sexualidad han estado presentes en los medios, mostrando importantes diferencias entre el discurso de los sectores conservadores y las opiniones y conductas de la población chilena en temas como divorcio, anticoncepción de emergencia, esterilización quirúrgica, aborto por causas médicas y la diversidad en cuanto a orientación sexual.

El discurso social predominante, en relación con familia y sexualidad, está muy influenciado por los valores católicos y conservadores. Esto se debe a que, en Chile, la jerarquía de la Iglesia Católica y los sectores más conservadores de la sociedad logran imponer, a través de ciertos medios de comunicación, sus valores tradicionales en esta materia, haciéndolos aparecer como "los valores" del conjunto de la sociedad chilena.

La familia tradicional se considera el pilar de la sociedad, núcleo básico de socialización e integración social. La maternidad y la paternidad son conceptos altamente valorados, por lo que se presume que los hijos son deseados o aceptados y se rechaza la posibilidad que no lo sean. El modelo cultural vigente, que tiende a idealizar la vida familiar, ha hecho difícil la tarea de informar a la sociedad sobre aspectos negativos de ésta, como la violencia en contra de menores y mujeres y la violencia sexual al interior del hogar.

Las relaciones sexuales sólo se aceptan dentro del matrimonio y otras conductas se juzgan irresponsables o inmorales. Se considera que los padres son los únicos encargados de educar a los hijos en materias sexuales, a pesar de que en ese plano la comunicación entre adultos y adolescentes suele ser muy escasa y normativa. Los sectores conservadores han presentado obstáculos importantes a la introducción de educación sexual en los colegios como parte oficial de los programas del MINEDUC.

La posición de la jerarquía de la Iglesia Católica se opone a la anticoncepción artificial, en general, y a la anticoncepción de emergencia y la esterilización quirúrgica en especial. Los sectores conservadores de la Iglesia se han opuesto, sistemáticamente, a legislar sobre divorcio y a despenalizar el aborto terapéutico. Sin embargo, distintas encuestas de opinión pública realizadas o informadas por los medios de comunicación, muestran que la mayoría de las personas está de acuerdo con la anticoncepción, incluyendo la anticoncepción de emergencia

y la esterilización quirúrgica, con el divorcio y con el aborto cuando hay riesgo para la vida de la madre. Aunque la jerarquía de la Iglesia Católica se opone también al uso de condones como método de prevención de la infección por VIH, el uso de éstos en Chile ha incrementado considerablemente en los últimos años.

A pesar de los obstáculos, durante el gobierno del Presidente Ricardo Lagos, se han realizado algunos avances en estas materias. El trabajo en el área de violencia intrafamiliar y sexual, la aprobación de la comercialización de la anticoncepción de emergencia, el nuevo reglamento sobre la esterilización quirúrgica, la ley de VIH/SIDA, el progreso del proceso por una ley de divorcio, la nueva ley de prensa y el término de la censura cinematográfica constituyen los avances más significativos.

Cabe destacar, también, que han existido diferentes organizaciones e iniciativas colectivas que han trabajado durante los últimos años en la promoción de los derechos sexuales y reproductivos en Chile. Estos grupos han desarrollado estrategias de abogacía con el objetivo de influenciar las políticas públicas, los espacios académicos y las organizaciones sociales en los temas de sexualidad y reproducción. Siendo estas agrupaciones muy numerosas, se mencionan a continuación aquellas que han desarrollado una larga trayectoria y mostrado impacto en las decisiones políticas o administrativas, en los medios de comunicación o en la movilización ciudadana en el período que comprende este diagnóstico.

El Foro Red de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos¹⁶ y el Grupo Iniciativa¹⁷, han participado en la promoción de los derechos sexuales y reproductivos en diferentes ámbitos y en la fiscalización del cumplimiento de los tratados y convenciones internacionales ratificadas. El Instituto Chileno de Medicina Reproductiva y la Corporación de Salud y Políticas Sociales, han utilizado como estrategia la construcción de argumentos a partir de los resultados de la investigación social, biomédica y epidemiológica. El Instituto de la Mujer, además de promover la igualdad de oportunidades, ha tenido una llegada efectiva a los medios de comunicación. Otros grupos como la Asociación de Protección de la Familia, Educación para el Mejoramiento de la Calidad de Vida y Educación Popular en Salud, han enfatizado las estrategias de educación y comunicación, y la capacitación de agentes de salud y educación. El Grupo Ampliado¹⁸, promueve los derechos sexuales y reproductivos en el marco del proyecto ley que se presentó en el Parlamento. La Red Chilena contra la Violencia Doméstica y Sexual¹⁹, ha generado valiosas iniciativas para visualizar el tema, modificar políticas y prestar servicios a las personas

¹⁶ Formado en 1989 como Foro Abierto de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos y está integrado por 30 organizaciones en 6 regiones del país.

¹⁷ Formado por el CEDEM, CEM, CEMERA, FLACSO, GIA, Instituto de la Mujer, ISIS internacional y PIIE en el año 1994.

¹⁸ Formado por APROFA, la Casa de la Mujer La Quimera, CEM, CEMERA, CIPRESS, CORSAPS, Foro Red de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos, GES, ICMER, Instituto de la Mujer, MUMS y VIVO POSITIVO.

¹⁹ La Red Chilena contra la Violencia Doméstica y Sexual está conformada por 42 instituciones gubernamentales y no gubernamentales, públicas y privadas. En: Sitio web de ISIS Internacional, www.isis.cl

afectadas. La Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe²⁰, coordina actividades regionales en torno la salud y los derechos de las mujeres y se ha destacado en estrategias de comunicación. Participación destacada en la defensa de los derechos sexuales y reproductivos han tenido agrupaciones como la Coordinadora Nacional de Personas Viviendo con VIH/SIDA, VIVO POSITIVO, y la Red de Organizaciones Sociales que trabajan en VIH/SIDA.

A lo anterior se suman actores del ámbito académico como el Centro de Medicina y Desarrollo Integral del Adolescente, el Centro de Estudios de Género de la Facultad de Filosofía y Humanidades y el Instituto de Asuntos Públicos de la Universidad de Chile, el Área de Género de la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, la Facultad de Derecho de la Universidad Diego Portales, el Programa de Género de la Universidad Academia de Humanismo Cristiano y el Programa de Bioética de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Santiago.

Algunas de estas organizaciones han participado en iniciativas gubernamentales relacionadas con sexualidad y reproducción. Entre ellas, está el grupo que trabajó en la incorporación de la Perspectiva de Género en la Reforma de Salud²¹, así como la participación en las comisión que ha elaborado la propuesta triministerial sobre Sexualidad Responsable.²² Se ha conformado un grupo de trabajo sobre sexualidad²³ por decreto exento del MINSAL, para asesorar a este ministerio en temas como las normas de regulación de la fertilidad y atención de abuso sexual, entregar indicaciones al proyecto de ley sobre derechos y deberes de las personas en el marco de la Reforma de Salud, y tratar los problemas de salud sexual y reproductiva para adolescentes y jóvenes entre otros. Recientemente, el Grupo Iniciativa contribuyó a generar un productivo diálogo entre SERNAM y las organizaciones preocupadas por los derechos y la salud sexual y reproductiva. Estas iniciativas han contado con el valioso apoyo del Proyecto Género, Equidad y Reforma de la Salud de la Organización Panamericana de la Salud.

Sin embargo, estos avances son insuficientes para dar respuesta a las diversas necesidades de la población en el campo de la salud y los derechos sexuales y reproductivos.

²⁰ Creado en 1984 en el Primer Encuentro Regional de Salud de las Mujeres realizado en Tenza, Colombia.

²¹ Transversalización de la Perspectiva de Género en las Políticas de Reforma de Salud en Chile. Ministerio de Salud de Chile. Santiago de Chile, Diciembre 2000.

²² Plan Piloto. Hacia una sexualidad responsable. SERNAM, MINEDUC y MINSAL. Gobierno de Chile. Chile, 2001.

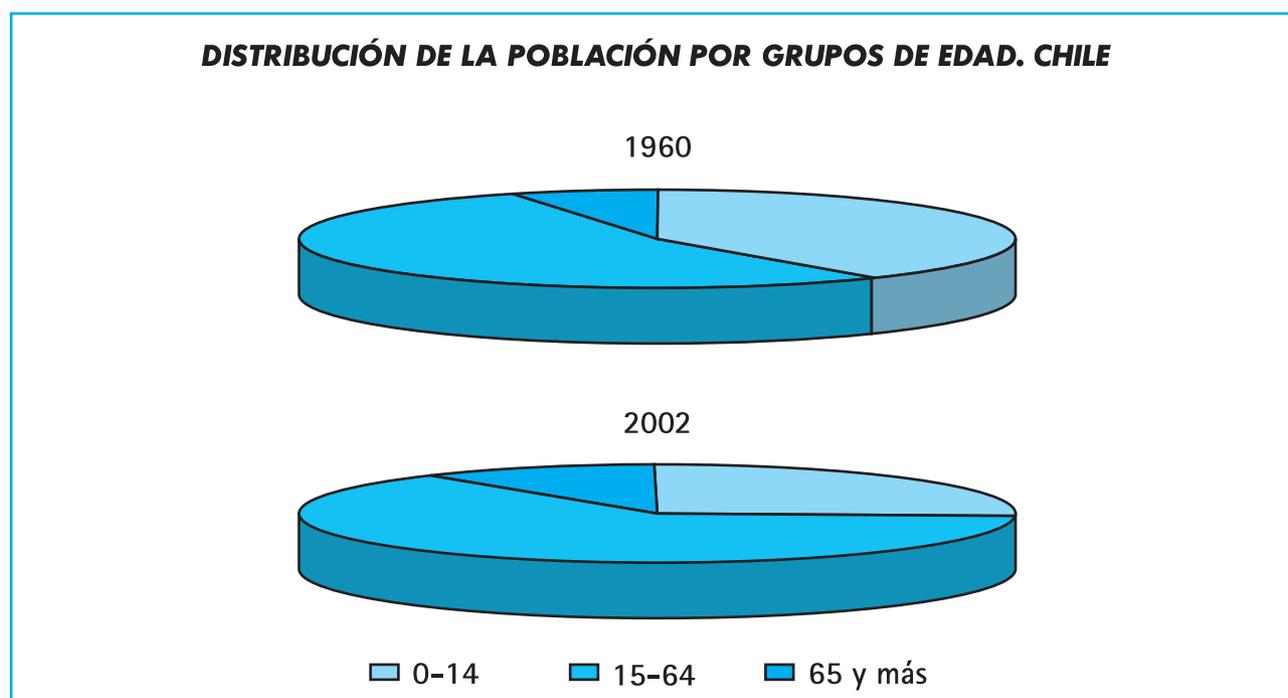
²³ Participan ICMER, APROFA, CORSAPS, CEMERA y el Foro Red de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos.

IV.2. CONTEXTO EPIDEMIOLÓGICO

Según las cifras emanadas del XVII Censo de Población y VI Censo de Vivienda de 2002,²⁴ la población de Chile alcanza los 15.116.435 habitantes, de los cuales 7.668.740 (50.7%) son mujeres y 7.447.695 (49.3%) son hombres. Esta proporción es similar a la del censo de 1992. Un 87% de la población habita en áreas urbanas y un 13% lo hace en áreas rurales, lo que indica un aumento de la población urbana y una disminución de la población rural en comparación con el censo de 1992.

En relación con la distribución de la población por tramos de edad, el 25.7% corresponde a menores de 15 años, el 62.9% a adultos (15-59 años) y el 11.4% a adultos mayores (60 o más años). Estos datos reportan un descenso porcentual de los menores de quince años y un aumento de los adultos mayores en las últimas décadas (Gráfico 1).

Gráfico 1



Fuente: XVII Censo de Población y VI Censo de Vivienda 2002. INE, Chile, 2003.

²⁴ XVII Censo de Población y VI Censo de Vivienda 2002. INE, Chile, 2003.

En el último decenio, la población del país creció un promedio anual de 1.2%, mientras que en el decenio anterior (1982-1992), el aumento promedio anual fue de 1.6%. En el período 1981-2001, la tasa bruta de natalidad disminuyó de 23.4 a 16.8 nacimientos por cada mil habitantes y la tasa bruta de mortalidad general de 6.2 a 5.3 muertes por cada mil habitantes.²⁵ Los cambios demográficos descritos ubican a nuestro país en el proceso denominado de transición hacia el envejecimiento demográfico.

La esperanza de vida al nacer fue de 72.7 años para los hombres y 78.8 años para las mujeres en el 2001²⁶. La brecha en el promedio de vida para hombres y mujeres ha experimentado un aumento en las últimas décadas y se espera que para el período 2000-2005 la diferencia aumente a 7 años. Esta diferencia entre mujeres y hombres se observa desde hace varias décadas, producto de que la mortalidad en los hombres es mayor que en las mujeres. Se espera que, con el paso del tiempo, la esperanza de vida aumente en ambos sexos, debido a la mejoría en las condiciones de vida y de las tecnologías para la prevención y tratamiento de ciertas enfermedades.²⁷

A partir de la década del cincuenta, la tasa bruta de mortalidad en Chile comenzó a disminuir significativamente. Entre 1950 y 1999, decreció de 15 a 5.5 muertes por mil habitantes, respectivamente. En este mismo período, se produjo un cambio importante en las causas de muerte, disminuyendo la proporción de muertes por enfermedades infecciosas y parasitarias y aumentando la de enfermedades del sistema circulatorio y de tumores malignos.²⁸ Estos cambios se explican en parte por la mejoría en el tratamiento de las enfermedades infecto-contagiosas a partir de la década del 50, principalmente aquellas que se presentaban a edades más tempranas. También se deben al proceso de envejecimiento poblacional y los cambios en los estilos de vida producidos en las últimas décadas, con la consecuente aparición de enfermedades del sistema circulatorio y tumores malignos que se presentan en personas de mayor edad.

Pese a que la tasa bruta de mortalidad ha decrecido en ambos sexos, la tasa específica de mortalidad, para todas las causas de muertes, es mayor en los hombres que en las mujeres. En 1999, la tasa específica de mortalidad fue de 598 y 495 muertes por cien mil habitantes, en hombres y mujeres, respectivamente.²⁹

En 1999, las mayores tasas específicas de mortalidad en ambos sexos se debieron a enfermedades del sistema circulatorio y a tumores malignos. Las defunciones por enfermedades del sistema circulatorio son similares en

²⁵ Anuario de Estadísticas Vitales. INE, Chile, 2001.

²⁶ Anuario de Estadísticas Vitales. INE, Chile, 2001.

²⁷ Compendio Estadístico. INE, Chile, 2002.

²⁸ Enfoques Estadísticos. Mortalidad. Boletín Informativo del INE, Chile, 2001.

²⁹ Enfoques Estadísticos. Mortalidad. Boletín Informativo del INE, Chile, 2001.

ambos sexos, y se deben a principalmente a enfermedades isquémicas del corazón y cerebrovasculares, representando el 26% y el 30% del total de muertes en hombres y mujeres, respectivamente. La mortalidad por tumores malignos se encuentra en franca tendencia al aumento. El tumor maligno del estómago fue el que produjo mayor mortalidad tanto en hombres como mujeres en 1999. En las mujeres mayores de 25 años, entre las muertes por tumor maligno, el de mama se ubica en el segundo lugar y el de vesícula biliar en tercer lugar. Destaca también en las mujeres, la alta tasa de mortalidad por diabetes mellitus.

Desde hace varias décadas, las tasas de mortalidad materna e infantil han experimentado un descenso significativo. En el período 1985-2000, la tasa de mortalidad materna bajó de 5.0 a 1.9 muertes por cada 10.000 nacidos vivos (Gráfico 2). Lo mismo ha ocurrido con la tasa de mortalidad infantil que, entre los años 1990-2000, de 16 a 8.9 muertes por mil nacidos vivos (Gráfico 3). Estas cifras son el resultado de la amplia cobertura en el sistema público de salud de las atenciones por embarazo, parto y puerperio, como también de los niños y las niñas en sus primeros 6 años de vida.³⁰

Chile es actualmente uno de los países de la región y del mundo con los mejores indicadores en el campo de la salud materna e infantil.^{31,32} Según el estudio de Save the Children, Chile se ubica en el lugar número 15 entre 117 países en el ranking de los indicadores de salud materna y en el cuarto lugar en los indicadores de salud infantil.³³ (Ver gráficos 2 y 3 en pág. siguiente).

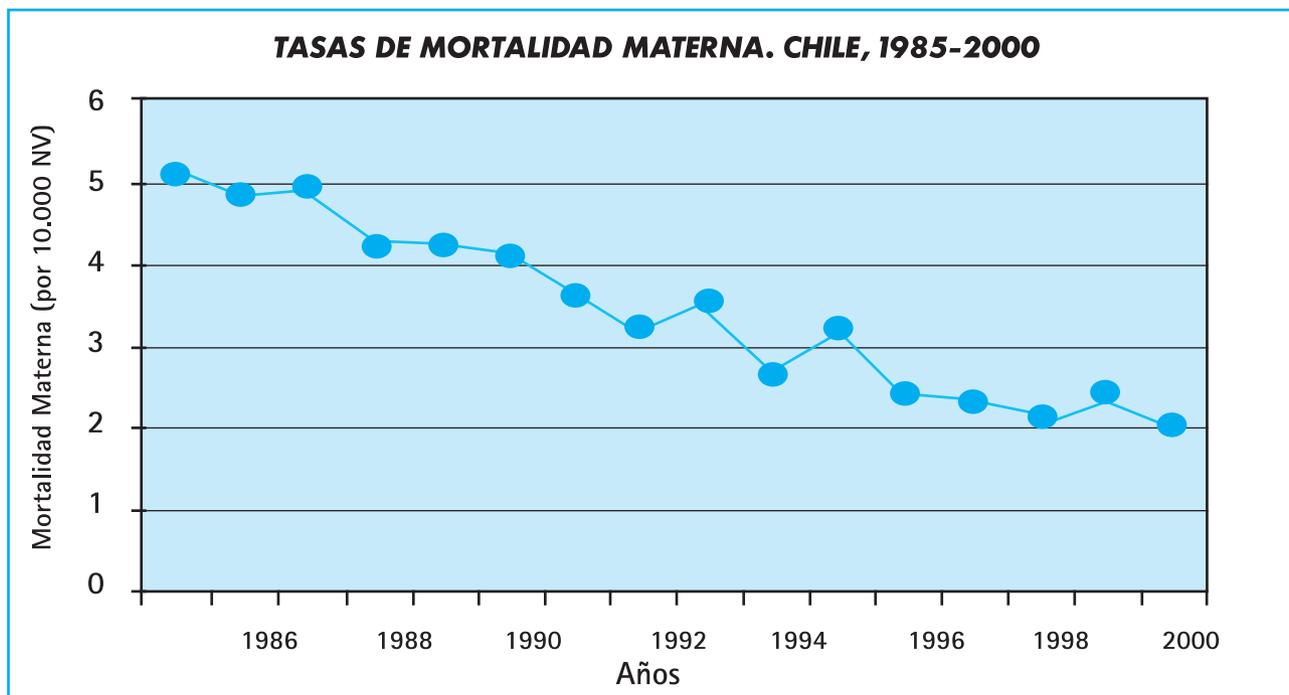
³⁰ Compendio Estadístico. INE. Chile, 2002.

³¹ <http://linux.sernam.gob.cl/basemujer/>. SERNAM, Gobierno de Chile, Chile. (Accesado 31.03.2003)

³² Anuario de Estadísticas Vitales. INE. Chile, 2001.

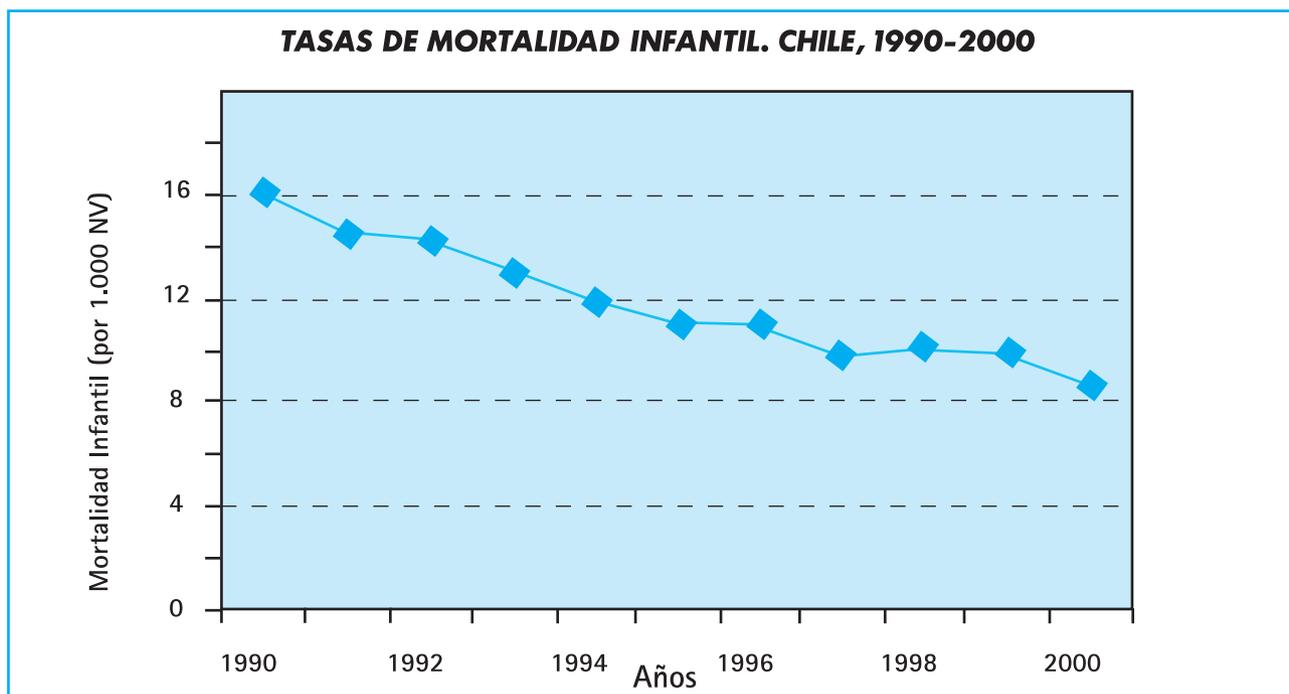
³³ Save the Children. "The Complete Mother's Index & Country Rankings". Estados Unidos. <http://www.savethechildren.org/sowm2003/MothersIndex.pdf> (Accesado 06.05.03).

Gráfico 2



Fuente: Anuario de Estadísticas Vitales. INE. Chile, 2001.

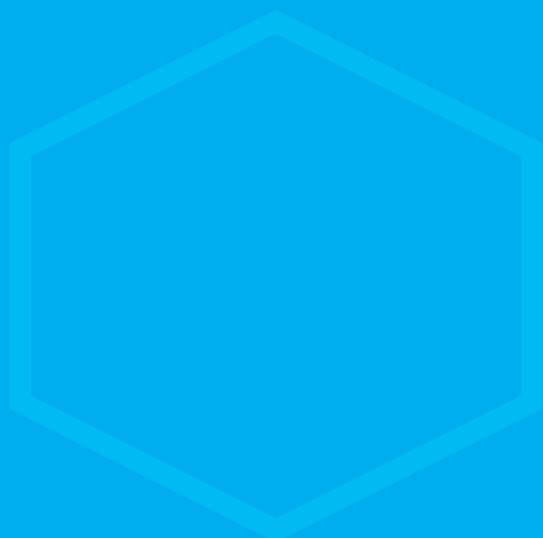
Gráfico 3



Fuente: Anuario de Estadísticas Vitales. INE. Chile, 2001.



SITUACIONES QUE REQUIEREN ATENCIÓN PRIORITARIA



V.1. SEXUALIDAD Y REPRODUCCIÓN DE LOS Y LAS JÓVENES

Las encuestas acerca de la sexualidad en los adolescentes nos informan que una proporción importante de los jóvenes inicia actividad sexual antes de los 19 años, y que la edad de inicio se ha adelantado en la última década. Según la Tercera Encuesta Nacional de la Juventud, la edad promedio de inicio de las relaciones sexuales de los jóvenes encuestados fue de 16.2 en los hombres y de 17.8 en las mujeres.³⁴ El porcentaje de jóvenes que inicia relaciones sexuales entre los 15 y 29 aumentó de 66% a 74% entre 1994 y 2000, siendo este aumento de 74% a 76% en los hombres y de 59% a 71% en las mujeres. Así, aunque las mujeres inician más tardíamente actividad sexual que los hombres, el incremento porcentual a través del tiempo es mayor en las jóvenes en comparación con los hombres. El porcentaje de jóvenes de ambos sexos que inician relaciones sexuales entre los 15 a 19 años, también ha incrementado de 33% a 42% en este período (Tabla 1).

Tabla 1

Evolución del porcentaje de jóvenes que ha tenido relaciones sexuales, según sexo y edad.						
Año	Total	Sexo		Tramos de Edad		
		Hombre	Mujer	15 - 19	20 - 24	25 - 29
1994	66.0	74.0	59.0	33.0	74.0	93.0
2000	73.8	76.1	71.4	42.1	85.2	95.9

Fuente: Tercera Encuesta Nacional de la Juventud. Instituto Nacional de la Juventud. Chile, 2001.

Otra encuesta reciente concluyó que la edad promedio de iniciación sexual en las mujeres fue de 18 años y de 16 años y 8 meses en los hombres. Estos datos muestran, además, que la edad de inicio sexual se ha adelantado en ambos sexos, con respecto a las generaciones mayores.³⁵ Un estudio realizado entre los años 1994 y 1996 con 4.248 estudiantes de 11 y 19 años, de liceos municipalizados y particulares subvencionados de la Región Metropolitana, mostró que el porcentaje de escolares que habían iniciado actividad sexual era 21% de las mujeres y 36% de los varones, siendo la edad promedio de inicio aún más baja que lo señalado en las encuestas

³⁴ Tercera Encuesta Nacional de Juventud. Informe Final. INJ. Chile, 2001.

³⁵ Encuesta Nacional de Comportamiento Sexual, MINSAL/CONASIDA, 1998.

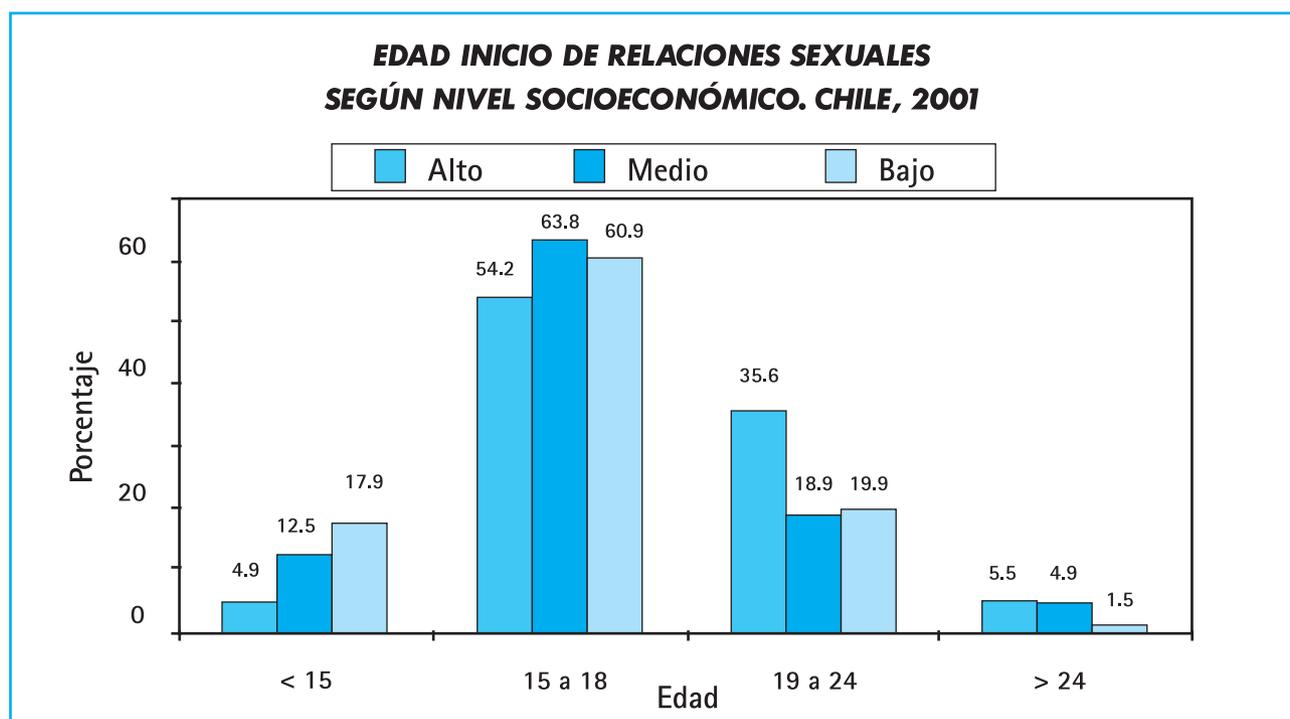


SITUACIONES QUE REQUIEREN ATENCIÓN PRIORITARIA

nacionales (15 años para las mujeres y 14 años para los varones), manteniéndose un año de diferencia entre ambos sexos.³⁶

El estudio del INJ, encontró que la proporción de jóvenes que inicia relaciones sexuales es similar en las áreas urbana y rural; y, que la edad de inicio es mayor en los jóvenes de nivel socioeconómico alto respecto a los segmentos medio y bajo (Gráfico 4).³⁷

Gráfico 4



Fuente: Tercera Encuesta Nacional de Juventud. Informe Final. INJ. Chile, 2001.

³⁶ Murray N, Zabin L, Toledo V y Luengo X. Gender Differences in factors Influencing First Intercourse Among Urban Students in Chile. *International Family Planning Perspectives*, 24(3):139-144 & 152, 1998.

³⁷ Tercera Encuesta Nacional de Juventud. Informe Final. INJ. Chile, 2001.



La edad mediana de inicio sexual es notablemente menor en las jóvenes con menos años de educación. Según la misma encuesta citada anteriormente, la mediana de edad de inicio sexual en las mujeres de 18 a 24 años con nivel de instrucción básica fue de 15.6 años, y en las con instrucción superior de 21.0 años. En los varones de este mismo grupo etario se observa una menor diferencia, siendo de 16.3 y 17.3 años para los jóvenes de educación básica y superior, respectivamente.³⁸

Las mujeres de nivel socioeconómico, (NSE), bajo también inician relaciones sexuales a edades más tempranas que las de NSE más altos. En el grupo de mujeres de 18 a 24 años, la edad mediana de inicio fue de 17.9 años en el NSE bajo y de 19.4 años en el NSE medio y alto. En los varones de este mismo grupo de edad no se observan estas diferencias³⁹.

Incluyendo al conjunto de jóvenes cristianos (evangélicos, católicos y otros) menores de 30 años, se observa una tendencia al retraso en la edad de inicio sexual a mayor participación religiosa. Las jóvenes de 18 a 24 años que crecieron en familias sin religión, se iniciaron sexualmente entre dos a tres años antes que las mujeres que pertenecían a un ámbito familiar evangélico o católico, siendo esta diferencia más significativa en las jóvenes evangélicas. Las jóvenes católicas sin participación religiosa, muestran una edad similar de inicio sexual que las jóvenes sin ninguna religión (18.0 y 18.4 años, respectivamente). En los hombres no se observan grandes variaciones en la edad de inicio sexual comparando por religión de la familia, lo que sugiere que la influencia de la religión solo pesa en las mujeres.⁴⁰ Sin embargo, en un estudio que usó modelos de análisis más estrictos, que interrelacionan múltiples variables, la religiosidad pierde su significación estadística como un factor predictivo para el retraso de la actividad sexual temprana, en presencia de otras variables estadísticamente más significativas.⁴¹

Un estudio comparativo por nivel socioeconómico, realizado en la Región Metropolitana en 1997, señala que los y las adolescentes del NSE bajo, en contraste con las jóvenes de NSE medio y alto, además de tener menos conocimientos sobre sexualidad y anticonceptivos, inician en forma más temprana sus relaciones sexuales, tienen mayor frecuencia coital, y las relaciones son sin protección anticonceptiva. Al respecto, la carencia de educación en materia de sexualidad e información acerca de anticoncepción señala a los y las adolescentes del NSE bajo urbano como el grupo de mayor riesgo. En cuanto a los y las jóvenes de origen rural, en términos generales, en el ámbito de la conducta sexual, manifiestan conductas similares a los y las del NSE bajo urbano.⁴²

³⁸ Encuesta Nacional de Comportamiento Sexual, MINSAL/CONASIDA, 1998.

³⁹ Encuesta Nacional de Comportamiento Sexual, MINSAL/CONASIDA, Chile, 1998.

⁴⁰ Encuesta Nacional de Comportamiento Sexual, MINSAL/CONASIDA, Chile, 1998.

⁴¹ Murray N, Zabin L, Toledo V y Luengo X. Gender Differences in factors Influencing First Intercourse Among Urban Students in Chile. *International Family Planning Perspectives*, 24(3):139-144 &152,1998).

⁴² Análisis de las conductas sexuales de las/los adolescentes. Región Metropolitana. SERNAM, 1997.



SITUACIONES QUE REQUIEREN ATENCIÓN PRIORITARIA

Según este mismo estudio, los y las jóvenes de niveles socioeconómicos altos (de la Región Metropolitana) recibirían información y usarían anticonceptivos: "Es altamente revelador que el uso de anticonceptivos en la primera relación sexual sea más acentuado en los/as jóvenes de NSE alto, en comparación a los otros NSE, lo que está indicando la importancia de la educación en sexualidad y el conocimiento sobre anticonceptivos que estos jóvenes reciben, reduciendo su grado de vulnerabilidad tanto en la primera relación sexual como en las sucesivas. En este mismo sentido, se percibe el impacto positivo del tipo de educación que los/as adolescentes del NSE alto reciben, en la reducción de riesgo, al incrementar en ellos/as el uso frecuente de anticonceptivos de 'alta eficacia' cuando tienen relaciones sexuales".

Según el Estudio Nacional de Comportamiento Sexual,⁴³ solo un 24.8% de las mujeres de 18 a 24 años y un 28.6% de los hombres del mismo grupo de edad usaron un método anticonceptivo cuando se iniciaron sexualmente. Las mujeres de 18 a 24 años que usaron métodos anticonceptivos declararon haber usado en su mayoría preservativos (63.8%) y píldora (22%) y los hombres (66.3%) usaron preservativos. Ninguna joven reportó el uso de dispositivos intrauterinos.

El adelanto de la edad de inicio de la actividad sexual y sin protección anticonceptiva se refleja en el aumento progresivo de nacimientos en las jóvenes a edades más tempranas en las últimas décadas. Los nacimientos en el grupo de madres menores de 20 años representaban un 10.5% del total de los nacimientos en 1960, porcentaje que aumentó a 16.2 en 2001. La situación ha sido la inversa en el grupo de mujeres de 40 y más años, ya que en 1960 un 5.3% del total de nacimientos ocurrió en este grupo etario, disminuyendo a 3.2% en 2001.⁴⁴

En el período 1992-2002, se produjo una disminución (8.9%) en las tasas de fecundidad de las mujeres de 15 a 19 años, de 53.9 a 45.0 nacidos vivos por mil mujeres.⁴⁵ Sin embargo, al analizar las tasas de fecundidad por tramos de edad, se observa un aumento de la fecundidad en las jóvenes menores de 18 años, es decir, aquellas que aún no han terminado la edad escolar. Las tasas específicas de fecundidad (por mil) aumentaron, entre 1980 y 1998, de 59.0 a 70.7 en las jóvenes de 17 años, de 32.6 a 49.9 en las de 16 años, de 13.2 a 22.6 en las de 15 años y 1.6 a 2.2 en las menores de 15 (Gráfico 5). En las jóvenes menores de 15 años, se observó un aumento de la fecundidad en todas las regiones del país, exceptuando la cuarta región. En alguna de ellas se llegó a más que duplicar las tasas de 1980.⁴⁶ El aumento de la fecundidad en las niñas menores de 17 años, es un fenómeno que no sólo tiene repercusiones desfavorables en la salud física, mental y afectiva, sino también puede tener graves implicaciones en su vida futura.

⁴³ Estudio Nacional de Comportamiento Sexual. Primeros Análisis, Chile, 2000.

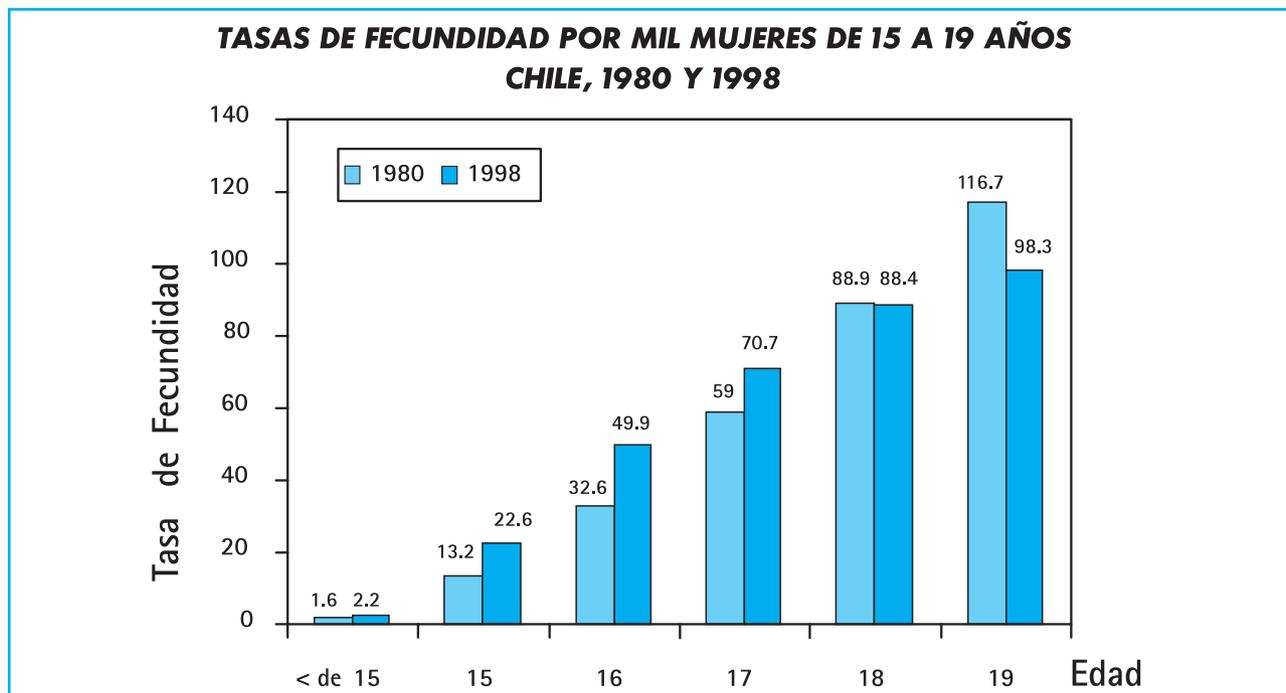
⁴⁴ Anuario de Estadísticas Vitales 2001. INE, Chile, 2003.

⁴⁵ Resultados Censo 2002, Instituto Nacional de Estadísticas, Chile, 2003.

⁴⁶ Enfoques Estadísticos. Fecundidad Juvenil en Chile. Instituto Nacional de Estadísticas, Chile, 2000.



Gráfico 5



Fuente: Enfoques Estadísticos. Fecundidad Juvenil en Chile. Instituto Nacional de Estadísticas, Chile, 2000.

Es importante destacar que las tasas de fecundidad en las adolescentes presentan variaciones geográficas y por estrato económico. La fecundidad en las adolescentes tiende a ser mayor en áreas de mayor ruralidad y pobreza y con menor cobertura de los programas de salud.

En las adolescentes, los nacimientos fuera del matrimonio también han aumentado considerablemente en las últimas dos décadas. En el período 1980-1998, los nacimientos en mujeres solteras menores de 21 años aumentaron de 43% a 77%. En este mismo período, las madres menores de 15 años, también experimentaron un aumento de los nacimientos fuera del matrimonio de 66.6% a 95.1%.⁴⁷

El 74% de las madres adolescentes se concentra en los dos quintiles de menores ingresos.⁴⁸ También existen variaciones regionales. El 2001, ocurrieron 39.884 nacimientos en madres menores de 20 años en todo el país, concentrando la Región Metropolitana el mayor número de nacimientos (36.8%). En tanto, el porcentaje más alto de nacimientos en menores de 20 años (20%), con respecto al total de partos por región, ocurre en las regiones III, IV y XI y el más bajo (14%) en las regiones XII y Metropolitana.⁴⁹

⁴⁷ Enfoques Estadísticos. Fecundidad en los Jóvenes. Instituto Nacional de Estadísticas, 2000.

⁴⁸ Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional, MIDEPLAN, Chile, 1998.

⁴⁹ Anuario de Estadísticas Vitales. INE, Chile, 2003.



SITUACIONES QUE REQUIEREN ATENCIÓN PRIORITARIA

El Estado no ha creado las condiciones para que las y los jóvenes conozcan y ejerzan sus derechos sexuales y reproductivos. Los/as adolescentes carecen de orientación e información sobre sexualidad y del acceso legítimo a los servicios y los métodos para regular su fecundidad y cuidar de su salud sexual. La mayoría está supeditada a sus progenitores y no es titular autónomo de su atención en los servicios públicos de salud. Aunque pueden obtener métodos anticonceptivos en estos servicios, no se ha legitimado ni difundido este acceso y, por ende, los jóvenes no saben que pueden ir a un consultorio y solicitarlos. Si bien existen criterios en la política del MINSAL respecto a esto, son desconocidos por la mayoría de los prestadores y muchos creen estar haciendo algo incorrecto cuando prescriben anticonceptivos. Esta situación tiene como consecuencia que muchos adolescentes no usen anticoncepción y que la fecundidad en ese grupo etario no haya disminuido en la misma proporción que en las adultas. Las cifras sobre conocimiento y uso de métodos anticonceptivos en los/as adolescentes son coherentes con esta afirmación.

Según un diagnóstico realizado por CORSAPS en la Región Metropolitana, primera y octava regiones en el 2002, sobre confidencialidad de la información y consentimiento informado, estas no son prácticas estandarizadas en los servicios. Existen serias dificultades para mantener la privacidad y la confidencialidad debido a la falta de espacio y tiempo para la atención, y porque el acceso a las fichas es muy libre para personas no directamente relacionadas con la atención.⁵⁰

Según el monitoreo del Programa de Acción, que surgió de la Conferencia sobre Población y Desarrollo de El Cairo en 1994, realizado entre 1994 y 2002, por el Foro Red de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos, en Chile la Constitución Política no garantiza los derechos de los/las adolescentes ni tampoco existe una legislación integral sobre adolescencia. En el período observado (1994 a 2002), el único avance legislativo en Chile lo constituyó la Ley N° 19.688 que garantiza el derecho a continuar sus estudios a las jóvenes embarazadas.

Por otra parte, la implementación de la Política de Educación Sexual del Ministerio de Educación difundida el año 1993, es aún incipiente a pesar de los buenos resultados que han mostrado experiencias con programas nacionales que han sido evaluados.⁵¹ Este monitoreo citado plantea que, si bien han existido algunas iniciativas en el ámbito de políticas públicas como el Plan Piloto "Hacia una Sexualidad Responsable" de carácter tri-ministerial ⁵², "éstas no han logrado instalar la educación sexual y el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva como derechos para las y los adolescentes". Al respecto, es preciso señalar que aún no se encuentran disponibles los resultados del Plan Piloto impulsado por el gobierno en 8 comunas del país.

⁵⁰ Dides, C; Casas, L; Guajardo, A; González, M. A. Diagnóstico sobre confidencialidad de la información y consentimiento informado en proveedores de atención primaria en salud sexual y reproductiva para jóvenes (I, VIII y Región Metropolitana), para el Fondo de Población de las Naciones Unidas. CORSAPS en colaboración con el Programa de Adolescentes, MINSAL. Chile, Enero 2003.

⁵¹ Toledo V, Luengo X, Molina R, Murray N, Molina T y Villegas R. Impacto del programa de educación sexual: Adolescencia Tiempo de Decisiones. Rev SOGIA 7(3):73-86, 2000

⁵² Plan Piloto. Hacia una sexualidad responsable. SERNAM, MINEDUC y MINSAL. Gobierno de Chile. Chile, 2001.



V.2. REGULACIÓN DE LA FERTILIDAD Y ACCESO A LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS EN EL SISTEMA PÚBLICO DE SALUD

Las tasas de fecundidad se han reducido a la mitad durante las últimas cuatro décadas, siendo la tasa global de fecundidad, (TGF), de 5.3 hijos por mujer en 1960 y disminuyendo a 2.3 de acuerdo al Censo de 2002.⁵³ La disminución en las tasas de fecundidad se ha interpretado como una consecuencia del uso de métodos anticonceptivos modernos desde que se inició el programa de planificación familiar en Chile en 1964. Sin embargo, otro factor vinculado directamente a la fecundidad es el número de hijos deseados por la mujer y/o pareja, de modo que la baja en las tasas implica también un cambio cultural.

Acerca de las políticas de salud relacionadas con las actividades de regulación de la fertilidad, Chile no cuenta con una política general de población explícita, sino con programas y acciones que inciden como elementos de política en la situación poblacional del país. El programa de los gobiernos democráticos, a partir de la década del 90, se basa en el concepto de regulación de la fertilidad, considerado como un derecho reproductivo básico de todas las personas e inspirado en un modelo de salud reproductiva integral. Las líneas directrices se encuentran en el documento Normas de Paternidad Responsable del MINSAL de 1993.⁵⁴

En la práctica, el acceso de la población a los métodos anticonceptivos está obstaculizado actualmente por diferentes factores de orden político, técnico y de gestión en los servicios que proveen la atención en planificación familiar. Las actividades de regulación de la fertilidad están dirigidas en su mayoría a mujeres, lo que excluye a los hombres. El gobierno se compromete a la entrega gratuita de métodos anticonceptivos a todas las mujeres en edad fértil (15 a 49 años), beneficiarias del sistema público de salud, lo que excluye a las y los adolescentes menores de 15 años. Para que las prestaciones en el nivel primario de atención se entreguen a la población, ésta debe estar inscrita en un consultorio o centro de salud, lo que limita el acceso de la población que no está inscrita, particularmente de los jóvenes.⁵⁵

La mayoría de las atenciones de regulación de la fertilidad (99%), en el sistema público de salud, son realizadas por la profesional matrona, y corresponden al 35.7% del total de atenciones de nivel primario de salud realizadas por esta profesional.⁵⁶ Las matronas que realizan actividades de planificación familiar se rigen por las normas y directrices técnicas que emite el Ministerio de Salud. Las normas vigentes no están actualizadas, datan de 1993

⁵³ Censo 2002. Síntesis de Resultados. Instituto Nacional de Estadísticas, 2003.

⁵⁴ Normas de Paternidad Responsable, Programa de Salud Materna y Perinatal, Departamento Programa de las Personas, MINSAL, 1993.

⁵⁵ Programa de la Mujer, MINSAL, Diciembre 2002.

⁵⁶ Departamento de Estadísticas e Información de Salud, MINSAL, 2001.



SITUACIONES QUE REQUIEREN ATENCIÓN PRIORITARIA

en sus contenidos técnicos y de servicios y establecen criterios médicos para el uso de métodos que están obsoletos, lo que representa una barrera al acceso de la anticoncepción. Por esta razón, con la participación de ICIMER y APROFA, el Programa de Salud de la Mujer del MINSAL está actualizando la norma de regulación de la fertilidad que se espera sea publicada a comienzos de 2004.

Hasta 1992, los métodos anticonceptivos eran proporcionados por la Agencia Internacional para el Desarrollo de Estados Unidos, la cual suspendió la donación ese año y desde entonces son suministrados por el gobierno. Los métodos ofrecidos en la mayoría de los consultorios de atención primaria son limitados y generalmente sólo se dispone del dispositivo intrauterino (DIU), T de Cobre 380, pastillas combinadas y condones. Algunos servicios disponen además de inyectables combinados mensuales, inyectables trimestrales y pastillas de progestágenos puros.

En el 2001, del total de población bajo control de métodos anticonceptivos en el sistema público, la mayoría (58.3%) eran usuarias de dispositivo intrauterino y en un menor porcentaje de pastillas combinadas (31.1%). Un 4.7% eran usuarias de pastillas de progestágenos puros, un 2.9% de condones y un 0.5% de inyectables combinados. El 81% de los condones fueron entregados a mujeres y sólo el 19% se entregó a hombres. El porcentaje de mujeres esterilizadas fue de 2.5% (Gráfico 6).⁵⁷ Estos datos son similares a los que mostró una investigación realizada por ICIMER entre 1994 y 1997 en dos consultorios de salud públicos, en que un alto porcentaje de mujeres era usuaria de T de Cobre (80% y 60%).⁵⁸

Un estudio realizado en un consultorio ubicado en una zona de extrema pobreza en Santiago, en el cual se implementó un programa de atención integrada madre e hijo y se ofreció a las mujeres una amplia gama de métodos anticonceptivos y apoyo educativo, mostró una distribución diferente en el uso de anticonceptivos. Sólo un 37.2% de las usuarias optaron por un dispositivo intrauterino. Un 46.3% usó pastillas de progestágenos solos, 3.5% métodos de barrera, 2.5% método de la amenorrea de lactancia, 2.0% se esterizaron y un 8.5% no usaron método por distintas razones. Estos resultados indican que, cuando las mujeres disponen de servicios de salud adecuados a sus necesidades, optan por una gama más amplia de métodos anticonceptivos que la ofrecida en los servicios públicos.⁵⁹

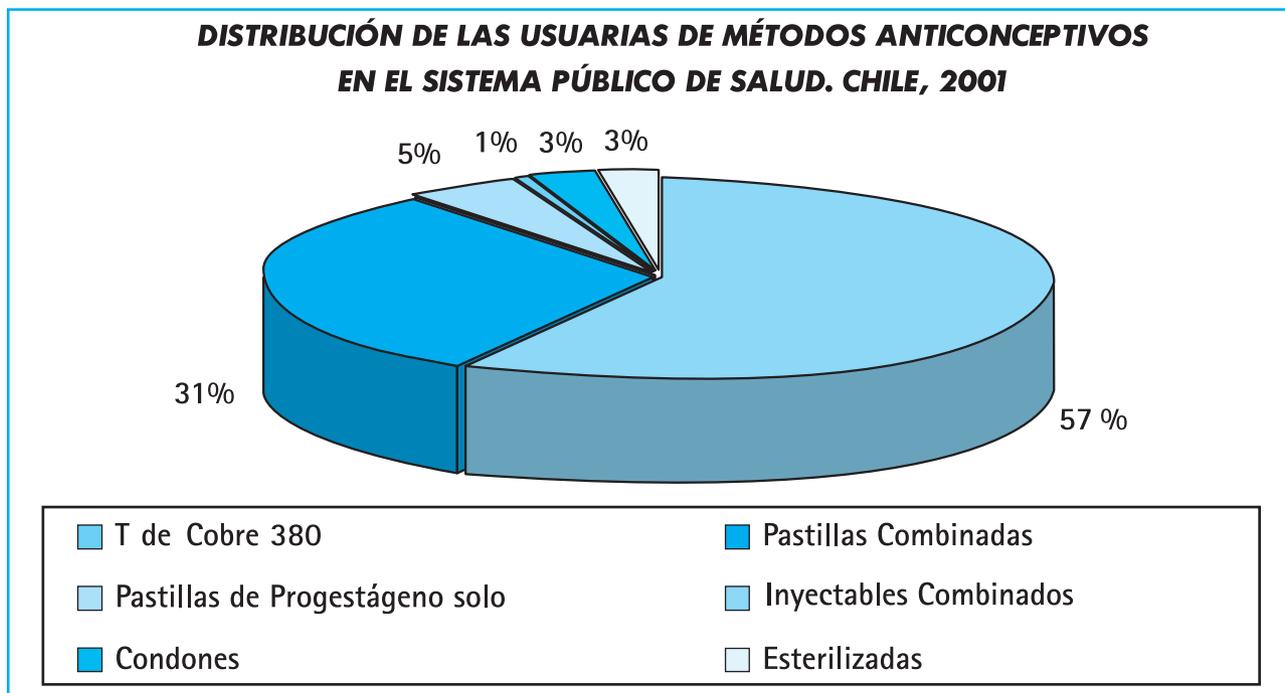
⁵⁷ Diagnóstico de situación sobre esterilizaciones voluntarias. División Rectoría y Regulación Sanitaria, Departamento de las Personas, Programa Salud de la Mujer. MINSAL. Chile, Junio 2002.

⁵⁸ Schiappacasse V., Tijero M., Sánchez S., Díaz S. y Miranda P. Evaluación de la calidad de atención en servicios estatales de planificación familiar: Aspectos biomédicos. Proyecto Fondecyt. Presentado en XV Reunión de la Asociación Latinoamericana de Investigadores en Reproducción Humana. Cuzco, 1997.

⁵⁹ Alvarado R., Zepeda A., Rivero S., Rico N., López S. y Díaz S. Integrated maternal and infant health care in the postpartum period in a poor neighborhood in Santiago, Chile. *Studies in Family Planning* 1999; 30 (2):133-144.



Gráfico 6



Fuente: Diagnóstico de situación sobre esterilizaciones voluntarias. División Rectoría y Regulación Sanitaria, Departamento de las Personas, Programa Salud de la Mujer. MINSAL. Chile, Junio 2002.

Las estadísticas de planificación familiar en nuestro país no cuentan con información completa debido a la ausencia de un sistema nacional de información, que incluya el servicio privado de salud, la venta de anticonceptivos a través de farmacias, encuestas de población y seguimiento de las usuarias. Según las estadísticas del Ministerio de Salud, el porcentaje de usuarias nuevas de métodos anticonceptivos de la población beneficiaria en edad fértil en el sistema público de salud fue de apenas un 9.5% el 2000, cifra similar a la de 1990 (9.0%).⁶⁰ Los datos de la Encuesta Nacional de Calidad de Vida y Salud, muestran que un porcentaje importante de las mujeres obtiene el método anticonceptivo en la consulta privada y en farmacias (39.8%).⁶¹ Esto explicaría, que, pese a que un porcentaje relativamente reducido de mujeres se controla en planificación familiar en los servicios públicos, las tasas de fecundidad y natalidad son bajas.

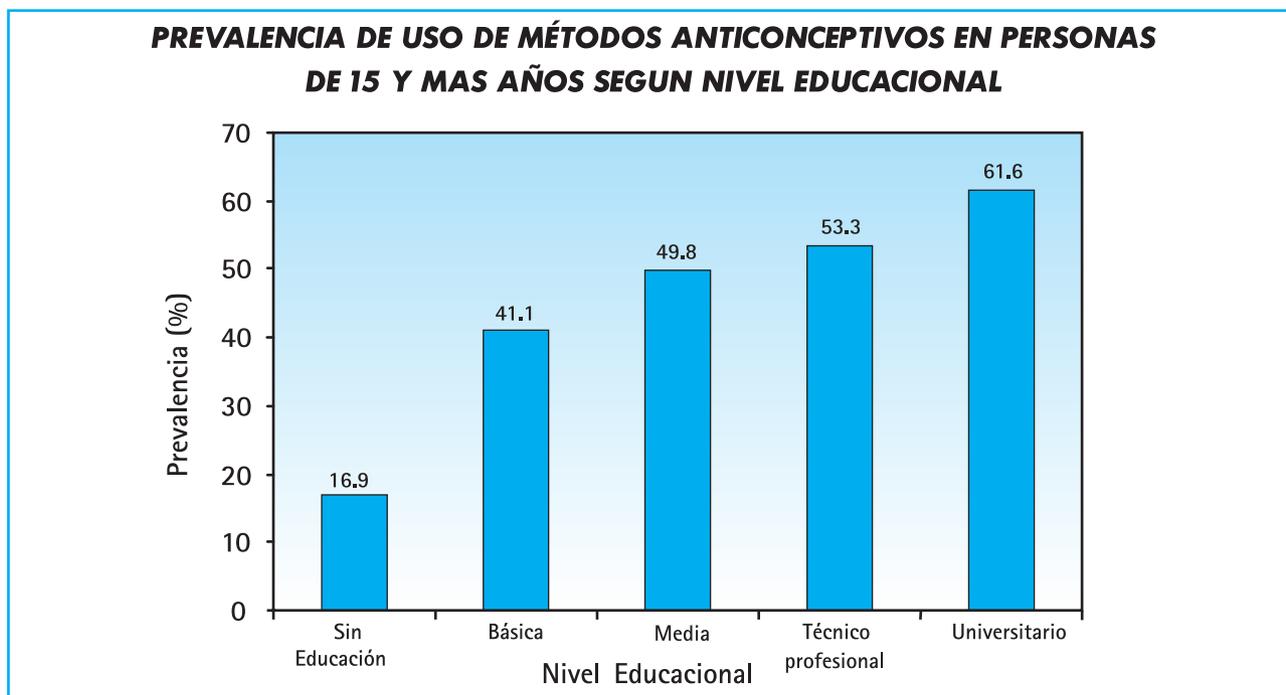
También según la Encuesta Nacional de Calidad de Vida y Salud, la prevalencia de uso de métodos anticonceptivos es menor en las personas con menor nivel educacional y aumenta en la población con más años de educación (Gráfico 7).

⁶⁰ Departamento de Estadísticas e Información de Salud, MINSAL e INE. Chile, 2001.

⁶¹ Encuesta de Calidad de Vida y Salud Chile 2000. MINSAL e INE, Chile, 2002.



Gráfico 7



Fuente: Encuesta de Calidad de Vida y Salud Chile 2000. MINSAL e INE, Chile, 2002.

Esterilización quirúrgica voluntaria

En nuestro país, según la normativa vigente, la esterilización quirúrgica voluntaria debería estar disponible sin restricciones en los servicios públicos pero, en la práctica, existen aún amplias barreras médicas y de los servicios para que las mujeres y los hombres puedan acceder a ella.

El Ministerio de Salud, en Diciembre del 2000, modificó la reglamentación administrativa sobre la esterilización voluntaria que permite a las mujeres y hombres esterilizarse sin otro requisito que su propia decisión y voluntad.⁶² La norma anterior, de 1975, establecía que las mujeres podían esterilizarse siempre que tuvieran una condición médica que la justificara, tuvieran más de 32 años y 4 hijos vivos. El requisito de edad se reducía a 30 años si existía riesgo obstétrico. Por otra parte, había una exigencia adicional impuesta por decisión de los jefes de servicios gineco-obstétricos que requerían el consentimiento del marido de la mujer. Cuando la mujer era separada o convivía, se solicitaba la autorización de la pareja, independientemente del estado civil. Esta norma sólo se aplicaba en los centros de salud públicos con lo cual se producía una discriminación por razón de la clase social.

⁶² Resolución: N° 2.326 exenta del MINSAL que fija directrices para los servicios de salud sobre esterilización femenina y masculina. Santiago, 30 de Noviembre de 2000.



La modificación tuvo por objeto poner fin a la discriminación de género, puesto que antes se supeditaba la decisión de la mujer a las opiniones de terceros (médicos y parejas) y abrió la posibilidad de que el sistema de salud otorgue prestaciones de vasectomías a los hombres. Al inicio del año 2002, un grupo de jefes de servicios de hospitales de la Región Metropolitana envió una carta a la (ex) Ministra de Salud Dra. Michelle Bachelet, solicitando dejar sin efecto la resolución ministerial ya que, según ellos, las mujeres no están en condiciones de tomar una decisión de esa envergadura en forma autónoma.

El 2002, el Ministerio de Salud realizó la primera evaluación sobre la implementación de la Resolución Ministerial que regula las esterilizaciones en los Servicios de Salud del país. Los resultados fueron difundidos en el documento Diagnóstico de situación sobre esterilizaciones voluntarias.⁶³ Según este documento, se realizaron 16.344 esterilizaciones femeninas y 137 vasectomías, lo que representa el 99.2% y 0.8% del total de esterilizaciones, respectivamente. Pese a que el número de esterilizaciones masculinas es significativamente menor que el de las esterilizaciones femeninas, este es el primer año en el cual se realizaron vasectomías en el sistema público de salud.

Este diagnóstico reportó que el total de Servicios de Salud (28), realizaron esterilizaciones femeninas y sólo 9 efectuaron vasectomías. Además, no todos los Servicios de Salud contaban con información sobre el número de solicitudes de esterilización femenina, lo que no permitió conocer cual era el nivel de demanda insatisfecha para este procedimiento en estos servicios. De los servicios que contaban con esta información (21), sólo tres dieron respuesta a la demanda de esterilización en un cien por cien de las solicitudes (Servicios de Salud Aysén, Araucanía Norte y Bío-Bío). Los servicios con más alta demanda insatisfecha fueron los de Arica (45%), Metropolitano Norte (56%) y Metropolitano Oriente (57%). En relación con la esterilización masculina, sólo seis servicios registraron el número de solicitudes de vasectomía, por lo que no es posible conocer el nivel de demanda de este procedimiento, ni su grado de respuesta por parte de los servicios. El mayor número de vasectomías se realizó en los Servicios de Salud Valparaíso (48%) y Metropolitano Norte (28%).

Las causas más frecuentes para no realizar las esterilizaciones solicitadas fueron la falta de horas médicas de anestesistas y gineco-obstétricas, la falta de horas de pabellón, la ausencia de implementación de pabellones de cirugía laparoscópica y el rechazo por exigirle a las mujeres los requisitos de la normativa anterior, como edad y número de hijos.

Si bien la nueva resolución ministerial ha impulsado algunos avances en la esterilización voluntaria, aún hay servicios de salud que no implementan dicha normativa por diferentes razones, no se conoce la real demanda insatisfecha por este método anticonceptivo y existen barreras al acceso de mujeres y hombres a la esterilización voluntaria.

⁶³ Diagnóstico de situación sobre esterilizaciones voluntarias. División Rectoría y Regulación Sanitaria, Departamento de las Personas, Programa Salud de la Mujer. MINSAL, Junio 2002.



Anticoncepción de emergencia

Las pastillas anticonceptivas de emergencia (PAE), son un método anticonceptivo que las mujeres pueden utilizar en los tres días siguientes a un coito no protegido con el fin de evitar un embarazo no deseado. Este método se conoce desde la década de los sesenta. Las PAE son eficaces e inocuas y no tienen contraindicaciones médicas.⁶⁴

Un estudio realizado en Chile en 1997, recogió la opinión de personas que podrían necesitar anticoncepción de emergencia (AE) y de quienes podrían entregar información o servicios sobre este método como parte de su actividad profesional.^{65,66} La mayoría de las personas que participaron mostraron una actitud positiva hacia este método, considerando que su disponibilidad podría contribuir a atenuar problemas graves de salud pública en el país (aborto provocado, embarazo en adolescentes, consecuencias para los niños nacidos de embarazos no deseados), y que es una alternativa anticonceptiva que las mujeres tienen derecho a conocer y a usar. Algunos, en una postura más conservadora, opinaron que la AE es una alternativa sólo para situaciones específicas, como violación, o iniciación sexual sin protección anticonceptiva, considerando que la AE sería un mal menor frente al aborto provocado o los embarazos no deseados. Sólo pocas personas se opusieron a su uso por creer que es un método abortivo o que promovería el libertinaje sexual de los jóvenes.

El 2001, la autorización para comercializar Postinal, un producto dedicado para anticoncepción de emergencia, provocó innumerables polémicas, por la fuerte oposición de los grupos autodenominados "pro-vida" y la jerarquía de la Iglesia Católica, que la consideran abortiva. Durante todo ese año, se discutió en tribunales la autorización del Instituto de Salud Pública para comercializar el producto Postinal, con el consiguiente debate en los medios de comunicación. Si bien las acciones judiciales emprendidas en contra del Instituto de Salud Pública lograron evitar la comercialización de Postinal, no pudieron impedir la comercialización del producto Postinor- 2, el cual actualmente se vende con restricción, ya que se requiere receta médica retenida para su adquisición. En este proceso, organizaciones no gubernamentales de mujeres y sociales ⁶⁷, más organizaciones que trabajan en el ámbito de la salud y los derechos sexuales y reproductivos ⁶⁸ intentaron hacerse parte, sin que la Corte de Apelaciones lo permitiera. Por esto motivo se interpuso un recurso de protección ante la Corte Interamericana de Derechos Humanos, el que fue acogido. Existe una nueva iniciativa judicial en contra del ISP y el registro de

⁶⁴ Anticoncepción de Emergencia. Guía para la prestación de servicios. OMS, 1999.

⁶⁵ Díaz S., Hardy E., Alvarado G., Ezcurra E. Acceptability of emergency contraception in Brazil, Chile and Mexico. I. Perceptions about emergency contraception pills. *Cadernos de Saude Publica*. En prensa.

⁶⁶ Díaz S., Hardy E., Alvarado G., Ezcurra E. Acceptability of emergency contraception in Brazil, Chile and Mexico. II. Factors that may facilitate or hinder its introduction. *Cadernos de Saude Publica*. En prensa.

⁶⁷ Casa de la Mujer de Valparaíso, Centro de Estudios de la Mujer, Corporación La Morada Fundación Instituto de la Mujer, Fundación Ideas, Movimiento de Emancipación de la Mujer Chilena, Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe y Sol.

⁶⁸ Asociación de Protección a la Familia, Corporación de Salud y Políticas Sociales e Instituto Chileno de Medicina Reproductiva.



Postinor-2, lo que coloca nuevamente en peligro la venta de este producto y vulnera el derecho de las personas a usar este método.

Actualmente, el producto señalado no está disponible en los servicios de salud pública, ni en los centros que atienden a mujeres víctimas de violación. Desde el gobierno no se realizan campañas de difusión acerca del método, y aún hay desinformación sobre las PAE en los/as proveedores/as de salud y en la población en general. Los/as proveedores/as de salud podrían ofrecer el método de "Yuzpe" utilizando algunas de las pastillas combinadas de uso regular, cuando no cuentan con personal médico que prescriba Postinor-2. Sin embargo, los/as prestadores/as tienen temor de entregar la información porque no está incluida en la norma actual de planificación familiar.

Existe muy poca información acerca de la demanda y oferta de PAE en los servicios públicos de salud. Se han realizado algunas actividades de fiscalización por parte de periodistas de medios de comunicación y de organizaciones de mujeres, en las cuales se constató que en la mayoría de los casos no se entregó la PAE, ya sea por falta de conocimiento o desinformación de las/os proveedoras/es, miedo a que fuera ilegal, porque la anticoncepción de emergencia no estaba en las normas técnicas de anticoncepción del Ministerio de Salud y/o por razones personales del proveedor de salud.^{69,70}

Dado este contexto, diversas organizaciones conformaron el Consorcio Chileno de Anticoncepción de Emergencia el 2002,⁷¹ para impulsar actividades de defensa, difusión y acceso a las PAE. También se han realizado actividades de difusión a las autoridades, personal de salud, educadores y población en general, a través de entrevistas, cartas y artículos de opinión en medios de comunicación, distribución de materiales informativos y elaboración y difusión del primer sitio web chileno sobre anticoncepción de emergencia.⁷²

Una de las principales barreras para acceder a la anticoncepción de emergencia son los/as proveedores/as de salud que no informan, ni proveen del método a las personas que lo necesitan y/o solicitan, ya sea por desconocimiento del método, por no estar incluido en la norma técnica o por factores personales. Para superar este obstáculo, la anticoncepción de emergencia se ha incluido en la actualización de la norma de regulación de la fertilidad del MINSAL y también en la nueva norma para la atención de las víctimas de violencia sexual del MINSAL. Ambas normas están siendo editadas actualmente, para su futura impresión, distribución y difusión en los servicios de salud.

⁶⁹ Diario La Tercera, 18.08.2002.

⁷⁰ Foro Red de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos, 2002.

⁷¹ Asociación Chilena de Protección de la Familia (APROFA), Centro de Medicina Reproductiva del Adolescente (CEMERA), Centro de las Mujeres de Temuco, Corporación de Salud y Políticas Sociales (CORSAPS), Foro Red de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos, Instituto Chileno de Medicina Reproductiva (ICMER), Programa del Adolescente del Ministerio de Salud, Programa de la Mujer del Ministerio de Salud, Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe (RSMLAC), VIVO POSITIVO - Coordinadora Nacional de Personas Viviendo con VIH/SIDA.

⁷² www.anticoncepciondeemergencia.cl. Elaborado por ICMER y CORSAPS, 2003.



V.3. ABORTO

El aborto está penalizado en Chile en todos los casos, sin excepción. Hasta 1989, se permitía realizar abortos terapéuticos en los casos en que la mujer tenía riesgo de morir. Esta práctica estaba regulada por el artículo 119 del Código Sanitario, la cual fue derogada a fines del gobierno militar.

El número de abortos que se practican en Chile actualmente es desconocido, ya que su práctica está penalizada. Los estudios que se realizaron en la última década sobre la incidencia del aborto inducido, indican que Chile tiene una de las tasas más altas de América Latina. Las estimaciones del número de abortos clandestinos que se practican anualmente en el país varían entre 159.650,⁷³ 200.000,⁷⁴ y alrededor de 60.000⁷⁵ abortos por cada 100 mujeres de 15 a 49 años. Según el informe The Alan Guttmacher de 1994⁷⁶, de 451.800 embarazos, 35% terminaron en un aborto inducido.

Los egresos hospitalarios por aborto, en los servicios de salud públicos y privados del país, disminuyeron entre 1990 y 2000, de 36.528 a 29.546, respectivamente. Las tasas de egresos por aborto también han mostrado un leve descenso en los últimos años. En 1997, la tasa fue de 115.8 por mil nacidos vivos, de 113.8 en 1998 y 111.7 en 1999. Estas varían según los servicios de salud del país. En 1999, las tasas más altas observadas fueron en los servicios de salud O'Higgins (178.8) y Atacama (178.3), superando la tasa de egresos por abortos a escala nacional.⁷⁷

Las tasas de mortalidad por aborto disminuyeron drásticamente después de que se inició el Programa de Planificación Familiar en Chile, en la década del sesenta. Esta cifra disminuyó de 10.7 a 0.5 muertes por cada 10.000 nacidos vivos entre 1960 y 2000.⁷⁸

La disminución en las tasas por egresos hospitalarios y en la mortalidad por aborto, podrían explicarse por una reducción en el número de abortos que se practican actualmente, pero no existe información acerca de este hecho. Esta disminución también podría deberse a que los procedimientos que se están realizando para practicar los abortos son más seguros, como por ejemplo, incluyen el uso de antibióticos profilácticos y procedimientos asépticos.

⁷³ Aborto clandestino: Una realidad latinoamericana. The Alan Guttmacher Institute, 1994.

⁷⁴ Requena M. (ed). Aborto inducido en Chile. Edición Sociedad Chilena de Salud Pública. Santiago, 1990.

⁷⁵ Lavín P y col. Informe preliminar sobre la caracterización de los casos y costos del tratamiento del aborto hospitalizado en Santiago de Chile. Ponencia presentada en el Encuentro de Investigadores sobre Aborto Inducido en América Latina y El Caribe. Universidad Externado de Colombia. Santa Fé de Bogotá, 1994.

⁷⁶ Aborto clandestino: Una realidad latinoamericana. The Alan Guttmacher Institute, 1994.

⁷⁷ Programa de Salud de la Mujer, MINSAL. Chile, 2000.

⁷⁸ Departamento de Estadísticas e Información de Salud, MINSAL, Gobierno de Chile, 2001.



La práctica del aborto y sus complicaciones implican un costo económico para el sistema de salud, aunque no se conoce su magnitud con exactitud. Las investigaciones realizadas en la década del sesenta, mostraron que el tratamiento de las complicaciones del aborto clandestino agotaba los recursos económicos y de sangre, siendo este uno de los factores que determinó el inicio del programa de planificación familiar en el país. Más recientemente, otro estudio encontró que las mujeres que acuden a los servicios de salud por complicaciones derivadas del aborto requieren entre 2.6 y 5 días de hospitalización y que el costo económico nacional para el tratamiento de estas complicaciones es de 15 millones de dólares al año.⁷⁹

Pese a que existe la prohibición absoluta del aborto en nuestro país, en la última década han habido dos iniciativas del poder legislativo para aumentar aun más la penalización en los casos de aborto. Una de ellas fue el proyecto de ley presentado por un senador de la UDI que fue rechazado en el Senado por una minoría en 1998, y otro presentado recientemente por un grupo de diputados también de la UDI.

La iniciativa de re-establecer el aborto terapéutico ha sido parte del debate en los gobiernos de la Concertación. Pese a que el actual gobierno ha declarado en reiteradas ocasiones que el tema del aborto no será incluido en su agenda política, un grupo de parlamentarios de algunos partidos de gobierno y uno de oposición, presentaron un proyecto de ley para reestablecer el artículo 119 del Código Sanitario en Enero de 2003.

El aborto terapéutico también ha sido tema de amplio debate público a partir de 2002, a raíz de dos casos de mujeres que solicitaron a través de los medios de comunicación que se les practicara un aborto terapéutico (una de ellas por portar un feto con una patología severa incompatible con la vida, y la otra por tener un embarazo molar que ponía en riesgo su salud y su vida).

Este tipo de situaciones fueron objeto de reparos por órganos de Naciones Unidas, cuya misión es fiscalizar el cumplimiento del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos y la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer. Tanto el Comité de Derechos Humanos como el Comité de Expertas de la Convención de la Mujer en 1999, señalaron en sus informes al Estado de Chile que la ausencia de legislación que permita el aborto en casos de riesgo de vida o de salud para la mujer o el embarazo producto de una violación, constituye una violación a los derechos humanos protegidos por los instrumentos de derechos humanos ya señalados.⁸⁰

⁷⁹ Datos recogidos de la exposición del Dr. Pablo Lavín en el Seminario: "El aborto: un problema de salud pública que amerita discusión". Santiago, Chile, Julio, 1995.

⁸⁰ CCPR/C/79/Add.104 y CEDAW/C/1999/L.2/Add.1.



SITUACIONES QUE REQUIEREN ATENCIÓN PRIORITARIA

Cabe destacar que las mujeres que deciden practicarse un aborto lo hacen por diversas razones, en circunstancias muy penosas y bajo fuertes presiones. Los métodos a los cuales recurren las mujeres para provocarse un aborto difieren según el estrato socioeconómico al cual pertenecen. Existe una profunda inequidad a este respecto, ya que las mujeres más pobres son las que recurren a maniobras abortivas de alto riesgo por su bajo costo. Además, sólo sobre ellas actúa la ley que penaliza el aborto.

V.4 SALUD DE LAS MUJERES

Los buenos indicadores nacionales en salud maternal, producto de políticas de salud de larga data, son un motivo de orgullo para Chile. Sin embargo, hay algunos temas de salud de las mujeres que requieren atención desde la perspectiva de los derechos sexuales y reproductivos y, en especial, desde el derecho a la equidad y la perspectiva de género.

Embarazo y Parto

En Chile, las atenciones por embarazo, aborto, parto y puerperio se realizan mayoritariamente en servicios públicos de salud. En 1998, el 71.7% de las mujeres se atendieron a través del sistema previsional FONASA, un 21.1% lo hizo a través del Sistema ISAPRES, un 4.7% en forma particular y un 2.5% en otros sistemas previsionales.⁸¹

La mayoría de los partos son atendidos por personal profesional y en 1999 esta cifra llegó casi al cien por cien (99.7%). La medicalización de la atención del parto ha tenido consecuencias positivas y negativas para las mujeres y sus hijos, y los sistemas de salud. Por una parte, ha mejorado significativamente los indicadores de salud materno-infantiles y, por otro lado, ha aumentado en forma desproporcionada los partos por cesárea. En 1992, el 71% y 29% de los partos atendidos por FONASA fueron vaginales y cesáreas, respectivamente, en tanto que los partos atendidos por ISAPRES fueron mayoritariamente cesáreas (52.8%). En el 2000, esta situación se mantuvo en los partos atendidos por FONASA, con 70.1% y 29.9% de partos vaginales y cesáreas, respectivamente, en cambio las cesáreas han continuado en aumento en el sistema ISAPRES, llegando a un 60%. Pese a que actualmente el riesgo de salud de una cesárea es bajo, este procedimiento significa para las mujeres y/o parejas una menor participación y protagonismo en este proceso, además de un mayor costo tanto para las madres como para los sistemas de salud.

⁸¹ Departamento de Estadísticas e Información en Salud, MINSAL, Chile, 2000.



Además, hay que destacar que, actualmente, una de las principales morbilidades obstétricas es la obesidad. En el período 1990–2000, el porcentaje de embarazadas obesas controladas en el sistema público de salud aumentó de 19.4% a 32.5%. Las embarazadas catalogadas con sobrepeso también experimentaron un aumento en este período, de 19.1% a 22.2%. Las mujeres embarazadas con peso normal o bajo peso han mostrado una tendencia inversa, siendo evidente la disminución del porcentaje de mujeres de bajo peso (22% a 13.9%) en este mismo período. La obesidad se relaciona con otras patologías como la hipertensión arterial y la diabetes mellitus, y los riesgos cardiovasculares asociados. Este nuevo perfil de las mujeres en su etapa reproductiva debería traducirse en la implementación de acciones tendientes a la prevención de esta patología.

Cáncer cervicouterino

El cáncer cervicouterino está asociado a la infección por virus del papiloma humano (VPH), resultado de la actividad sexual. Por lo tanto, podría prevenirse si existieran programas adecuados de prevención de las infecciones transmisibles por vía sexual y si se promoviera el uso del condón, particularmente entre los y las jóvenes, como una manera de evitar la infección por el VPH.

El cáncer cervicouterino ocupa el cuarto lugar entre las muertes por cáncer en las mujeres en nuestro país, con 727 fallecimientos y una tasa bruta de mortalidad de 9.5 por 100 mil mujeres.⁸² En las mujeres de 35 a 54 años, el cáncer cervicouterino representa el 40% de las muertes por cáncer.

La detección precoz del cáncer cervicouterino ayuda a reducir la mortalidad por esta causa. En la última década se aprecia un descenso de 10% en la mortalidad por este cáncer, lo que puede atribuirse al aumento de los exámenes de Papanicolau, (PAP)), que alcanzaron una cobertura de 63.1% en el 2000.⁸³

Existen diferencias en la realización del PAP según estrato socioeconómico. En 1990, sólo el 38.8% de las mujeres con ingreso familiar más bajo se habían realizado el PAP, en comparación con las mujeres de mayores ingresos familiares, en las cuales esta cifra fue de 45.5%. Esta situación ha mejorado en la última década, ya que el porcentaje de mujeres más pobres que se han realizado el PAP aumentó a 51.7% en el 2000, persistiendo la diferencia con las mujeres de estrato socioeconómico más alto, de las cuales el 60% se realizó el PAP este mismo año.

Los programas para la prevención de ITS, en este caso del VPH, y la corrección de la inequidad que existe con respecto a la realización del PAP, son tareas pendientes en el área de salud sexual que el Estado debe liderar a través de salud y educación.

⁸² Departamento de Estadísticas e Información en Salud, MINSAL, Chile, 1999.

⁸³ Género, Equidad y Reforma de la Salud en Chile. Serie Género y Reforma de la Salud N° 1, OPS y OMS. Chile, Noviembre, 2002.



Cáncer de mama

En Chile, el cáncer mamario ocupa el segundo lugar como causa de muerte por tumores malignos en las mujeres. Se estima que 1 de cada 14 mujeres chilenas va a desarrollar un cáncer de mama en el transcurso de su vida. Cada año en Chile fallecen cerca de 1000 mujeres como consecuencia de la enfermedad (corresponden al 18% de las muertes por cáncer), y el 15% está asociado a una predisposición genética.⁸⁴

No obstante, los índices de detección precoz dejan mucho que desear. Según cifras de los servicios de Salud de la Región Metropolitana, el 42% de las mujeres con tumores mamarios es diagnosticado en etapas avanzadas y cuando el pronóstico es reservado. Esta situación probablemente se deba a que el tumor mamario no presenta síntomas en una etapa temprana y su tamaño aún no es suficiente para ser percibido con la palpación. Puede tardar entre 10 y 15 años en alcanzar los dos centímetros, tamaño mínimo necesario para ser localizado con el tacto. Para ese momento, sin embargo, las posibilidades de superar la enfermedad ya se han reducido a entre un 88% y un 76%, dependiendo de cada caso y de si hay compromiso de los ganglios. Si mide más de cinco centímetros, la sobrevida al cabo de cinco años es de alrededor de un 50%.⁸⁵

La mamografía puede detectar tumores tan pequeños como un centímetro. Este momento sería suficiente para que la cirugía y quimioterapia o radioterapia posterior (o ambas), entreguen a la mujer la posibilidad de una supervivencia muy cercana al cien por cien. Se sabe, por ejemplo, que una mamografía periódica en la mujer de entre 50 y 96 años reduce la mortalidad en un 30% al cabo de 12 años. La frecuencia con que ésta se practique depende de los factores de riesgo, pero lo habitual es que sea cada un año en mayores de 50 años y en menores de 40 con predisposición genética.

La mamografía es un examen de alto costo y de difícil acceso para las mujeres de menores ingresos que se atienden en los servicios públicos de salud. Además, muchos servicios no cuentan con la tecnología apropiada, ni con los especialistas para realizar el procedimiento, ni para atender adecuada y oportunamente esta patología. Esto impide dar respuesta a la demanda de las mujeres para realizarse los exámenes de detección precoz del cáncer de mamas de acuerdo a las recomendaciones médicas estandarizadas. Es necesario realizar una evaluación de costo/eficacia de este procedimiento para ofrecerlo en los servicios públicos de salud.

⁸⁴ http://linux.sernam.gov.cl/basemujer/Cap6/saludsexual/VI_24.htm (Accesado 31.03.03).

⁸⁵ Jornadas de Consenso en Cáncer de Mama. Sociedad Chilena de Mastología. Chile, 1999.



V.5. PARTICIPACIÓN MASCULINA EN SALUD REPRODUCTIVA

La salud sexual y reproductiva afecta también a los hombres de múltiples maneras. En el ámbito privado son sujetos de su propia sexualidad, pueden ser pareja de las mujeres, ya sea estable u ocasional, pueden ser padres, o usuarios de métodos para prevenir embarazos o infecciones de transmisión sexual (ITS). En el ámbito público pueden estar involucrados como prestadores de servicios de salud o educación, investigadores, comunicadores, políticos o autoridades civiles y religiosas. Desde cualquiera de estas posiciones, sus decisiones y conductas afectan la vida de las mujeres, particularmente cuando hay inequidad en las relaciones de género o abuso de poder religioso, administrativo o político.⁸⁶

Sin embargo, los hombres han tenido y tienen una muy baja participación en el cuidado de los procesos reproductivos. Hay barreras socioculturales relacionadas con un espacio que tradicionalmente se ha considerado femenino y con el temor a la disminución del placer o la virilidad por el uso de métodos anticonceptivos, así como también con la falta de información de los hombres respecto de cuestiones relacionadas con su sexualidad, anticoncepción, infertilidad y, en general, con sus propias patologías en salud reproductiva. Hay también barreras estructurales relacionadas con la falta de oferta de servicios, la escasa difusión de métodos masculinos y con la carencia de políticas adecuadas para incorporar a los hombres.⁸⁷

Son muy pocos los hombres que asisten con sus parejas a los controles prenatales, postparto, ginecológicos y/o pediátricos, como tampoco participan en el parto, ni usan métodos anticonceptivos. Los servicios públicos de salud, en su mayoría, no ofrecen ni permiten la participación masculina, lo que dificulta aún más la incorporación de los hombres en estos procesos. Sin embargo, desde hace pocos años, algunos servicios han comenzado a incorporar la participación del padre en los controles de embarazo y el parto. En 1998, 25 servicios de salud públicos (incluyendo consultorios y hospitales) de 4 regiones del país se acreditaron como "amigos del niño y la madre", lo que en la práctica significa que son servicios adecuados para la presencia del padre en el parto. En el 2001, esta cifra aumentó a 34 servicios en 6 regiones.⁸⁸

La participación masculina en la regulación de la fertilidad es muy escasa. Estudios con varones indican que los hombres no se sienten responsables por las consecuencias del ejercicio de su sexualidad, delegando en la mujer

⁸⁶ UNFPA. Male Involvement in Reproductive Health, including Family Planning and Sexual Health. Technical Report No 28, New York, 1995.

⁸⁷ Family Health International. Los hombres y la planificación familiar. Network 7(3), Octubre, 1992.

⁸⁸ <http://linux.sernam.gov.cl/basemujer> (accesado el 01.04.03).



SITUACIONES QUE REQUIEREN ATENCIÓN PRIORITARIA

la responsabilidad frente a la prevención de un embarazo.⁸⁹ Los datos provenientes de las atenciones en los servicios públicos de salud muestran que la mayoría de los condones son solicitados por las mujeres y sólo un 19% por los hombres, cifra que representa un 0.6% del total de anticonceptivos entregados. La vasectomía es un procedimiento casi desconocido, que se realiza sólo a partir del 2002, en muy pocos hospitales y en un porcentaje muy bajo (0.8% de todas las esterilizaciones quirúrgicas). No existen datos de uso de métodos anticonceptivos masculinos fuera del sistema público de salud.⁹⁰

Actualmente, en Chile ha aumentado el interés de los hombres por la salud sexual y reproductiva, particularmente entre los jóvenes. Los servicios de salud deben incentivar y responder a esta mayor demanda masculina, acogiendo a los varones y haciendo fácilmente accesible la entrega de información y de los métodos anticonceptivos masculinos de modo que compartan la responsabilidad de regular la fertilidad y de prevenir infecciones. De acuerdo a lo señalado en la Conferencia de Población y Desarrollo del Cairo: "El objetivo es promover la igualdad de género en todas las esferas de la vida, incluyendo la vida familiar y comunitaria, así como alentar y dar a los hombres herramientas para que se hagan responsables por su comportamiento sexual y reproductivo y por sus roles sociales y familiares".⁹¹

Por otra parte, es necesario promover las conductas de autocuidado en la población masculina, incluyendo la prevención de ITS y conductas de riesgo, así como detección precoz y tratamiento oportuno de patologías específicas como el cáncer de próstata.

V.6. VIH/SIDA

Desde 1984 hasta el 2001, se han notificado 4.646 enfermos de SIDA (89.1% hombres y 10.9% mujeres) y 5.228 personas VIH positivas asintomáticas en Chile. En este mismo período, 3.012 personas han fallecido por esta causa.⁹² En 1998, el SIDA correspondió a la quinta causa de muerte en hombres de 20 a 44 años en nuestro país y a la tercera causa de muerte en este grupo en la Región Metropolitana.

La principal vía de transmisión del VIH en Chile es la sexual (93.8%), en segundo lugar está la sanguínea (4.6%) y en un muy bajo porcentaje la transmisión es de la madre al hijo (1.5%). Esta información excluye los casos (7.5%) que no declararon la categoría de exposición (Gráfico 8).

⁸⁹ Olavarría, José: "Dezeo, prazer e poder: cuestoes em torno da masculinidade heterossexual". En Sexualidades pelo avesso; Richard Parker y Regina Barbosa; Editorial 34, Brasil, 1999.

⁹⁰ Diagnóstico de situación sobre esterilizaciones voluntarias. División Rectoría y Regulación Sanitaria, Departamento de las Personas, Programa Salud de la Mujer. MINSAL, Junio 2002.

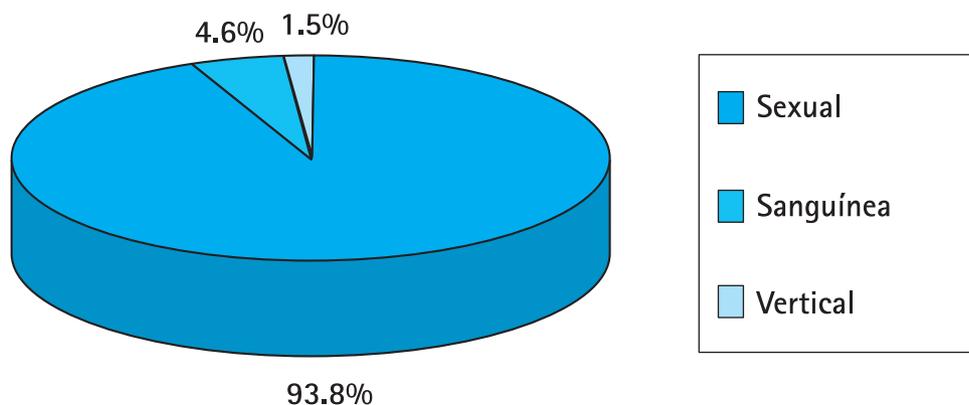
⁹¹ Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (4.25), El Cairo, 1994.

⁹² Boletín Epidemiológico N° 15 de CONASIDA, Chile, 2001.



Gráfico 8

CASOS ACUMULADOS DE SIDA POR CATEGORÍA DE EXPOSICIÓN DECLARADA. CHILE, 1984-2000.

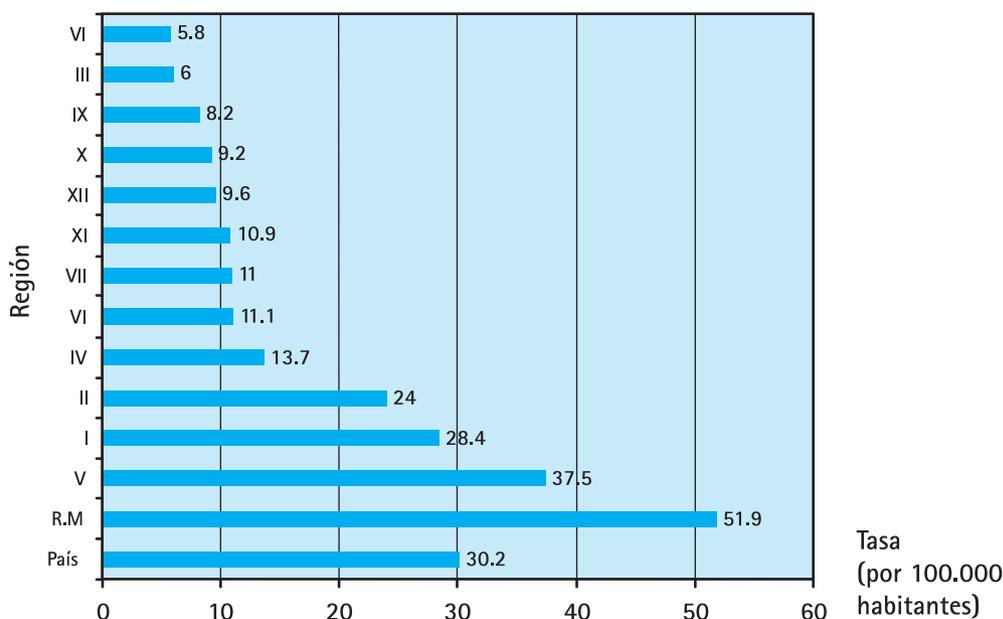


Fuente: Boletín Epidemiológico N° 13 de CONASIDA, Chile, 2000.

Las tasas de incidencia acumulada (1984-2000) de SIDA por regiones muestran grandes diferencias. Las regiones Metropolitana y V son las que tienen las mayores tasas, 48.6 y 35.1 casos por cien mil habitantes, respectivamente, superando la tasa de incidencia a nivel nacional (27.6). Las regiones con menor incidencia de SIDA son la VI, XII y III, con tasas de 5.7, 5.5 y 5.5, respectivamente (Gráfico 9).

Gráfico 9

INCIDENCIA ACUMULADA DE SIDA POR REGIÓN. CHILE, 1984-2000



Fuente: Boletín Epidemiológico N° 13 de CONASIDA, Chile, 2000.



SITUACIONES QUE REQUIEREN ATENCIÓN PRIORITARIA

Las tasas acumuladas de SIDA por Servicios de Salud también reflejan grandes diferencias. Para los hombres, la más alta se encuentra en el Servicio de Salud Metropolitano Central (210.4) y la más baja en el Servicio de Bío-Bío (7.2). Para las mujeres, la tasa más alta se observa en el Servicio de Salud Valparaíso-San Antonio (14.0) y la más baja en los Servicios de Salud de O'Higgins y Llanquihue (1.4).⁹³

De acuerdo a los últimos datos de CONASIDA, los casos de SIDA en ambos sexos han aumentado en personas con menor nivel educacional y ocupacional. También se observa un aumento paulatino de los casos notificados de SIDA y de VIH en zonas rurales.

Los casos de SIDA en mujeres han aumentado a lo largo del tiempo en comparación a los hombres, fenómeno que denomina feminización de la epidemia. La razón hombre-mujer muestra una tendencia a la disminución, de 28.4 a 3.5 entre 1990 y 2000, lo que indica que la brecha entre ambos sexos se ha acortado.

La evolución de la epidemia del SIDA hacia la heterosexualización, indica un crecimiento relativo mayor a través del tiempo de casos transmitidos por relaciones sexuales entre hombres y mujeres, comparado con los casos transmitidos por relaciones entre hombres.

La Ley de VIH- SIDA

La ley de VIH/SIDA, aprobada el 17 de diciembre de 2001, constituyó uno de los primeros hitos de formulación y propuestas legislativas en que organizaciones de la sociedad civil trabajaron en conjunto con miembros del poder Legislativo.

La idea matriz que inspiró la ley se refiere a que "sólo una política que asegure los derechos de las personas que viven con el VIH y que, por tanto, los proteja contra la discriminación, permite generar los cambios conductuales imprescindibles para que la sociedad en su conjunto esté en condiciones de asumir una masiva actitud y conductas preventivas. Así, el derecho de los individuos a no ser discriminados ni restringidos arbitrariamente en su privacidad y libertad y el derecho a que se generen las condiciones sociales que permitan proteger la salud, han sido reconocidos como situaciones dependientes entre sí y no contradictorias".

De esta manera, la ley reemplaza el paradigma clásico de lo "infecto-contagioso", que exige exámenes forzados para controlar y aislar a la población afectada, por un paradigma basado en los derechos humanos, específicamente el derecho a la salud y a la no discriminación.

⁹³ Boletín Epidemiológico N° 13 de CONASIDA, Chile, 2000.



La actual ley permite demandar al Estado si éste no cumple con su rol de realizar campañas masivas de prevención. Sin embargo, entre 1997 y fines del 2003, no se han hecho campañas masivas, lo que implica que poblaciones más jóvenes no han estado expuestas a la información. El 2001, hubo una campaña limitada a 5 semanas en algunos canales de TV la que produjo una gran polémica y sólo se repusieron tres spots de la campaña anterior. La campaña de prevención del SIDA iniciada por el MINSAL a fines de 2003 y las reacciones que esta ha provocado en diversos sectores de la sociedad no se incluye en este documento, ya que el seguimiento de prensa se realizó hasta Julio de 2003.

El gobierno, por su parte, plantea que la ausencia de campañas es una cuestión de recursos, y que el 80% de éstos se destinan a la administración de terapias para las personas que viven con VIH y que han desarrollado síntomas de la enfermedad.⁹⁴ Actualmente, la CONASIDA está haciendo estudios para efectuar una campaña, y las organizaciones se plantean ejercer un papel fiscalizador en cuanto a los contenidos que se entreguen.

Cabe destacar que el Ministerio de Salud ha aumentado considerablemente el universo de personas con acceso a tri-terapia, al punto de señalar que pronto habrá cobertura universal. Según el CONASIDA, en junio de 2002 se financiaban 1.500 terapias, cifra que aumentaría para satisfacer la demanda de los 4.200 enfermos que la necesitan.

Existen aún importantes desafíos pendientes. Se requieren campañas masivas que informen a la población sobre VIH/SIDA y la tendencia de la epidemia. Se debe promover el uso correcto y consistente de los condones como la medida más eficaz de prevención, y entregarlo en los servicios de salud. La educación sexual debería llegar a toda la población, especialmente a los jóvenes. El MINSAL tiene que cumplir con la meta de tratamiento para todos los que lo necesiten, entregándolo en servicios que respeten los derechos de quienes se atienden, sin discriminación.

⁹⁴ Diario El Metropolitano, 27.09.2001.



V.7. INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

Las infecciones de transmisión sexual (ITS), además de afectar la salud de mujeres, hombres y niños, constituyen un factor de riesgo para desarrollar una infertilidad. Las ITS son también un factor de riesgo para la transmisión del VIH, porque comparten la misma vía de transmisión y porque muchas ITS producen alteraciones físicas que hacen a las mujeres más vulnerables a la infección por VIH.

En nuestro país, desde 1999 se está aplicando el nuevo Sistema de Vigilancia de Infecciones de Transmisión Sexual, lo que ha significado un importante avance, para disponer de información acerca de estas patologías y poder tomar decisiones preventivas y curativas en el ámbito de las ITS.

El nuevo sistema ha permitido disponer de información más confiable, correspondiente a un mayor número de patologías que se transmiten por la vía sexual. Para ello se seleccionaron seis Servicios de Salud del país, llamados Centros Centinelas de Enfermedades de Transmisión Sexual (CETS). Estos Servicios de Salud atienden el 20% de la población total del país según el Censo 1992.

Se aplica también un sistema de vigilancia de la sífilis en las embarazadas, que forma parte del Plan Nacional para la eliminación de la sífilis congénita, y se realiza con la notificación obligatoria de los casos de sífilis en el embarazo en todos los Servicios de Salud del país. Además, se realizan exámenes de detección de sífilis en los controles ginecológicos, de salud del adulto, comercio sexual y consultantes por otras infecciones transmisibles por vía sexual.⁹⁵

Las tasas de sífilis y gonorrea han mostrado un descenso significativo en las dos últimas décadas, con cifras de 88.9 y 113.7 en 1981 a 24.2 y 16.4 por cien mil habitantes en el 2000, respectivamente.

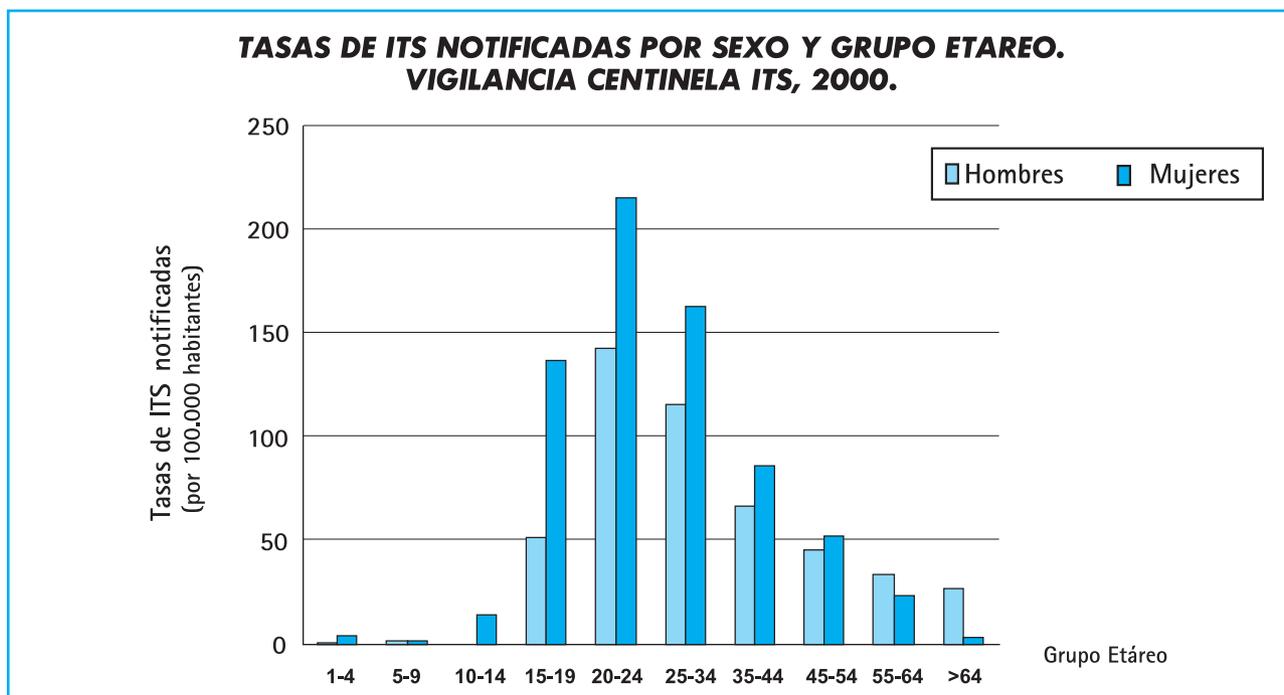
En 1999, se notificaron 2.152 casos de ITS en los seis centros centinela y 2.048 en el 2000, lo que representa una disminución global de 4.8%. Si se analizan las cifras por servicio de salud, tres servicios aumentaron el número de notificaciones, uno mantuvo las cifras y dos disminuyeron el número de notificaciones.

Las tasas más altas de ITS notificadas se concentran entre los 20-24 años, siendo mayor en las mujeres (Gráfico 10). Los casos de ITS notificadas en menores de 15 años representan el 1.5% del total y de estos el 90% son mujeres y el 10% son hombres, cifras que revelan en parte las consecuencias del abuso sexual en niñas y niños. El grupo de 15 a 19 años representa el 12.2% de los casos, de los cuales el 73% son mujeres y el 27% son hombres. Los mayores de 20 años corresponden al 86.3% del total de casos (Gráfico 11).

⁹⁵ Boletín N° 3, Enfermedades de Transmisión Sexual, MINSAL, Chile, 2000.

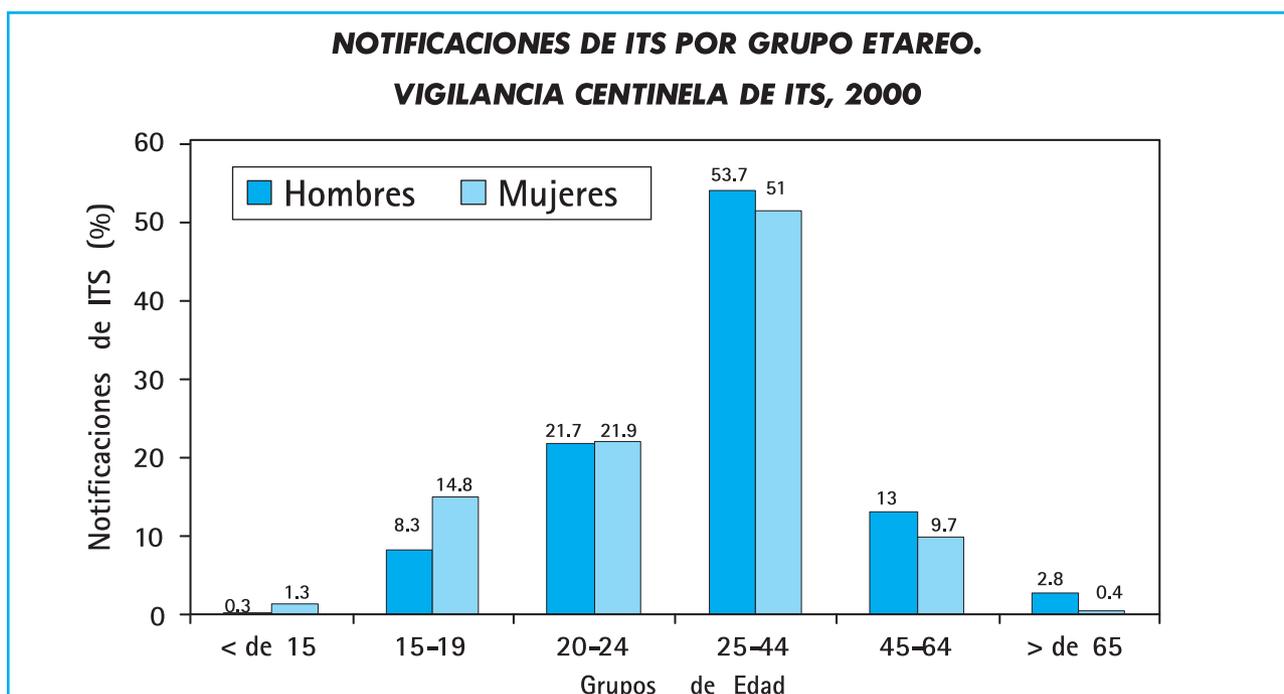


Gráfico 10



Fuente: Boletín N° 3, Enfermedades de Transmisión Sexual, MINSAL, Chile, 2000.

Gráfico 11



Fuente: Boletín N° 3, Enfermedades de Transmisión Sexual, MINSAL, Chile, 2000.



SITUACIONES QUE REQUIEREN ATENCIÓN PRIORITARIA

Del total de notificaciones, las patologías más frecuentes son el condiloma (28.5%), la sífilis (22.4%) y la gonorrea (10.4%). En hombres, la patología más frecuente es la sífilis con el 32.5% de los casos, mientras que en mujeres predomina el condiloma genital con el 30.4%.

El condiloma acuminado es la ITS más importante en adolescentes, representa el 50% de los casos notificados en mujeres y 39.7% en hombres. El alto porcentaje de condiloma en mujeres adolescentes podría ser una explicación para la alta incidencia de cáncer cervicouterino que se presenta en nuestro país. Estos datos se deben complementar con estudios para detectar el virus papiloma humano en nuestra población, lo que representa un gran desafío para realizar actividades preventivas, detección precoz y tratamiento de esta patología en mujeres jóvenes.⁹⁶

En la notificación de las patologías desde los centros centinelas se incluye el antecedente de uso de condón en los últimos 12 meses. La declaración se agrupa en "siempre", "a veces" y "nunca". La declaración de uso más frecuente de condón en las personas en las que se notificó una ITS, se presenta en las mujeres que ejercen el comercio sexual (32% "siempre") y la declaración de uso menos frecuente en las mujeres adolescentes (excluido comercio sexual), donde no aparece el uso "siempre".

Los hombres que declaran el uso de condón "siempre" concentran el 3.8% de las ITS notificadas y los que declaran "nunca" el 63.1%. En las mujeres también se observa una menor concentración de casos de ITS (1.4%), en las que declaran "siempre" y un mayor porcentaje de ITS (78.2%), en las que declaran "nunca". Estas cifras revelan el efecto que tiene el uso del condón en la prevención de ITS.

Se observa una asociación entre el uso del condón y las patologías notificadas. En las personas que declaran uso del condón "siempre" predomina el diagnóstico de "flujos" (76.3%) y en las personas que declaran uso de condón "nunca" predomina el diagnóstico de condiloma (33.1%) y sífilis (25%) del total de casos.⁹⁷

⁹⁶ Boletín N° 3, Enfermedades de Transmisión Sexual, MINSAL, Chile, 2000.

⁹⁷ Boletín N° 3, Enfermedades de Transmisión Sexual, MINSAL, Chile, 2000.



V.8. INFERTILIDAD

La infertilidad es entendida como la incapacidad de lograr un embarazo y un parto al cabo de un año de actividad sexual sin protección anticonceptiva.⁹⁸ En Chile, esta situación afecta a un 10% a 15% de las parejas, con variaciones significativas según la edad. Así, la probabilidad de infertilidad es de 6% a 8% en personas de 20 a 30 años; y se eleva a un 30% después de los 38 o 40 años.⁹⁹

Hay mayor conocimiento acerca de los factores que producen la infertilidad, mejores métodos para su diagnóstico y se han desarrollado las técnicas de reproducción asistida. También ha aumentado el acceso de algunos sectores de la población a estas tecnologías y se ha incrementado el número de centros a nivel nacional que ofrecen atención a parejas infértiles.¹⁰⁰ Actualmente, existen seis centros en Santiago y dos en regiones (Viña del Mar y Concepción), los cuales están acreditados en la Red Latinoamericana de Fertilidad, organismo que exige ciertos requisitos de calidad a sus miembros.¹⁰¹ Casi todos estos centros son privados.

Pese al aumento de los centros que ofrecen atención a las parejas infértiles, los procedimientos para el diagnóstico de la infertilidad y las técnicas de reproducción asistida tienen un costo muy alto, y la mayoría de las veces se necesita más de un intento. Las ISAPRES no cubren la mayoría de estos gastos, e incluso a veces se niegan a pagar procedimientos y exámenes que, aunque estén incluidos en los planes de salud, son rechazados al constatar que son utilizados con estos fines. La mayoría de las parejas infértiles los deben pagar con recursos propios. Esta situación restringe el acceso a servicios de infertilidad, especialmente en las personas de escasos recursos.

Chile cuenta con un sólo centro que ofrece atención gratuita y/o de menor costo, que es el Instituto de Investigación Materno Infantil (IDIMI), dependiente de la Universidad de Chile y ubicado en el Hospital San Borja Arriaran en Santiago. Sin embargo, este centro no puede cubrir toda la demanda existente de parejas de menores recursos.

En Chile se calcula que unas 40.000 parejas, en algún momento de sus vidas, pueden necesitar un tratamiento de fertilización asistida. Los principales centros del país realizan procedimientos de reproducción asistida en aproximadamente 800 ciclos anuales, lo que indica que un número importante de parejas infértiles, en especial aquellas de los sectores más pobres, no está accediendo a servicios especializados de reproducción.¹⁰²

⁹⁸ Definición establecida por la Organización Mundial de la Salud.

⁹⁹ Dr. Emilio Fernández, Clínica Las Condes. En: www.mujereschile.cl (Accesado 03.05.2003)

¹⁰⁰ www.socfer.cl (Sitio web de la Sociedad Chilena de Fertilidad)

¹⁰¹ Revista Qué Pasa. "Un mercado fértil". Chile, 4 de Febrero de 2003.

¹⁰² www.zocalo.cl/infertilidad Sitio de infertilidad en Chile. Accesado 02.04.2003.



V. 9. CALIDAD DE ATENCIÓN

Los estudios de calidad de atención y enfoque de género en servicios de salud reproductiva y planificación familiar en Chile son escasos y no muy recientes. Muestran que los positivos indicadores biomédicos no están acompañados de adelantos en la calidad de atención desde una perspectiva de género ni de actualización en los contenidos técnicos. Todos informan que hay muchas carencias en los distintos niveles y estamentos, como gestión en salud, infraestructura, recursos materiales y humanos y relaciones interpersonales. No se incorpora la satisfacción de necesidades y el ejercicio de derechos de las usuarias. A continuación, se presentarán brevemente parte de los hallazgos encontrados en algunos de estos estudios.

Un estudio que evaluó la calidad de atención en salud reproductiva en 3 hospitales y 4 consultorios del área occidente de Santiago¹⁰³, mostró que las usuarias tenían obstáculos para acceder a la atención, como la distancia, y el costo monetario; el tiempo de espera era prolongado; había ineficiencia en el sistema de referencia y contrarreferencia; y, habían condiciones de infraestructura, señalización, higiene y confort deficientes en los establecimientos estudiados. Las usuarias percibían a las(os) profesionales como técnicamente seguros, pero distantes y con prisa, a los estamentos administrativo y paramédico como responsables del mal trato, y a las matronas como las prestadoras que más las apoyaban. El nivel de expectativas de las usuarias en relación con la atención era bajo. Las normas administrativas eran rígidas, no ajustadas a la vida cotidiana, carentes de humanidad y algunas susceptibles de ser violadas mediante pagos en dinero, especialmente en lo referente a acompañamiento y visitas en la atención del parto, puerperio y cáncer cérvico uterino. Se apreció en las/os prestadoras/es una actitud defensiva bastante generalizada, tendiente a colocar barreras a la incorporación del entorno familiar de las mujeres usuarias. Se observó ausencia de potenciación de decisiones informadas y empoderamiento de las mujeres, delegación de la responsabilidad de la anticoncepción en las mujeres, sin entregar la información indispensable e instancias educativas prácticamente inexistentes o inadecuadas.

En una investigación, realizada en 1992, acerca de la percepción, sentido y significado de la maternidad, el postparto y la lactancia, en mujeres de sectores populares de la comuna de Conchalí, se encontró que en general la percepción que tenían las usuarias de las relaciones interpersonales con el personal de salud era bastante negativa, destacando el vínculo entre conocimiento y poder como motivo central. Las mujeres referían que el personal de salud se consideraba con autoridad, por el hecho de haber realizado estudios, para retarlas o enojarse con ellas cuando les parecía que habían sido descuidadas o que no habían cumplido con alguna indicación. Frente a esto se sentían maltratadas y se auto percibían como "ignorantes". Las mujeres declararon que la actitud del personal de salud las hacía sentirse con miedo a ser rechazadas y a molestar si preguntaban algo, ser

¹⁰³ Matamala M. I. (ed) Calidad de la atención, género ¿salud reproductiva de las mujeres?, Santiago, 1995.



consideradas "simples" e incapaces de comprender muchas cosas, a veces sin comprobarlo, y responsables frente a cualquier problema que se presentara. También, tenían temor a que la imposibilidad de diálogo entre ellas y el personal de salud redundara en consecuencias graves o negativas para ellas o sus hijos/as. Las usuarias refirieron también, que el tiempo que les dedicaban era escaso, la atención descuidada y que especialmente en los consultorios, ellas eran percibidas como desocupadas u ociosas, teniendo que esperar mucho tiempo en la sala de espera, lo que les ocasionaba diversos problemas, ya que la mayoría de ellas trabajaban remuneradamente fuera o dentro de su casa y todas realizaban, sin ninguna ayuda, el trabajo doméstico. Las usuarias entrevistadas en este estudio, enfatizaron que lo más importante era recibir un buen trato en la atención, que los servicios estén limpios y la atención sea puntual, que el personal de salud les de información y orientación que responda a sus reales intereses y necesidades, debido a la carencia de educación y de personas a las cuales recurrir y que se mejore la infraestructura de consultorios y hospitales.¹⁰⁴

En un estudio realizado por ICIMER, utilizando metodología cualitativa y cuantitativa para evaluar la calidad de atención en dos servicios públicos de planificación familiar, las matronas entrevistadas refirieron que los factores que dificultaban la calidad de atención eran: infraestructura en mal estado; materiales e insumos escasos; poca variedad de métodos anticonceptivos; atender con sobrecarga asistencial; tener evaluaciones centradas en la cantidad, no en la calidad; incorporación insuficiente de temas prioritarios (como sexualidad) en la atención; y dificultades en motivar al personal del equipo de salud. Al observar la atención provista por las matronas, se observó en general una relación de respeto y calidez con las usuarias, pero en muy pocas atenciones las profesionales indagaron sobre los conocimientos, mitos o miedos que las mujeres tenían acerca de los métodos anticonceptivos, ni acerca de sus situaciones de vida. No se realizaron actividades educativas en grupos, y las orientaciones individuales contenían escasa información sobre los anticonceptivos y sus características y se usó pocas veces material de apoyo audiovisual. También se observó una actitud "maternalista" por parte de las proveedoras, con escasa participación de las usuarias en la elección del método y tendencia a encaminar a las usuarias a la elección de T de Cobre en uno de los consultorios. Algunas profesionales tenían conocimientos no actualizados y/o incorrectos sobre contraindicaciones, efectos secundarios y eficacia de los métodos¹⁰⁵. En el estudio también se revisaron 180 fichas clínicas de nuevos ingresos a un método anticonceptivo. La mayoría de las mujeres usaban dispositivo intrauterino (63%), un 14% de las usuarias asistió sólo a la visita en que inicio el método, un 52% de ellas discontinuó el método o el seguimiento en el primer año y hubo una pérdida de seguimiento elevada en un consultorio (50%) y baja en otro (10%) en el primer año. Las usuarias de DIU y pastillas tuvieron un promedio de controles similares, 3.3 y 3.6 respectivamente en el primer año de seguimiento.¹⁰⁶

¹⁰⁴ López S. Percepción de la calidad de atención en salud de un grupo de mujeres de sectores populares. En: Realidades y Desafíos. Reflexiones de mujeres que trabajan en salud reproductiva. ICIMER (eds.). Santiago, 1995.

¹⁰⁵ Araya C, Díaz S, Miranda P, Sánchez S, Schiappacasse V y Tijero M. La importancia de las relaciones interpersonales. En: Revista Mujer Salud, N°4, pp. 43-49, 1997.

¹⁰⁶ Informe Final. Proyecto ICIMER/FONDECYT. Evaluación y mejoramiento de la calidad de atención en servicios de planificación familiar. Chile, 1997.



SITUACIONES QUE REQUIEREN ATENCIÓN PRIORITARIA

Según otro estudio, la mujer pobladora accede a los servicios de salud no como sujeto autónomo del derecho a la salud, sino en tanto madre y mediadora de la salud de la familia. "Entre los problemas que ofrece esta modalidad de participación femenina en los servicios públicos destaca, primero, que requiere mujeres en su casa a tiempo completo... Por ello, se ha señalado que por esta vía se refuerza la división sexual de roles al igual que la pobreza femenina ya que las mujeres que trabajan remuneradamente no pueden acceder a estos servicios".¹⁰⁷

Este estudio también señala que la "maternalización" en la salud primaria respondió a una estrategia del Ministerio de Salud, cuando hace más de tres décadas, el Programa Materno Infantil maximizó el rol de las mujeres como encargadas de la salud familiar, en un contexto de altas tasas de mortalidad materna e infantil y en la que los perfiles de epidemias y de enfermedades eran otros. El problema, es que el consultorio aún sigue siendo visualizado como lugar de atención para las madres y tanto las jóvenes como las mujeres mayores no son percibidas como sujetos de prevención y atención. Los servicios no desempeñan un rol formador/educador que permita promover la autonomía de las mujeres. Además de barreras subjetivas, las condiciones objetivas para ejercer este rol en los consultorios son mínimas: "una matrona debe atender a 10 mujeres en una hora. Lo que hace, entonces, es ponerles un dispositivo intrauterino; no hay tiempo para preguntas o conversaciones".

V.10. VIOLENCIA

Las principales formas de violencia contra la mujer son la violencia intrafamiliar y la violencia sexual. La violencia es un fenómeno que afecta a mujeres sin distinción de edad, raza o clase social en todo el mundo. Constituye la mayor expresión de poder de una persona sobre otra y vulnera la dignidad y la libertad de las personas. Hay consenso en la sociedad para considerarla un atentado contra los derechos humanos.

En los últimos años, la violencia contra las mujeres ha sido objeto de extendidas campañas de denuncia, ha constituido tema de investigación y se han aprobado numerosos instrumentos legales y recomendaciones a escala mundial, regional y nacional para lograr su prevención y erradicación.

Los efectos de la violencia son de tal magnitud que pueden perdurar varios años en la vida de las víctimas. Algunos de estos son depresión, ansiedad, insomnio, pesadillas, sentimientos de humillación y culpa, disfunciones sexuales, etc. Además, en la violencia sexual se agrega el riesgo de embarazo o contagio de alguna infección de transmisión sexual, incluido el VIH/SIDA.

¹⁰⁷ Provoste P. Los servicios públicos y los derechos de las mujeres. En: Veredas por cruzar, 10 años del Instituto de la Mujer. Santa Cruz G. Ed., Santiago, 1997.



Violencia intrafamiliar

La violencia intrafamiliar puede ser ejercida física o psicológicamente. Un porcentaje significativo de ésta no se denuncia. Las estadísticas sobre violencia intrafamiliar y sexual informan sobre una parte de este fenómeno.

Un estudio concluyó que en uno de cada cuatro hogares la mujer era golpeada físicamente, y en uno de cada tres sufría de violencia psicológica. Este estudio además reveló que, a mayor educación, inserción laboral y menor número de hijos, la violencia es menor.¹⁰⁸

Un estudio realizado en las regiones Metropolitana y Novena, mostró que alrededor del 50% de las mujeres de 15 a 49 años habían sufrido algún tipo de violencia en la pareja (Tabla 2).¹⁰⁹ Estas cifras son aún más preocupantes que la investigación anteriormente citada. En la región Metropolitana, el 50.3% de las mujeres entrevistadas había experimentado situaciones de violencia en su relación de pareja alguna vez en su vida, ya sea psicológica (16.3%) o física y/o sexual (34%) y en la Araucanía este porcentaje alcanzó el 50%.

Tabla 2

Violencia contra mujeres de 15 a 49 años en la pareja según tipo de violencia, Chile, 2001.

	Regiones	
	Metropolitana (1.358 mujeres)	Novena (1.363 mujeres)
Tipo de violencia	%	%
Sin violencia	49.7	53.0
Sólo psicológica	16.2	18.8
Sólo psicológica y física	13.2	11.1
Psicológica, física y sexual	12.5	10.7
Sólo física	5.9	2.8
Psicológica y sexual	1.2	1.8
Sólo sexual	0.8	1.0
Física y sexual	0.5	0.8
Total	100.0	100.0

Fuente: Estudio de Prevalencia de Violencia Intrafamiliar, Programa de Prevención de Violencia Intrafamiliar, SERNAM y Universidad de Chile, 2001.

¹⁰⁸ Mujeres Chilenas. Estadísticas para el Nuevo Siglo. SERNAM e INE. Chile, 2001.

¹⁰⁹ Estudio Detección y Análisis de la Prevalencia de la Violencia Intrafamiliar. SERNAM, Programa de Prevención de la Violencia. Chile, 2002.



SITUACIONES QUE REQUIEREN ATENCIÓN PRIORITARIA

Este estudio también mostró que la violencia física y/o sexual disminuye a medida que aumenta el nivel educacional del jefe de hogar. Mientras que el 47% de las mujeres casadas o convivientes con hombres con enseñanza básica completa había experimentado violencia, sólo el 26.6% de las mujeres que viven con hombres con educación superior habían sido agredidas. A su vez las mujeres con enseñanza básica (44.7%) y media incompleta (40.2%) viven, con mayor frecuencia, situaciones de violencia intrafamiliar que aquellas que tienen educación media (29.1%) o cursaron estudios universitarios (28.5%).

Este mismo estudio constató que la violencia intrafamiliar tiende a replicarse en las futuras generaciones. En la región Metropolitana, el 49.5% de las mujeres agredidas tenían antecedentes de violencia conyugal contra sus madres, y el 49.4% de los hombres agresores eran hijos de madres golpeadas. Además, el estudio constató que el 63.8% de los hechos de violencia ocurren en presencia de los/as hijos/as, lo que representa un factor de riesgo elevado para la repetición de la violencia en etapas posteriores.

La aprobación de la Ley de Violencia Intrafamiliar promulgada en 1994, produjo una mayor sensibilización de la población frente al tema y permitió debatir y develar este problema en el ámbito público. Esto se ha traducido en un aumento significativo de las denuncias por violencia intrafamiliar. Según datos del SERNAM, en el período entre 1995 y 2000, las denuncias realizadas en Carabineros e Investigaciones aumentaron de 38.200 a 55.406.

Según el Informe Anual sobre Derechos Humanos en Chile 2003, entre los primeros trimestres del 2001 y del 2002, las denuncias por hechos de violencia aumentaron en un 14% pero las detenciones disminuyeron en un 22%. La violencia intrafamiliar ocupa el segundo lugar en las cifras de seguridad ciudadana sobre comportamientos con connotación delictual.¹¹⁰

Este informe también señala que no existen estudios sobre el número de mujeres que mueren producto de la violencia conyugal. Sin embargo, los resultados preliminares de un estudio sobre violencia con resultado de muerte, señalan que la prensa escrita informó en el año 2001 más de 46 de mujeres asesinadas por sus maridos o convivientes.¹¹¹

Según el Informe Anual sobre Derechos Humanos, SERNAM impulsó la creación de 17 centros de atención y prevención a lo largo del país y la creación de una casa de acogida en la Región Metropolitana. La demanda para estos centros ha superado la actual oferta de servicios, y de hecho uno de sus encargados señala que la oferta está sobrepasada en un 30 a 40%.¹¹²

¹¹⁰ Informe Anual sobre Derechos Humanos en Chile 2003. Hechos de 2002. Facultad de Derecho. Universidad Diego Portales. Santiago, Enero, 2003.

¹¹¹ Aravena L. A comparison of femicide rates. The cases of Chile and Ontario (Canadá). Trabajo de tesis para optar al grado de Master en Trabajo Social, Graduate School of Social York, York University, Toronto, Canadá, en progreso. En: Informe Anual sobre Derechos Humanos en Chile 2003. Hechos de 2002. Facultad de Derecho. Universidad Diego Portales. Santiago, Enero, 2003.

¹¹² Letelier I. y Rivera A. Fuerte demanda de atenciones en centros de violencia intrafamiliar. Diario La Tercera, 14.01.2002.



SERNAM presentó, el 30 de Agosto de 2001, a la Cámara de Diputados un proyecto de ley para modificar la actual normativa con el fin de salvar algunos vacíos y problemas de aplicación e interpretación. Este proyecto intenta corregir las dificultades en las denuncias, evitar los retrasos en las notificaciones, los problemas de acceso a defensa, la distorsión que se produce en la conciliación y la forma en que se han abordado las sanciones.

Cabe destacar el trabajo realizado por la Red Chilena contra la Violencia Doméstica y Sexual¹¹³, la cual ha generado valiosas iniciativas para visualizar el tema, modificar políticas y prestar servicios a las personas afectadas.

Violencia Sexual

La mayoría de las agresiones sexuales es perpetrada por personas conocidas por las víctimas y/o familiares. Un número importante se realiza contra niños y adolescentes, que en su mayoría son mujeres. Los violadores no necesariamente son personas que presentan alguna patología evidente en el ámbito psicológico y, por el contrario, puede tratarse de cualquier miembro de una familia aparentemente bien constituida, ser padre de varios hijos/as y tener una imagen pública positiva.

La magnitud real de la violencia sexual se desconoce, ya que se estima que entre un 75 a 80% del total de los delitos sexuales no se denuncian. Las principales razones para no hacer las denuncias se deben a: vergüenza de la víctima o su familia, el agresor es un pariente o conocido y/o temor o rechazo a los interminables trámites que se deben realizar para iniciar un proceso judicial.

Según el Informe Anual sobre Derechos Humanos en Chile 2003, un estudio de prevalencia hecho por la Universidad Católica de Chile estimó que en 1992 se produjeron más de 20.000 delitos sexuales en el país. Entre el 75 a 80% de las situaciones de abuso o violencia sexual no dieron origen a una denuncia y el 89% de los casos denunciados no generaron una sanción para quien aparecía como responsable.¹¹⁴

Según un estudio del 2001 sobre violencia conyugal en la población femenina de una comuna popular de Santiago, el 23% de las mujeres sufría de agresiones sexuales por sus parejas y sólo un 28% de las agredidas había denunciado el hecho.¹¹⁵

¹¹³ La Red Chilena contra la Violencia Doméstica y Sexual está conformada por 42 instituciones gubernamentales y no gubernamentales, públicas y privadas. En: Sitio web de ISIS Internacional, www.isis.cl

¹¹⁴ Avendaño C, Vergara J. Violencia Sexual en Chile. Documento de Trabajo N° 21, SERNAM, Santiago, 1992. Citado por Rico N. Violencia de Género: un Problema de Derechos Humanos, Serie Mujer y Desarrollo 16, CEPAL, Santiago, 1996, p. 31. En: Informe Anual sobre Derechos Humanos en Chile 2003. Hechos de 2002. Facultad de Derecho. Universidad Diego Portales. Santiago, Enero 2003.

¹¹⁵ Educación Popular en Salud. Primer Informe de Investigación: Violencia Conyugal en San Ramón, Año 3, N° 2, Santiago, 2001, p. 37. Entre los resultados que resaltan de la encuesta y entrevista a 359 mujeres, entre las principales razones para no denunciar están "no atreverse", que el "hecho no sea considerado grave", "que son problemas normales" o que prefieren "mantener la familia unida". En: Informe Anual sobre Derechos Humanos en Chile 2003. Hechos de 2002. Facultad de Derecho. Universidad Diego Portales. Santiago, Enero 2003.



SITUACIONES QUE REQUIEREN ATENCIÓN PRIORITARIA

El Servicio Médico Legal realizó 4.459 peritajes de sexología forense en el 2000 en todo el país. Sólo el SML de Santiago dispone de información sobre el motivo del peritaje. En el 2000, las agresiones sexuales fueron 660 por violación, 1.221 por abuso sexual y ocho por otro tipo de agresión. Las víctimas de violación y abuso sexual fueron en su mayoría mujeres (83% y 78%, respectivamente). La mayoría de las mujeres víctimas de violación tenían entre 10 y 29 años (74%) y el 83% de las víctimas de abuso sexual tenían entre 0 y 14 años. Las agresiones sexuales han registrado una leve disminución en los últimos años; entre 1998 y 1999, decrecieron un 0.2% y entre 1999 y 2000 un 4.6%. El 79.7% de los agresores son familiares y conocidos de las víctimas. ¹¹⁶

Según datos proporcionados por el CAVAS (Centro de Atención a Víctimas de Violencia Sexual), en el período 1987-1997, se atendieron a 5.439 víctimas a nivel nacional, de las cuales el 80% eran menores de 18 años y el 78% eran mujeres.

En un estudio descriptivo sobre violación e incesto en mujeres estudiantes de enseñanza media de la Región Metropolitana, se detectó que un 11.9% del total de adolescentes entrevistadas había sufrido abuso sexual. ¹¹⁷

En la Encuesta Nacional de Comportamiento Sexual en Chile, los datos señalan que un 7.2% de las mujeres entrevistadas fueron víctimas de violación, y en casi la mitad de los casos la violación constituyó su iniciación sexual. De las mujeres que declararon haber sido víctimas de una violación, el mayor porcentaje corresponde a mujeres de nivel socioeconómico bajo y de menor educación. La mayoría de las mujeres violadas (78%) reportan que el agresor fue un familiar, un conocido o su pareja. Un 1.8% de los hombres, declaró haber sufrido una violación. ¹¹⁸

Uno de los principales acuerdos de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (El Cairo, 1994), reafirmado posteriormente en Beijing en 1995 y en otras Conferencias, fue el reconocimiento de los derechos humanos en el ámbito de la salud, la sexualidad y la reproducción, sin ninguna forma de discriminación, coerción ni violencia. Chile y los otros Estados firmantes se comprometieron a resguardar los derechos humanos sexuales y reproductivos y a adoptar las medidas que sean necesarias para asegurar su ejercicio. La actual ley 19.617 sobre delitos sexuales, modificada en 1999, significó un progreso, ya que reemplazó la palabra mujer por persona y amplió la definición de los delitos. En el caso de violación se incluyó tanto la penetración vaginal, anal y bucal y se reformuló el delito de estupro. Además amplió los mecanismos para el diagnóstico y la denuncia y la protección a quienes han sufrido violencia sexual, entre otros. Sin embargo, según el monitoreo 1994-2002 de

¹¹⁶ Anuario Estadístico 2000. Subdirección Técnica. Unidad Estadística y Archivo Médico Legal. Servicio Médico Legal, Chile, 2000.

¹¹⁷ Gray N., Valenzuela A., Preminger R., Matamala M.I. y Maynou P. Abuso sexual en adolescentes. Estudio descriptivo sobre violación e incesto en mujeres estudiantes de enseñanza media de la Región Metropolitana. Santiago, Chile, 1995.

¹¹⁸ Estudio Nacional de Comportamiento Sexual. Primeros Análisis. CONASIDA y MINSAL, Chile, 2000.



la Conferencia de El Cairo, realizado por el Foro Red de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos "... la legislación chilena sobre violencia sexual mantiene graves deficiencias que contravienen los compromisos internacionales. Entre ellas, no se garantiza la defensa judicial gratuita a quienes han sufrido violencia sexual". De ahí que la cobertura de los servicios de atención médica y psicológica siga siendo insuficiente.¹¹⁹

Violencia sexual contra las niñas

Cada año se producen en nuestro país 14.000 violaciones a niñas y niños. Según los estudios, una de cada cuatro niñas y uno de cada siete niños es abusado sexualmente antes de cumplir 18 años.¹²⁰ Sin embargo, el SML de Santiago el 2000, sólo realizó 41 pericias psiquiátricas por violación y 67 por abuso sexual en niños y niñas de 0 a 18 años.

El monitoreo 1994-2002 realizado por el Foro Red de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos, mostró que no existe una política nacional que aborde de manera integral tanto los aspectos preventivos como de atención y tratamiento de la violencia sexual contra las niñas y niños, y que es posible constatar que las acciones realizadas carecen de una adecuada intersectorialidad.¹²¹

V.II. FAMILIA

En la década de los 90 uno de los debates más intensos, y que aún se mantiene vigente, es el que versa sobre la familia, su concepto y las formas de protección. El interés por la condición de la familia en nuestro país, así como el papel que debe cumplir para enfrentar los cambios asociados a la modernización, ha sido creciente.

Según el documento "Familias y Políticas Públicas: Una reflexión necesaria", que elaboró una comisión de expertos en el tema, convocada por el SERNAM, desde el Estado la familia se considera como una institución mediadora de las iniciativas relacionadas con la promoción de la equidad, con la garantía de los derechos humanos básicos y con la integración de los individuos en redes sociales y comunitarias.¹²²

¹¹⁹ El Monitoreo como Práctica Ciudadana de las Mujeres. Monitoreo del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, El Cairo 1994. Foro Red de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos, Chile, 2002.

¹²⁰ Abuso Sexual Infantil. N° 1. Educación Popular en Salud, EPES, Santiago, Octubre 1999.

¹²¹ El monitoreo como práctica ciudadana de las mujeres. Monitoreo del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, El Cairo 1994. Foro Red de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos. Chile, 2003.

¹²² Una reflexión necesaria. Familias y Políticas Públicas. SERNAM. Santiago, Febrero de 2000.

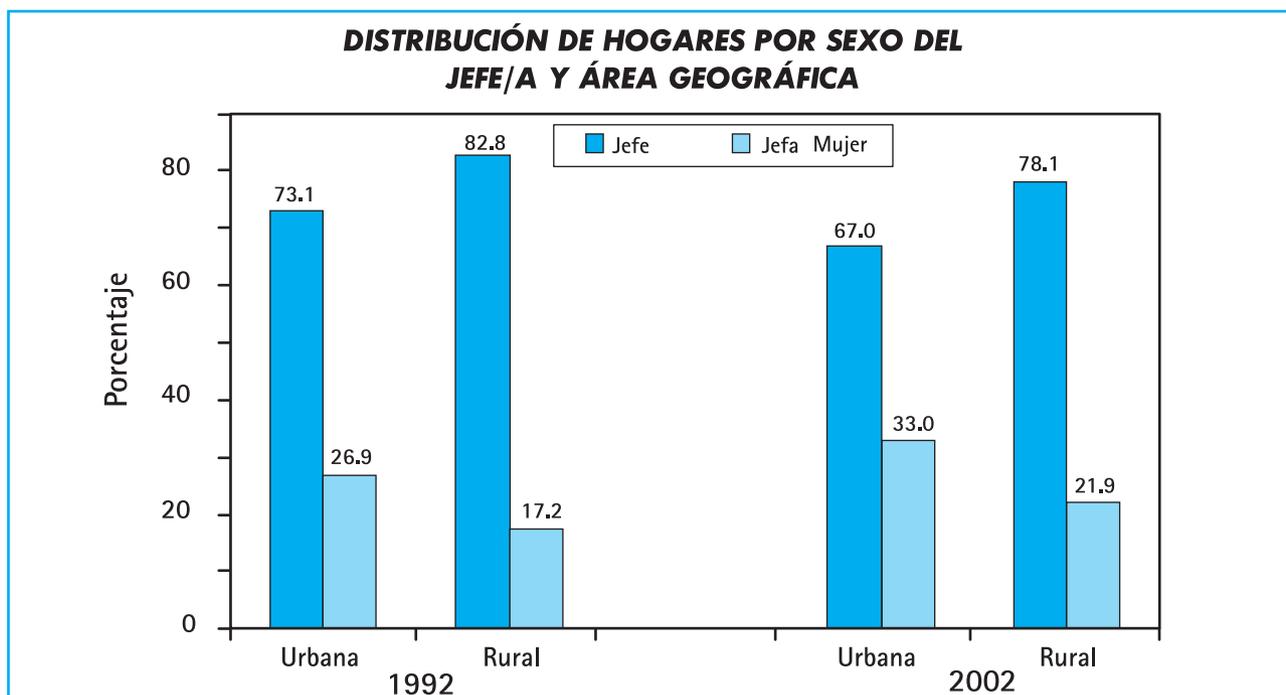


SITUACIONES QUE REQUIEREN ATENCIÓN PRIORITARIA

Según el censo del 2002, el tipo más frecuente de hogar sigue siendo el nuclear (57%), es decir, aquel compuesto por padre y/o madre e hijos, siendo similar al censo de 1992 (57.9%). Entre ambos censos, se produjo un aumento de los hogares unipersonales (de 8.3% a 11.6%) mientras las cifras se mantuvieron similares para hogares de tipo extenso, compuesto y sin núcleo. El 2002, el tamaño medio de los hogares era de 3.6 personas, menor que el del censo de 1992 (3.9 personas). Esta disminución se observa tanto en el área urbana (de 3.9 a 3.6 personas), como en la rural (de 3.9 a 3.5).¹²³

Según cifras de 1998, el 90% de las personas vivía en familia y muchas de ellas estaban encabezadas por mujeres jefas de hogar.¹²⁴ Entre 1992 y 2002, la jefatura femenina de los hogares mostró un aumento de 25.3% a 31.5%. Este aumento es más notorio en el área urbana que en la rural (Gráfico 12).¹²⁵

Gráfico 12



Fuente: Censo 2002. Síntesis de Resultados. INE, Chile, 2003.

¹²³ Censo 2002. Síntesis de Resultados. INE, Chile, 2003.

¹²³ Encuesta Nacional de Calidad de Vida y Salud 2000, MINSAL, Chile, 2002.

¹²⁴ Informe Anual sobre Derechos Humanos en Chile 2003. Hechos de 2002. Facultad de Derecho. Universidad Diego Portales. Stgo, Chile, Enero 2003.

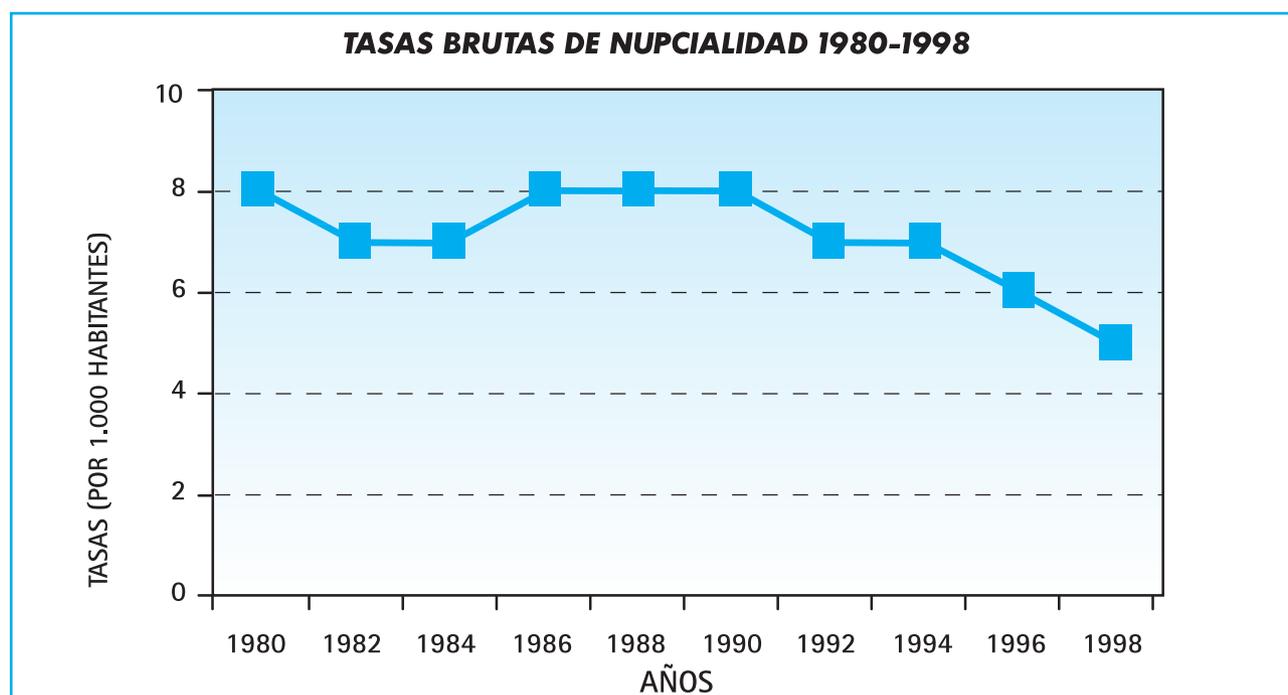
¹²⁵ Censo 2002. Síntesis de Resultados. INE. Chile, 2003.



El estado civil de las personas ha cambiado en las últimas décadas. Desde una perspectiva estrictamente legal, el estado civil de las personas se clasifica en categorías de solteros, casados y viudos. Sin embargo, se dan otras condiciones, como separados, anulados, divorciados y convivientes (uniones libres). En Chile no existe divorcio vincular, pero se usa la figura de la nulidad de matrimonio por la que los cónyuges recuperan su condición de solteros, manteniendo los hijos el estado filiativo que tenían al momento de nacer.

En los últimos 20 años, ha descendido la tasa de nupcialidad y aumentado el número de disoluciones de vínculos matrimoniales mediante la nulidad de matrimonio.¹²⁶ La tasa bruta de nupcialidad descendió de 8 a 5 matrimonios por mil habitantes entre los años 1980 y 1998 (Gráfico 13) y la tasa de nulidades aumentó en este mismo período de 35.7 a 85.3 nulidades por cada mil matrimonios (Gráfico14).¹²⁷

Gráfico 13



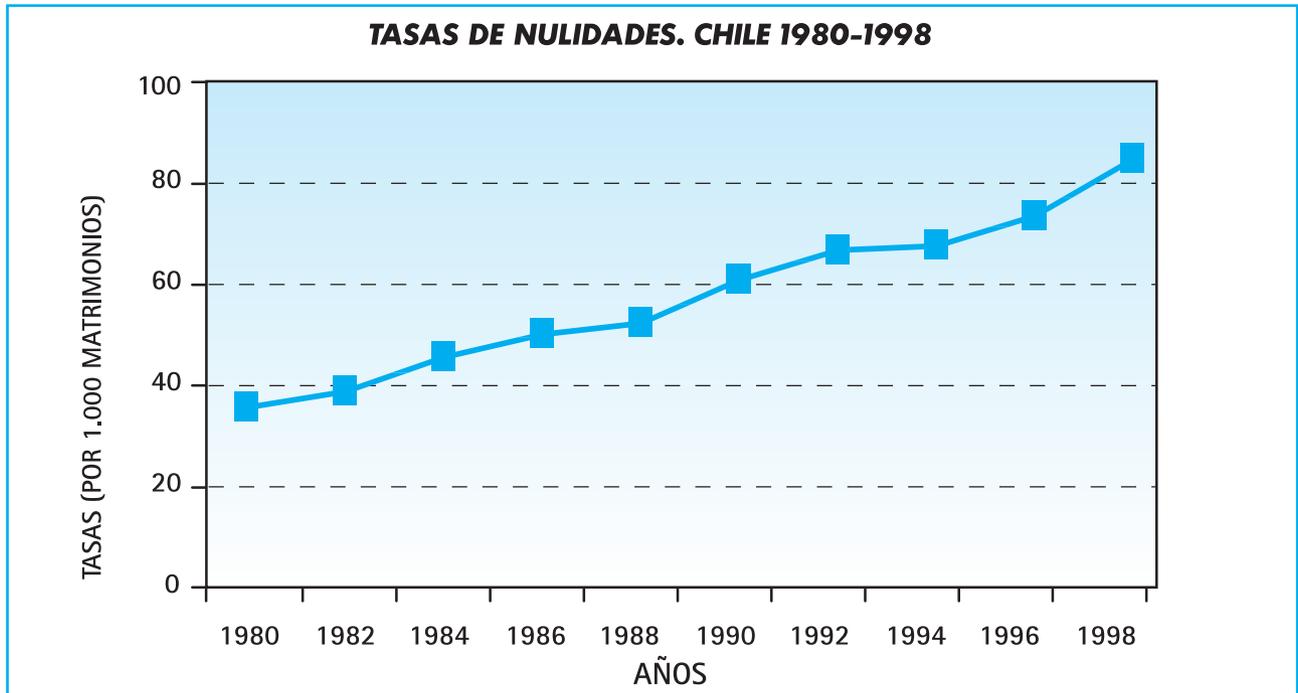
Fuente: Enfoques Estadísticos. Matrimonio en Chile. Boletín Informativo. INE. Chile, 19.07.2000.

¹²⁶ Una reflexión necesaria. Familias y Políticas Públicas. SERNAM. Santiago, Febrero de 2000.

¹²⁷ Enfoques Estadísticos. Matrimonio en Chile. Boletín Informativo. INE. Chile, 19.07.2000.



Gráfico 14

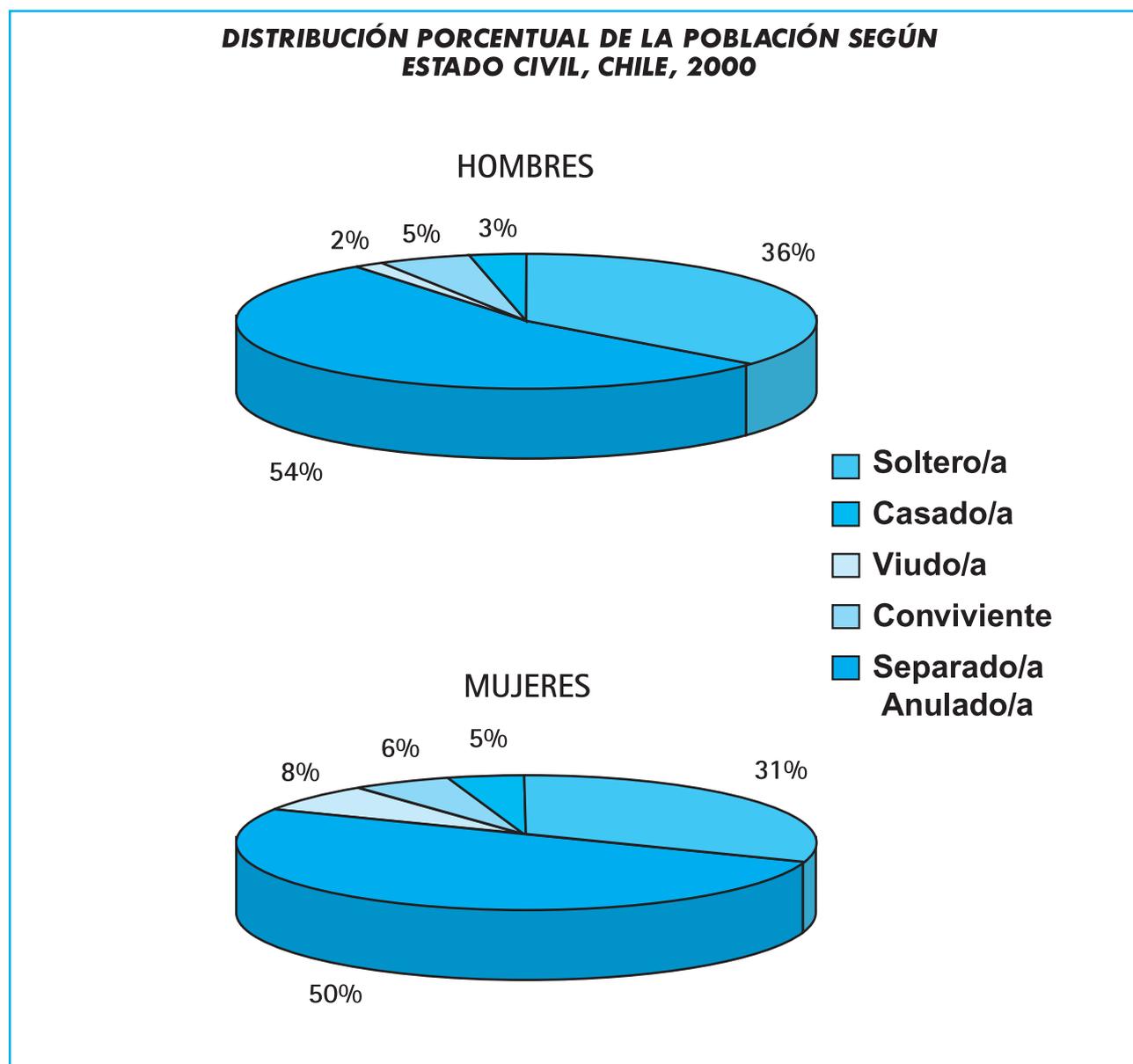


Fuente: Enfoques Estadísticos. Matrimonio en Chile. Boletín Informativo. INE. Chile, 19.07.2000.



En el último período intercensal (1992-2002) disminuyó el porcentaje de población casada de 50.7% a 46.2% y aumentó el porcentaje de parejas que conviven (5.6% a 8.7%), de parejas separadas (3.4% a 4.7%) y de parejas anuladas (0.3 a 0.4%). Según datos del INE del 2000, un 54% de los hombres y un 50% de las mujeres de 15 años y más estaban casados. En los estados de casados y solteros hay más hombres y en los otros estados conyugales (convivientes, separados-anulados y viudos) predominan las mujeres (Gráficos 15).

Gráfico 15



Fuente: Censo 2002. Síntesis de Resultados. INE. Chile, 2003.



SITUACIONES QUE REQUIEREN ATENCIÓN PRIORITARIA

Por otra parte, ha aumentado la edad promedio al casarse, tanto en hombres como en mujeres. Entre 1980 a 1998, la edad media al matrimonio aumentó de 26.6 a 28.9 años en los hombres y de 23.8 a 26.3 en las mujeres, manteniéndose inalterada la edad legal para contraer matrimonio, 14 años para los hombres y 12 para las mujeres.

En 1990, el 80% de las familias biparentales estaban unidas por el matrimonio y el 20% estaban constituidas por uniones de hecho.¹²⁸ Esto se relaciona con los nacimientos, los que al final de la década de los 90 se produjeron casi en un 50% fuera del matrimonio. Cerca de un 70% de esos niños/as eran reconocidos por ambos padres. Cabe destacar que, en este contexto, adquiere relevancia la aprobación de la Ley 19.585 que otorgó los mismos derechos a los niños/as, independiente del estado civil de sus padres, y que consigna el uso de pruebas biológicas para determinar la paternidad, entre otras modificaciones. No obstante, en el año 2001 nacieron 27.500 niños/as (11%) que fueron reconocidos únicamente por sus madres.¹²⁹

Estos datos muestran que se requiere un cambio cultural en el tema de familia y que se deben elaborar propuestas en el plano legislativo, educacional y de salud desde el respeto por la diversidad para proteger efectivamente a los integrantes de los diferentes tipos de familia que conforman la sociedad chilena.

V.12. TRABAJO Y DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS

Un cambio importante en la sociedad chilena es el aumento de la participación femenina en el mercado laboral, que incrementó en un 7.5% entre 1992 (29.5%) y 2002 (35.6%), período en el que la ocupación laboral masculina disminuyó un 1.5% (75.4% a 72.9%). Según el censo 2002, el 44.5% de las mujeres estaban ocupadas como trabajadoras de servicios, empleadas de oficina y técnicas y solo un 13% como profesionales. Así, los trabajos que ejercen la mayoría de las mujeres son aquellos que la sociedad tradicionalmente ha considerado como propios para ellas. En el 2000, el ingreso medio mensual de las mujeres ocupadas y asalariadas correspondió al 74.6% del ingreso de los hombres, siendo inferior en casi todos los grupos de edad, niveles educacionales y tipos de ocupación.¹³⁰

Casi la totalidad (98%) del trabajo dentro de los hogares es realizado por mujeres y, a pesar del gran aporte que este significa para la economía nacional, suele ser invisible, no remunerado y ha significado para las mujeres realizar una doble jornada de trabajo.¹³¹

¹²⁸ Informe Anual sobre Derechos Humanos en Chile 2003. Hechos de 2002. Facultad de Derecho, Univ. Diego Portales. Santiago, Chile, Enero 2003.

¹²⁹ Delpiano A., Pensión de Alimentos, La Semana Jurídica, N° 96, Septiembre, 2002, p. 3. En: Informe Anual sobre Derechos Humanos en Chile 2003. Hechos de 2002. Facultad de Derecho Universidad Diego Portales, Santiago, Enero 2003.

¹³⁰ Ingresos de Hogares y Personas. Encuesta suplementaria de Ingresos. INE, Chile, 2000.

¹³¹ Mujeres Chilenas. Estadísticas para el Nuevo Siglo. SERNAM e INE. Chile, 2001.



Se han identificado avances respecto de las condiciones laborales y los derechos de las trabajadoras en el marco de la salud y los derechos sexuales y reproductivos. En 1998, la ley 19.591 introdujo en el Código del Trabajo una disposición según la cual ningún empleador podrá condicionar la contratación de trabajadoras, su permanencia, renovación de contrato o movilidad de empleo a la ausencia o existencia de embarazo, ni exigir para dichos fines certificado o examen alguno para su verificación. A la ley N° 19.250 que establece que tanto la madre como el padre de un hijo menor de un año pueden hacer uso de permiso en caso de enfermedad de su hijo/a, a elección de la madre, en 1997 se sumó la ley 19.505 que concede permiso especial a las y los trabajadores en caso de enfermedad grave de hijas/os menores de 18 años por un máximo de 10 días al año. Además, la Ley 19.591 restableció el fuero o inamovilidad laboral por maternidad a las trabajadoras que se desempeñan en el servicio doméstico.

El Código del Trabajo establece el descanso pre- y post-natal, el fuero maternal o inamovilidad laboral, la obligación de mantener salas cunas para empleadores con industrias o establecimientos con más de 20 trabajadoras, la licencia por enfermedad del hijo/a y los permisos para lactancia. El descanso pre- y post-natal, de 6 y 12 semanas respectivamente puede prolongarse por enfermedad de la mujer. Después de una modificación hecha en 1993, el permiso post-natal puede ser concedido al trabajador o trabajadora al que se le haya confiado judicialmente el cuidado o la tuición de un niño menor de 6 meses. En este caso, la persona tiene derecho a licencia por 12 semanas.¹³²

Actualmente, se encuentra para su discusión en el Senado una propuesta de modificación del Código del Trabajo en torno al descanso maternal. La Cámara de Diputados aprobó el proyecto que pretende flexibilizar el uso del permiso prenatal, confiriendo a la trabajadora el derecho a traspasar hasta tres de las primeras semanas de su permiso pre-natal, al período post-natal, con la autorización de su médico. La trabajadora podría, además, solicitar que la prolongación del permiso post-natal sea por el doble de los días trasladados, período en que prestaría servicios sólo por la mitad de la jornada legal o la estipulada en el respectivo contrato. Además, el proyecto aprobado por la Cámara de Diputados contempla la posibilidad, en caso de parto prematuro, de traspasar los días no usados del pre-natal al período post-natal.

Algunos sectores se han opuesto a la flexibilización, argumentando que se podría prestar a abuso por parte de los/as empleadores/as durante el período pre-natal. Sin embargo, las observaciones clínicas muestran que las mujeres prefieren estar por más tiempo con sus hijos después del parto y que, en la medida que su embarazo lo permita, pueden trabajar hasta una fecha cercana a éste. Así, la flexibilización sería un importante avance para muchas mujeres, dependiendo del tipo de trabajo de que se trate, el desarrollo del embarazo, y la seguridad en

¹³² Artículo 200 Código del Trabajo introducido por la Ley 19.250 del 20 de septiembre de 1993.



SITUACIONES QUE REQUIEREN ATENCIÓN PRIORITARIA

sus traslados cotidianos. Para esto es necesario que la legislación garantice que la flexibilización sea efectivamente un derecho que las trabajadoras puedan ejercer sin presión alguna.

La Cámara de Diputados también aprobó un proyecto de acuerdo, [PSM1]destinado a extender el permiso post-natal en seis meses. La moción tiene su origen en una campaña de la Sociedad Chilena de Pediatría, la que ha entregado antecedentes a diversas autoridades sobre las ventajas de fomentar la lactancia materna, lo que requiere la prolongación del descanso post-natal de las mujeres que amamanatan. Esta medida permitiría reducir el drástico aumento de las licencias médicas por enfermedad del hijo/a menor de un año observado en los últimos 10 años, y es una respuesta crítica a las evaluaciones realizadas por economistas de gobierno sobre el costo de las licencias médicas a menores de un año.¹³³

En el marco de la Reforma a la Salud, una cuestión que ha concitado debate es el pago del denominado subsidio maternal o pago del equivalente remuneracional durante el período pre y post natal. Este es actualmente pagado por el Estado a través de las instituciones de salud previsional y su monto corresponde al promedio de remuneraciones de la trabajadora. Se anunció que la reforma de salud incidirá en la forma de financiamiento de dicho subsidio. Se ha previsto que sean las instituciones previsionales de salud (ISAPRES), las que paguen la licencia por maternidad en el caso de las afiliadas al sistema privado de salud y no el Estado. Para esto se crearía un fondo con aportes de hombres y mujeres, cuando las remuneraciones de las mujeres superen los \$400.000. Ello contraviene el Convenio 103 de la OIT, ya que traspasa los costos económicos de la maternidad a las mujeres, cuando la reproducción es también una función social cuyo costo debe ser compartido por la sociedad en su conjunto.¹³⁴

Otra materia que incide en la salud reproductiva de las mujeres es la inflexibilidad en la aplicación de la ley respecto al derecho de la trabajadora para alimentar al hijo/a menor de 2 años.¹³⁵ Si bien este es un derecho irrenunciable, es una norma poco operativa porque los tiempos de viaje entre lugar de trabajo y hogar son excesivos en las grandes ciudades. Por otra parte, las interpretaciones administrativas de los organismos del Estado - Dirección del Trabajo y Contraloría General del República - no admiten una flexibilización de la jornada laboral en el sentido de acortarla para compensar el tiempo en que la madre atiende a su hijo/a, cuando las distancias involucradas hacen imposible el uso de las porciones de tiempo para lactancia. En esto, la legislación se distancia del Convenio 103 de la OIT.

¹³³ Víctor Hugo Durán, " Programa ministerial de la mujer: Salud reconoce abuso en licencias maternales", El Mercurio, 25 de junio de 2002.

¹³⁴ Provoste P. El financiamiento del subsidio maternal. En estudiosdelsur@terra.cl, 2002.

¹³⁵ Artículo 206 del Código del Trabajo.



A su vez, el Código del Trabajo establece la obligación de los/as empleadores/as de contar con sala cuna cuando haya 20 o más trabajadoras en el establecimiento¹³⁶. Esta obligación es aplicable sólo con respecto de las mujeres, por lo cual se refuerzan los patrones socioculturales según los cuales la crianza y cuidado pertenece exclusivamente a ellas. Crea un incentivo negativo para la contratación de mujeres a actividades remuneradas, toda vez que el costo del funcionamiento de la sala cuna es asumido exclusivamente por los/as empleadores/as.

Ha aumentado la participación de la mujer en el mercado laboral. Sin embargo, se mantiene la discriminación negativa con respecto a los montos que remuneran funciones comparables ejecutada por mujeres y hombres, y no hay mecanismos que regulen esta situación. Ha habido avances en cuanto a la legislación y el Código del Trabajo para la protección de la maternidad, pero aun se debaten otros aspectos fundamentales incluyendo quién financia los costos asociados a la reproducción, y la libre elección de las mujeres y sus parejas acerca de cómo y quién absorbe el cuidado de los niños y niñas en las primeras etapas de su vida.

V.13. SISTEMAS DE SALUD Y REFORMA EN SALUD

El sistema de salud actual es, en parte, el resultado de la reestructuración en las políticas de salud iniciada en la década de los 80 por el gobierno militar. Se crearon las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRES), entidades privadas con fines de lucro, sin un objetivo solidario, que administran un seguro para financiar los gastos en salud de sus afiliados. Se traspasaron la mayoría de los centros de atención primaria a las municipalidades. Hubo una disminución progresiva y sostenida del aporte económico del Estado al sistema de salud público. La privatización de la salud y la disminución del papel subsidiario del Estado, perjudicaron principalmente el acceso a los servicios de la población más pobre y vulnerable.

A principios de la década de los noventa, Chile presentaba un sistema de salud mixto, con un sector privado creciente, con inversiones en nuevos establecimientos y tecnología, mientras que el sector público estaba en franco deterioro, producto de las restricciones implementadas por la política de ajuste fiscal de la década de los ochenta. El promedio, por año, de la inversión sectorial en la década de los ochenta fue de tan sólo \$8.089 millones¹³⁷.

Al asumir el primer gobierno democrático, en 1990, se produjo un cambio de orientación en las políticas presupuestarias en el sector salud, realizándose un considerable esfuerzo de inversión destinado a recuperar la

¹³⁶ Artículo 203 Código del Trabajo.

¹³⁷ Inversión Sectorial 1990-1999, MINSAL, www.minsal.cl, 01.07.03.



SITUACIONES QUE REQUIEREN ATENCIÓN PRIORITARIA

disminuida capacidad productiva de los hospitales de mediana y mayor complejidad. Se destinaron recursos preferentemente a aquellas regiones y establecimientos que presentaban un mayor grado de deterioro de su infraestructura hospitalaria y una mayor vulnerabilidad de la población beneficiaria desde la perspectiva médica y social.

El promedio, por año, de la inversión en el sector salud en la década de los noventa fue de \$46.729 millones, lo que significó un aumento de seis veces en comparación a la inversión promedio realizada en la década de los ochenta. La inversión se enfocó en privilegiar la atención ambulatoria de las prestaciones complejas, en el diseño de redes de atención de urgencia, a través de la rehabilitación de los Servicios de Atención Primaria de Urgencias (SAPU), en Centros de Referencia de Salud (CRS), Centros de Diagnóstico Terapéutico (CDT) y Consultorios de Atención Primaria.

Un alto porcentaje de la población chilena cuenta con algún tipo de previsión en salud ya sea a través del modelo solidario representado por FONASA y del privado provisto a través de las ISAPRES. Del total acogido a los sistemas de previsión, la mayoría (78.1%) pertenece a FONASA, y sólo el 21.9% a las ISAPRES. Se ha observado una disminución de la población con cobertura previsional de salud, bajando el porcentaje de la población beneficiaria de 90.4% en 1990 a 86.9% en 2001.^{138, 139}

Las ISAPRES discriminan a hombres y mujeres, ya sea en el acceso, en el uso y/o en la permanencia. Las mujeres en edad reproductiva sufren una mayor discriminación por ser consideradas de mayor riesgo, esto significa pagar un precio mucho mayor por un plan de salud con iguales beneficios que los de un hombre de igual edad. Para disminuir el costo de los planes, las ISAPRES han creado planes que no incluyen la atención del embarazo, parto y recién nacido, desconociendo la responsabilidad social en el costo de la reproducción.

Existe, además, un sistema doméstico de cuidado de la salud que es la base de apoyo no visible sobre la que descansa tanto el sector público como el privado. Este sistema realiza tareas de promoción, fomento, reparación y rehabilitación de la salud, particularmente importantes en la salud sexual y reproductiva. Dado que son las mujeres las que realizan estas tareas, sin ningún reconocimiento económico, el sistema doméstico de salud se traduce en una sobrecarga que impacta negativamente sobre sus condiciones de vida.^{140,141}

¹³⁸ SERNAM, Gobierno de Chile. <http://linux.sernam.gov.cl/basemujer/> 31.03.2003.

¹³⁹ Situación de Salud 2000: Informe Ejecutivo. MIDEPLAN. Chile, Agosto de 2001.

¹⁴⁰ Salud Reproductiva y Reforma del Sector Salud. Documento de Apoyo. Instituto de Asuntos Públicos, Departamento de Políticas Públicas, Universidad de Chile. Santiago de Chile, 2003.

¹⁴¹ Transversalización de la Perspectiva de Género en las Políticas de Reforma de Salud en Chile. Ministerio de Salud de Chile. Santiago de Chile, Diciembre 2000.



En este contexto, uno de los principales objetivos propuestos por el actual gobierno es la reforma en el sector salud. Este objetivo obedece a que, si bien Chile cuenta en la actualidad con buenos indicadores en el área, existe la necesidad de solucionar graves problemas en la prevención y atención en salud. Entre ellos está la inequidad en el acceso a los servicios y a una atención oportuna y de calidad, y una escasa adecuación al cambio epidemiológico y demográfico. Hay también un modelo de atención centrado en lo curativo más que en lo preventivo, la atención no considera a las personas como protagonistas del proceso de cuidar la salud y es excluyente de las familias y el entorno que rodea a las y los usuarios.

La Reforma del Sector Salud incluye una serie de proyectos de ley que tienen por objeto modificar de forma integral el sistema de protección a la salud dotando de exigibilidad a las prestaciones que aparezcan como prioritarias, creando una institucionalidad sanitaria que fiscalice la oportunidad y la forma en que se entregan las prestaciones, regulando las prestaciones dentro de las instituciones privadas, y estableciendo un financiamiento solidario que permita un acceso equitativo a la salud.¹⁴²

La reforma promueve un modelo de atención basado en la promoción, fomento y prevención, centrado en los consultorios de atención primaria. También pretende alcanzar el acceso equitativo a las acciones curativas a través del Plan de Acceso Universal a Garantías Explícitas (AUGE). Se sostiene que, con la reforma, y específicamente con el Plan AUGE, cerca del 80% de los problemas de salud deberán resolverse en un nivel primario de atención, es decir, en consultorios. Esto requiere la modernización de las Redes Asistenciales, con una acción coordinada, eficiente y eficaz entre los distintos niveles de atención. La Reforma incluye un Proyecto de Ley de Derechos y Deberes de la Personas en Salud, que entrega un marco para las acciones de salud basado en los derechos humanos y los conceptos de la bioética.

El Plan AUGE consiste en un plan básico que entregará atención garantizada y prioritaria de 56 patologías, pretendiendo cubrir el 80% de las enfermedades de mayor mortalidad, que provocan más discapacidad y que son responsables del 51% de los ingresos hospitalarios del país.¹⁴³ El AUGE ha estado cruzado por un fuerte debate en que han participado el gremio médico, el personal de la salud, las ISAPRES, los políticos y el gobierno. Entre las cuestiones no resueltas están el financiamiento, la libre elección y el número de patologías con expresa inclusión en las prioridades gubernamentales.

¹⁴² Cámara de Diputados, Boletín 2947-11.

¹⁴³ Al momento de la edición de este texto, se había modificado incluyendo el cáncer cérvico uterino y la colestasis.



SITUACIONES QUE REQUIEREN ATENCIÓN PRIORITARIA

La Concertación se encuentra dividida en sus opiniones. El Partido Socialista considera que, en tanto listado de prestaciones, constituye una definición rígida y poco flexible que dejará fuera patologías de menor frecuencia y quizás de menor costo que no estarán garantizadas. Las críticas que provienen del Partido Demócrata Cristiano dicen relación con la propuesta de portabilidad de subsidios, es decir, la capacidad de movilizarse entre un seguro privado y uno público. Esta crítica es además coincidente con la de los partidos de la Alianza por Chile y de la Asociación de ISAPRES.¹⁴⁴

La oposición del Colegio Médico y de los gremios de salud, coincide en la rigidez o poca flexibilidad del listado de patologías y el derecho a la salud. Además, con la reforma, la autoridad tenderá a regular la forma en que se realizan las prestaciones de salud y los aranceles que puedan cobrar los privados. Según algunos médicos, con el AUGE, las ISAPRES intentarán reducir al mínimo las prestaciones con criterios económicos más que sanitarios.¹⁴⁵

La Reforma de Salud afectará la forma en que se haga la promoción de la salud y los derechos sexuales y reproductivos, así como la atención de los problemas de salud relacionados con la sexualidad y la reproducción. Dado que la mortalidad por estas causas es baja, es posible que no se perciban como prioritarios los serios problemas planteados en este documento diagnóstico. Todos ellos requieren de un enfoque multi-sectorial del cual salud no puede excluirse ni restar recursos.

La carencia de un marco normativo que establezca que la salud sexual y reproductiva es un derecho de hombres y mujeres y el desconocimiento de los cambios socioculturales, obstaculiza que los/as prestadores/as de servicios reconozcan a las personas como sujetos de derechos en el ámbito de la sexualidad y la reproducción¹⁴⁶.

Aunque el Proyecto de Ley de Derechos y Deberes de las Personas en Salud ha concitado acuerdo, el proyecto actual es insuficiente en aspectos particularmente relevantes en materia de salud y derechos sexuales y reproductivos. Entre ellos está la confidencialidad de la información, tan importante para adolescentes y mujeres que se han practicado un aborto, y el respeto por la libertad de conciencia y religión que incide en las posturas de proveedores sobre anticoncepción. También debería considerar el derecho a acceder a los beneficios del progreso científico que incide en la disponibilidad de métodos y procedimientos de regulación de fertilidad y fertilidad asistida. Algunas ONGs¹⁴⁷ enviaron al MINSAL indicaciones sobre estos temas, las mismas que se han hecho llegar a la Comisión de Salud de la Cámara de Diputados.

¹⁴⁴ Diario El Mercurio, 13.10.2002.

¹⁴⁵ Revista Siete más Siete, "El silencio de las ISAPRES luego del debate por el financiamiento de la reforma ha ayudado a que los médicos apunten contra ellas", 29.11.2002.

¹⁴⁶ Salud Reproductiva y Reforma del Sector Salud. Documento de Apoyo. Instituto de Asuntos Públicos, Departamento de Políticas Públicas, Universidad de Chile. Santiago de Chile, 2003.

¹⁴⁷ CORSAPS, ICIMER, Foro Red de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos y CIPRESS



Para asegurar la incorporación de la perspectiva de género en la Reforma de Salud se elaboró el documento "Transversalización de la perspectiva de género en las políticas de Reforma de Salud en Chile" que recibió el aporte de ONGs y de instituciones académicas y gubernamentales, el que fue publicado por la Organización Panamericana de la Salud y el Ministerio de Salud.¹⁴⁸

El documento plantea una serie de desafíos que la reforma debe incorporar para satisfacer las necesidades de hombres y mujeres en salud sexual y reproductiva. Estos incluyen cambios legislativos; mejoramiento de la calidad y cobertura de los servicios, confidencialidad de la atención; acceso a una amplia gama de recursos tecnológicos para el manejo de la fertilidad, prevención y tratamiento oportuno de infecciones y patología, y programas efectivos para la atención de víctimas de abuso sexual entre otros. No está claro cómo estos contenidos se reflejarán en los distintos procesos que configuran la Reforma, ni cómo las distintas instituciones de previsión respetarán la equidad de género en los planes que se ofrecen.

¹⁴⁸ "Transversalización de la perspectiva de género en las políticas de Reforma de Salud en Chile", OPS - MINSAL, Santiago, 2001, p. 10.



CONCLUSIONES



Nuestro país ha experimentado grandes cambios sociales, culturales, políticos y económicos en las últimas décadas. Hay una creciente libertad política, desarrollo de la economía, mayor acceso a bienes de consumo y a diversas tecnologías, cambios en la estructura de las familias y mayor participación femenina en el ámbito laboral y educacional. Estas transformaciones se acompañan de escasa participación política de la ciudadanía, especialmente de los y las jóvenes, acceso inequitativo al desarrollo económico y discriminación de género en remuneraciones y cargos de responsabilidad.

También hay cambios en el ámbito de la sexualidad y la reproducción, como el inicio más precoz de las relaciones sexuales, la disminución de la fecundidad y la conformación de muy diversos tipos de parejas y de familias. Sin embargo, esto no ha sido acompañado de modificaciones en el discurso conservador sobre estas materias, el que sigue influenciando muchas decisiones políticas y administrativas. Se requiere un cambio cultural que reconozca la diversidad presente en la sociedad chilena, y se deben diseñar políticas basadas en el pluralismo que permitan el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos.

La promoción de los derechos sexuales y reproductivos, implica incentivar una modificación de las relaciones de género y apoyar la igualdad de oportunidades de hombres y mujeres. Es, también, eliminar toda discriminación, por edad, orientación sexual, etnia, nivel socio-económico o religión, en el acceso a la educación y servicios de salud sexual y reproductiva. Es necesaria una amplia expansión de la ciudadanía, para que las personas puedan expresar sus opiniones, tomar decisiones informadas sobre temas tan importantes como sexualidad y reproducción y decidir su futuro en libertad.

El Estado Chileno se ha comprometido a asegurar a la población la posibilidad de ejercer los derechos sexuales y reproductivos al acoger el marco de Derechos Humanos en el cual éstos se encuentran insertos y al suscribir los distintos acuerdos internacionales que los hacen explícitos (como la Conferencia sobre Población y Desarrollo de El Cairo en 1994 y la IV Conferencia Mundial de la Mujer en Beijing en 1995). No obstante, no se han implementado los mecanismos necesarios para difundirlos, de modo que la población los desconoce y no puede exigir el cumplimiento de estos acuerdos. Tanto los programas de educación como los servicios de salud muestran carencias importantes que representan obstáculos para alcanzar la meta de salud sexual y reproductiva para toda la población chilena.

Hay sectores que se ven particularmente afectados por esta situación. Entre ellos están los y las jóvenes, las mujeres excluidas socialmente, y las personas que expresan una orientación sexual diferente del sexo biológico. Por esto nos parece importante discutir algunos de los cambios necesarios para que todas las personas puedan ejercer los derechos sexuales y reproductivos y logren alcanzar mejores niveles de salud sexual y reproductiva.

El ejercicio de la sexualidad juvenil no es reconocido socialmente y, por ende, este sector de la población no se considera sujeto de derechos en el ámbito de la sexualidad. Frente a la mayor incidencia de relaciones sexuales prematrimoniales, el inicio sexual de las mujeres a edades más tempranas y la alta tasa de embarazos en adolescentes, resulta particularmente grave la falta de reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos en este grupo.

Al no implementar una política preventiva en salud sexual y reproductiva respecto a la población joven, especialmente la falta de información, educación y servicios, se contradicen los acuerdos internacionales suscritos por el gobierno, los que establecen que hombres y mujeres (jóvenes o adultos) puedan ejercer su derecho a estar informados y a tener acceso a métodos seguros, efectivos y aceptables de regulación de la fertilidad y prevención de infecciones de transmisión sexual.

Las políticas públicas en salud sexual y reproductiva, al dirigirse a aquellas mujeres que están embarazadas o ya han sido madres, no responden a las necesidades de las jóvenes sexualmente activas en cuanto a educación y salud. Se deberían diseñar políticas enfocadas en estas necesidades, lo que requiere el reconocimiento de la sexualidad juvenil y sus derechos, lo que a su vez implica un cambio cultural profundo de la sociedad. Se deberían implementar programas y servicios en educación y salud, destinando los recursos humanos y económicos necesarios. El ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos por parte de los y las jóvenes incluye el derecho a la información, a la educación y al acceso a métodos anticonceptivos de modo que puedan vivir una sexualidad sana y placentera, y enfrentar en forma responsable y planificada su reproducción.

En Chile, se ha realizado un esfuerzo sostenido por entregar servicios de salud a la mujer durante el embarazo y el parto y así lo muestran los buenos indicadores de salud. La actitud de nuestra sociedad hacia los servicios que contribuyen a la autonomía de la mujer y al ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos es diferente y ha generado un debate importante. Por ejemplo, la atención de problemas vinculados a la vida sexual es escasa, la anticoncepción está limitada a mujeres que han tenido hijos, la gama de opciones anticonceptivas es restringida y la anticoncepción de emergencia aún no está disponible en los servicios públicos.

El MINSAL debería jugar un papel fundamental en la promoción de los derechos y la salud sexual y reproductiva. Actualmente, la mayoría de los servicios no entrega atención integral a todas las necesidades que las mujeres, los hombres, las parejas y las familias tienen con respecto a su sexualidad y reproducción, y lo habitual es que se atienda en forma separada cada necesidad. Hay deficiencias en la calidad de la atención, donde hay escasa incorporación de la perspectiva de género y poca consideración del contexto social, cultural y económico en que viven las personas.

Se debería facilitar el acceso de la población de escasos recursos a una mayor variedad de anticonceptivos. La información sobre AE y su distribución, sin barreras burocráticas, debe implementarse dentro de las estrategias de prevención de embarazos no deseados y aborto. La esterilización femenina debe ser accesible una vez completado el número de hijos deseados, así como también se debe fomentar la responsabilidad masculina en este ámbito, creando las condiciones que faciliten el uso del condón y la realización de vasectomías.

La inversión en regulación de la fertilidad puede disminuir los altos costos que representan las hospitalizaciones por aborto y evitar el daño psicológico y social que viven muchas mujeres cada año. Existen servicios de salud que no brindan un trato humanizado a quienes se han practicado un aborto, y en algunos se las denuncia, desconociendo el derecho de toda persona a la confidencialidad de la información médica. Las mujeres denunciadas y procesadas por aborto son, en su totalidad, de escasos recursos. Hay que pasar de negar la realidad del aborto a asumir la existencia de miles de abortos anuales y asegurar el acceso a una amplia gama de métodos anticonceptivos y servicios de regulación de la fertilidad de óptima calidad para prevenir este problema de salud pública.

El aborto es ilegal en todas las circunstancias y las mujeres no pueden optar al aborto por causas médicas, aunque su salud y su vida corran peligro o el feto no sea viable por portar alguna patología incompatible con la vida. La necesidad de reponer el aborto por causas médicas ha sido reconocida por políticos de diferentes sectores.

La incorporación de los hombres a la responsabilidad de cuidar la salud sexual y reproductiva y a la atención en los servicios es mínima. No se les acoge ni como individuos con necesidades propias, ni como pareja de la mujer o padre de los niños que se atienden, con excepción de su participación en el parto en algunos servicios que los autorizan a estar presentes. Al no integrar a los hombres en la atención, se hace invisible la responsabilidad masculina en el embarazo y las infecciones de transmisión sexual, lo que impide abordar la prevención de manera integral. Mejorar la calidad de la atención implica, también, enfrentar los obstáculos para la participación masculina en el cuidado de la salud sexual y reproductiva, ofreciendo la información y los servicios necesarios.

A pesar de la alta valoración social de la maternidad, las parejas que se atienden en el sistema público de salud no pueden acceder a procedimientos para el diagnóstico y tratamiento de la infertilidad, incluyendo los de reproducción asistida, herramienta esencial en muchos casos para el tratamiento de la infertilidad. Los procedimientos están disponibles en la atención privada, pero las ISAPRES no cubren todas las prestaciones necesarias. Esto muestra la falta de equidad de nuestra sociedad y el doble discurso sobre reproducción.

Uno de los problemas importantes a enfrentar es la prevención de las infecciones de transmisión sexual y del VIH. Esto implica que el Estado debe asumir un papel protagónico en la entrega de información y en hacer accesibles los condones como instrumentos eficaces de protección, así como los métodos para la detección precoz y el tratamiento a la población que los necesita. La ley del SIDA significó un gran avance, y se espera que se supere la inequidad en el acceso a la atención y tratamiento de las personas de escasos recursos que están viviendo con VIH/SIDA.

La calidad de la atención en salud sexual y reproductiva en los servicios públicos no es siempre adecuada, sea por falta de capacitación de los/as proveedores/as, ausencia de normas actualizadas, desinformación de las usuarias/os, oferta limitada de anticonceptivos, infraestructura inadecuada, personal limitado y atención discriminatoria contra los/as jóvenes y/o sin un enfoque de género. Las relaciones que establecen las instituciones de salud pública con las mujeres se sitúan en el contexto de la cultura tradicional predominante, sin perspectiva de género, y se establecen relaciones de poder a través de un lenguaje técnico no accesible a quienes consultan. Las políticas, en calidad de atención, deberían promover cambios culturales que modifiquen los estereotipos de género de quienes prestan la atención en salud.

Las mujeres de todas las edades son las principales víctimas de violencia. En la última década se han logrado grandes avances, especialmente desde el punto de vista legal, pero aún persisten grandes deficiencias en la acogida, manejo, tratamiento, reparación y asistencia de ellas. No se están destinando los recursos necesarios para sensibilizar y capacitar al personal que atiende a las víctimas y a la población en general, ni para implementar la infraestructura adecuada y dar un apoyo integral a las personas y familias que sufren por violencia. Los servicios que atienden a las víctimas de violencia intrafamiliar y violencia sexual deben expandirse a todo el país, facilitando el acceso a la prevención de embarazo y de infecciones después de una violación. Se requiere implementar mecanismos para la protección legal de las víctimas y capacitación de todos/as los que las atienden en el respeto por su dignidad y derechos, entre otras medidas.

Para mejorar la atención de la salud sexual y reproductiva se requiere actualizar las normas técnicas incorporando la evidencia científica actual, proveniente tanto de la investigación biomédica como de la investigación en servicios y calidad de atención. Además, se necesita capacitar a todo el personal de salud en los contenidos actualizados, en técnicas de comunicación y en perspectiva de género. También las autoridades de los servicios precisan capacitación para mejorar la gestión, en el marco de la reforma de salud propuesta por el actual Gobierno.

También se requiere un cambio cultural en el tema de familia. Hay una visión tradicional que plantea un modelo único de familia, desconociendo la realidad existente, y una postura empírica que plantea la necesidad de hacerse cargo de la diversidad de familias existente. Nos parece que se deben elaborar propuestas en el plano legislativo, educacional y de salud, desde el respeto por la diversidad, para proteger efectivamente a los integrantes de los diferentes tipos de familia que conforman la sociedad chilena. Es necesario contar con una ley de divorcio vincular, que permita regular la situación en que quedan los hijos e hijas cuando se termina la relación de sus padres. Hay que diseñar mecanismos sociales para la protección de familias con características de riesgo psicológico y social para sus integrantes (violencia intrafamiliar, violaciones al interior del hogar, etc). Hay que promover la transición desde una familia donde predominan los estereotipos de género (generando para la mujer una doble jornada de trabajo y dificultades para apoderarse de sus derechos ciudadanos), a una familia donde hombres y mujeres puedan compartir las tareas y desarrollar sus potencialidades tanto en el ámbito público como privado.

Sobre los aspectos legales, nos interesa destacar dos propuestas de ley. La primera se refiere al Proyecto de Ley Marco sobre Derechos Sexuales y Reproductivos. Este proyecto plantea que los compromisos que el Estado de Chile ha contraído en estas materias sientan las bases para que todos los poderes del Estado se comprometan a implementar políticas públicas para la promoción y garantía de estos derechos, y a impulsar leyes en este sentido. A su vez, corresponde al Poder Legislativo promover y aprobar tales iniciativas. Por su parte, al Poder Judicial le corresponde asegurar y garantizar que los derechos así establecidos sean respetados, adoptando todas las medidas conducentes a su efectivo ejercicio, declarando como ilegales o arbitrarias todas aquellas prácticas que los transgredan. El no hacerlo constituye una violación a los instrumentos internacionales de Derechos Humanos que Chile ha suscrito y que son, además, parte de nuestro ordenamiento jurídico.

La segunda propuesta, se relaciona con el Proyecto de Ley de Deberes y Derechos de las Personas. Este debe garantizar el acceso de toda la población a la salud, es decir todo tipo de acceso y no solamente durante la entrega de las prestaciones. También debe garantizar el derecho a un trato digno y de calidad y el derecho a la confidencialidad de la información y la privacidad en la atención. Esto es especialmente importante en el caso de adolescentes que consultan sobre aspectos relacionados con su vida sexual, y de mujeres que se han practicado un aborto, de tal manera que puedan solicitar consejería y atención en un ambiente de respeto y seguridad. Interesa particularmente, desde el ámbito de la salud sexual y reproductiva, el consentimiento informado en todas las prácticas médicas así como en los protocolos de investigación clínica, los que éticamente deben ajustarse a los estándares aprobados por organismos internacionales pertinentes. Este proyecto debería también asegurar que la objeción de conciencia no se transforme en una barrera para acceder a ciertos métodos o procedimientos necesarios en la atención de salud sexual y reproductiva.



CONCLUSIONES

Diversas organizaciones de la sociedad civil y del mundo académico han realizado esfuerzos por la difusión, la promoción y la defensa de los derechos sexuales y reproductivos, así como por insertar consideraciones de derechos y perspectiva de género en las políticas y programas de Gobierno que se relacionan con la salud sexual y reproductiva. Con la colaboración de algunos sectores gubernamentales se han hecho progresos en los últimos años, que es necesario profundizar y consolidar en el futuro. Pero, como señala este informe, aun hay numerosas carencias que requieren atención prioritaria y tareas pendientes que dependen del compromiso de las autoridades políticas y administrativas.

Esperamos que la información contenida en este documento sea útil para quienes, desde la esfera del Estado o desde la sociedad civil, estén interesados en la formulación de políticas públicas que permitan a la población chilena acceder al ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos y a la salud sexual y reproductiva, en forma equitativa.



ANEXO 1



MARCO CONCEPTUAL

El marco conceptual de este documento, en cuanto a políticas y programas de salud sexual y reproductiva, se basa en:

- Los conceptos de salud y derechos sexuales y reproductivos formulados por las agencias de las Naciones Unidas, conceptos claves para comprender la dirección en que queremos impulsar los cambios de políticas en Chile.
- La perspectiva de género, la que quedó claramente establecida en la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (El Cairo, 1994)¹⁴⁹, donde se destacó que la educación y el empoderamiento de las mujeres eran requisitos indispensables para el desarrollo de los países y el éxito de los programas de salud. Esta postura fue ratificada en la IV Conferencia de la Mujer (Beijing, 1995).
- El concepto de políticas y servicios de salud organizados de acuerdo a lo que la evidencia científica ha demostrado como eficiente para resolver los problemas de salud de la población. Esto requiere de una permanente capacitación del personal de salud para su implementación.

Salud Sexual y Reproductiva

La Organización Mundial de la Salud (OMS), ha definido salud reproductiva como la condición en la cual se logra el proceso reproductivo en un estado de completo bienestar físico, mental y social para la madre, el padre y los hijos/as y no solamente en ausencia de enfermedad o trastornos de dicho proceso. Según la OMS, la salud sexual se refiere al completo bienestar físico y psicológico en el plano sexual y supone la integración de los aspectos somáticos, emocionales, intelectuales y sociales de la sexualidad, de manera que se enriquezcan y estimulen la personalidad, la comunicación y el amor.^{150, 151}

Estas definiciones implican que las personas tengan la capacidad de reproducirse, que puedan hacerlo con los mínimos riesgos, que se pueda regular la fertilidad de modo que las personas o las parejas puedan decidir

¹⁴⁹ United Nations. Report of the International Conference on Population and Development, Cairo, September, 1994. New York, United Nations, 1994.

¹⁵⁰ World Health Organization. Womens Health. Position Paper for the IV World Conference on Women, Beijing, China, 1995. WHO/FHE/95.8. Geneva.

¹⁵¹ World Health Organization. Health, Population and Development. Position Paper for the International Conference on Population and Development, Cairo, 1994. WHO/FHE/94.2. Geneva.

libremente si tener o no hijos, cuántos y cuándo, y que puedan disfrutar de una sexualidad placentera y segura, sin riesgos para su salud. También implican que la reproducción se complete de modo satisfactorio a través de la supervivencia, el crecimiento y desarrollo del lactante de modo que los hijos y las hijas puedan llegar en óptimas condiciones a la vida adulta. Implica, además, que la mujer pueda vivir con seguridad el embarazo y el parto, y que pueda conseguir la regulación de su fertilidad sin riesgos para su salud.

El concepto de salud sexual y reproductiva y el de atención integral, en esta área, son relativamente nuevos y todavía se debaten ampliamente. Está centrado en las personas y sus derechos y en la perspectiva de género, más que en metas poblacionales, programáticas o políticas. En este enfoque, las personas son sujetos activos en lo que se refiere a su salud, más que objetos pasivos. Las y los usuarios de los servicios participan junto a los profesionales de salud en la búsqueda de una mejor calidad de vida para sí, sus parejas y sus familias. Se intenta que las visiones de las y los proveedores y de las personas que se atienden se complementen, integrando los conocimientos técnicos y la experiencia profesional con las percepciones y necesidades sentidas por las y los usuarios. Es un enfoque integral, que requiere de un trabajo interdisciplinario en el que participen, no sólo profesionales del área bio-médica sino también educadores, científicos sociales, trabajadores sociales y la propia comunidad.¹⁵²

Así, los conceptos de salud sexual y de salud reproductiva trascienden el enfoque tradicional, centrado en la biología y la medicina, y cobran una dimensión mayor al abarcar un ámbito más amplio de las necesidades humanas e involucrar aspectos tales como libertad, desarrollo individual, género y calidad de vida. Se relacionan con el concepto de derechos sexuales y reproductivos, en la medida en que el pleno bienestar en el plano sexual y reproductivo se obtiene cuando las personas ejercen y exigen sus derechos.

Derechos Sexuales y Reproductivos

Según el Fondo de Población de las Naciones Unidas, el concepto de derechos sexuales y reproductivos está ligado al conjunto de derechos humanos. No son separados ni separables de los derechos civiles, políticos y sociales. Implican una concepción más amplia de ciudadanía y se vinculan con el derecho a la salud, a la libertad individual, a la libertad de pensamiento, de conciencia y religión, de opinión y expresión, a la información y educación, a la decisión de formar o no una familia, a vivir libre de maltrato y al acceso a los beneficios del progreso científico, entre otros.¹⁵³

¹⁵² Díaz S. La salud reproductiva desde una perspectiva biomédica. En: Realidades y Desafíos. Reflexiones de Mujeres que Trabajan en Salud Reproductiva. (eds) S. Díaz, S. Sánchez, M. Silvamonge. Instituto Chileno de Medicina Reproductiva, Santiago, 1995. pp. 15-21.

¹⁵³ Federación Internacional de Planificación de la Familia (IPPF). Carta de IPPF de Derechos Sexuales y Reproductivos. Visión año 2000. Londres, 1996.

Originalmente, y en términos restringidos, derechos reproductivos se entendió como el derecho básico de las parejas e individuos para decidir libre y responsablemente sobre el número y espaciamiento de sus hijos, y para tener la información, educación y medios para hacerlo. En términos amplios, hoy se considera que, además, incluyen aquellos derechos básicos de las personas a acceder y obtener la información, los servicios y el apoyo necesarios para tener una vida sana, libre y plena en el ámbito de la salud reproductiva y sexual, sin discriminación de edad, género, raza, orientación sexual, estado civil, condición socio-económica, etc. Las personas tienen el derecho de poder ejercer o no la sexualidad y poder vivirla en forma segura, sin riesgo de infecciones de transmisión sexual y en forma independiente de la reproducción. Esto implica el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva, así como el derecho a adoptar decisiones sobre la sexualidad y la reproducción sin sufrir discriminación, coerción ni violencia.¹⁵⁴

En el contexto de los acuerdos y convenciones internacionales suscritos por Chile, el Estado debe garantizar la provisión de servicios en salud, educación y justicia, de modo que las personas puedan contar con adecuada protección de la salud y los derechos sexuales y reproductivos mencionados.

Chile ha suscrito diversos acuerdos internacionales en este sentido, incluyendo la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo de El Cairo en 1994, y la IV Conferencia Mundial de la Mujer en Beijing en 1995. Aunque los acuerdos internacionales no son compromisos que tengan carácter de obligatorio, sirven para que los Estados diseñen las bases de las políticas públicas y desarrollen acciones tendientes a alcanzar los objetivos internacionalmente acordados. Con el fin de otorgarle exigibilidad al marco de los derechos, no puede prescindirse de los tratados internacionales de derechos humanos que recogen los derechos sexuales y reproductivos. Algunos importantes estándares están contenidos en la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW), cuyo comité ha hecho recomendaciones específicas al Gobierno de Chile¹⁵⁵, convención que además contiene observaciones generales sobre el derecho a la salud de las mujeres. Ello, sin desconocer el marco que aportan todos los instrumentos internacionales de derechos humanos, y en especial la Observación General N° 28 sobre la igualdad entre hombres y mujeres del Comité de Derechos Humanos de las Naciones Unidas.

Al acoger el marco de Derechos Humanos en el cual se encuentran insertos los derechos sexuales y reproductivos, el Estado chileno se ha comprometido a asegurar a la población la posibilidad de ejercer estos derechos. Sin embargo, no se han implementado todos los servicios necesarios y la población desconoce sus derechos en estas materias.

¹⁵⁴ Valdés, T. Derechos sexuales y reproductivos: concepto y condicionantes de su ejercicio. En: *Cuerpo y Sexualidad*. Vidal F., Donoso C. eds. FLACSO, Universidad Arcis, Vivo Positivo. Santiago, 2002.

¹⁵⁵ CEDAW, Vigésimo Período de Sesiones, Junio de 1999.

Es importante señalar que Chile no tiene un cuerpo legal que trate directamente sobre los derechos reproductivos; sólo existe una normativa que se refiere indirectamente a la reproducción: Cautela de los derechos del que está por nacer, penalización del aborto, y protección a la maternidad.¹⁵⁶ Pero nada de ello en particular, ni la legislación nacional como un todo, da cuenta de la reproducción como un derecho de las personas. Por esta razón, grupos de la sociedad civil generaron el Proyecto de Ley Marco sobre Derechos Sexuales y Reproductivos presentado al Parlamento.¹⁵⁷

Género y salud sexual y reproductiva

La Organización Panamericana de la Salud (OPS), ha definido como género "la construcción cultural que asigna, jerárquicamente, en las esferas públicas y privadas, formas de comportamiento y de roles a las mujeres y a los hombres sobre la base de su diferenciación sexual".^{158,159} La perspectiva de género pone énfasis en el análisis de las funciones sociales asignadas a mujeres y hombres y a la distinta valoración social que tienen estas funciones. También considera el impacto diferencial que pueden tener en mujeres y hombres las políticas y los programas de salud, lo que es particularmente relevante cuando se trata de la salud sexual y reproductiva. Así, cuando se consideran los servicios necesarios, se debe tener en cuenta el contexto en que viven mujeres y hombres, y no sólo los aspectos biomédicos.

Desde la perspectiva de género, hay que destacar que la reproducción implica costos importantes para las mujeres. Ellas son las portadoras del embarazo, y corren los riesgos asociados para su salud y su vida en el embarazo patológico, parto y aborto, y las que sufren habitualmente los eventuales problemas asociados al uso de anticoncepción. De ahí la necesidad de servicios con enfoque de género para la atención pre y post natal, la atención del parto y del aborto y la regulación de la fertilidad.^{160,161}

La salud sexual y reproductiva afecta también a los hombres de múltiples maneras, como sujetos de su propia sexualidad, y como participantes en el proceso reproductivo. Además, sus decisiones y conductas afectan la vida de las mujeres, particularmente cuando hay inequidad en las relaciones de género o abuso de poder religioso, administrativo, político o económico. Hay por lo tanto, la necesidad de incorporarlos en los servicios y actividades

¹⁵⁶ Casas L, Ortiz Y. Anticoncepción de Emergencia: un marco jurídico. Informe preparado para el proyecto Aceptabilidad de la Anticoncepción de Emergencia, ICMER/OMS. Santiago, 1997.

¹⁵⁷ Proyecto de Ley Marco sobre Derechos Sexuales y Reproductivos. Santiago, Chile, Agosto 2000.

¹⁵⁸ Ministerio de Salud de Chile. Transversalización de la Perspectiva de Género en las Políticas de Reforma de Salud en Chile. Santiago, Dic.2000.

¹⁵⁹ Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud: Marco de referencia, componentes y estrategias para mejorar la calidad de atención en los servicios de salud reproductiva, con enfoque de género. PAHO/HDW/96-005. Washington DC, Abr 1995.

¹⁶⁰ Matamala M.I. (ed): Calidad de la atención, Género, ¿Salud reproductiva de las mujeres? Reproducciones América, Santiago, Chile, 1995.

¹⁶¹ Berer M. Population and family planning policies: Women-centered perspectives. Reproductive Health Matters, 1993, 1:4-12.

educativas con respecto a salud y derechos sexuales y reproductivos.^{162,163}

Desde la perspectiva de género, también es importante considerar la atención de la sexualidad ya que es una característica fundamental de hombres y mujeres y es parte importante de su bienestar y felicidad. Otros temas que deben considerarse son las limitaciones en el ejercicio de la autonomía de muchas mujeres para tomar decisiones en el área de la salud sexual y reproductiva y la regulación de la fertilidad, porque pueden afectar profundamente sus vidas a corto y largo plazo.

Incorporar la perspectiva de género implica reconocer y respetar las diferencias, negociar espacios de libertad, asumir responsabilidades y resolver conflictos de manera colectiva. Es parte de la interacción de ambos sexos, entre los miembros de diferentes grupos sociales, entre instituciones y personas con las que se relacionan. Todo ello tiene repercusión en la forma de vivir la sexualidad y la reproducción. Creemos que también debe influir en la forma en que se diseñen y entreguen en los servicios de salud y educación las materias relacionadas con la sexualidad y la reproducción.

Políticas de Salud basadas en la evidencia

El derecho a los beneficios del progreso científico es uno de los derechos humanos básicos. Implica que los servicios de salud deben guiarse según estándares derivados de la evidencia científica actual en cuanto a los procedimientos o métodos usados (medicina basada en la evidencia) y en cuanto a la organización y gestión de dichos servicios (evidencia proveniente de la investigación en servicios de salud e investigación operativa). Implica, además, que los procedimientos o drogas reconocidamente efectivas deben estar accesibles para el manejo de la condición de salud. También implica que no deben usarse drogas o procedimientos que no sean la alternativa más eficaz y segura o que no cumplan con los estándares de seguridad y eficacia deseables.

Los servicios de salud sexual y reproductiva, desgraciadamente, no siempre responden a este derecho. Hay normas técnicas atrasadas y algunos procedimientos esenciales para el respeto de los derechos sexuales y reproductivos no son fácilmente accesibles (ejemplos son la anticoncepción de emergencia para la prevención de embarazo en víctimas de violación y la minilaparatomía como procedimiento seguro para la esterilización quirúrgica). Tampoco se reconoce la evidencia significativa, proveniente de países desarrollados y también de experiencias chilenas, sobre los programas que son efectivos para prevenir embarazo en adolescentes¹⁶⁴; y no hay directrices para proteger la vida de la madre cuando el embarazo representa un riesgo en tal sentido.

¹⁶² UNFPA. Male Involvement in Reproductive Health, including Family Planning and Sexual Health. Technical report No 28, New York, 1995.

¹⁶³ Family Health International. Los hombres y la planificación familiar. Network 7(3), Octubre, 1992.

¹⁶⁴ Darroch JE, Frost JJ, Singh S. Teenage sexual and reproductive behavior undeveloped countries: Can more progress be made? Occasional report No 3, 2001. The Alan Guttmacher Institute (www.guttmacher.org).

Para producir cambios en políticas de salud no basta, sin embargo, con proporcionar evidencia científica. Por una parte, ésta puede ser difícil de interpretar para los que toman decisiones o puede competir con opiniones de expertos locales que no siempre conocen las publicaciones o los acuerdos internacionales más recientes. Además, existen otras variables en juego que deben reconocerse, entre las que están diferentes prioridades, costos y asignación de recursos, metas o preferencias personales de funcionarios, y objetivos electorales de los políticos.^{165,166,167}

Creemos que el progreso en esta área se consigue con el diálogo destinado a cuestionar las políticas y programas existentes y a convencer, con la evidencia científica presentada de manera accesible, a quienes deben tomar las decisiones. Es importante la participación de los destinatarios de las políticas y programas de salud o educación en este diálogo, no sólo para recoger sus opiniones, sino para influir en los decisores sobre el impacto social de las medidas que se tomen. Este diálogo tiene que conjugar los intereses de todos los participantes y requiere perseverancia. Se ha demostrado que las estrategias más exitosas para la modificación de políticas incluyen contactos personales con los diseñadores de políticas y programas, la preparación de guías claras sobre los temas en los que se desea aplicar la evidencia científica y la oportunidad con que se discutan los temas.

Por otra parte, es necesario considerar que los cambios de políticas y programas requieren de personal capacitado para que los servicios entreguen a la población los beneficios del progreso científico.

Atención integral de salud

La atención de salud sexual y reproductiva se define como el conjunto de métodos, técnicas y servicios que contribuyen a la salud y al bienestar reproductivo al prevenir y resolver los problemas relacionados con la sexualidad y reproducción de una manera integrada. Incluye, también, como objetivo el desarrollo de la vida y de las relaciones personales y no solamente el asesoramiento y la atención en materia de reproducción y de infecciones de transmisión sexual.

En los últimos años se ha producido un debate internacional muy amplio sobre los aspectos que deberían incluirse en los servicios de salud sexual y reproductiva, tanto a escala internacional como de algunos países interesados. Hay consenso en cuanto a la prioridad que deben tener la educación y preparación para una vida

¹⁶⁵ Weatherly H., Drummond M., Smith D. Using evidence in the development of local health policies. Some evidence from the United Kingdom. *Int J Tech Assess Health C*, 2002,Fall, 18 (4):771-81.

¹⁶⁶ Elliot H., Popay J. How are policy makers using evidence? Models of research utilization and local NHS policy making. *J Epidemiol Community Health* 2000, 54(6):461-8.

¹⁶⁷ Black N. Evidence based policy: proceed with care. *BMJ*, 2001, 323: 275-9

sexual y reproductiva responsable, la prevención de embarazos no deseados y de infecciones transmisibles por la vía sexual, la atención del embarazo, parto y postparto, la planificación familiar y la atención de los hijos y las hijas para que lleguen en óptimas condiciones a la vida adulta. También hay consenso en progresar en la calidad de la atención que se ofrece, orientando los programas hacia servicios integrales que consideren todas las necesidades de salud sexual y reproductiva a lo largo de toda la vida de las personas.

Para responder a las necesidades en los diferentes períodos de la vida, los centros que imparten programas de educación y servicios en salud sexual y reproductiva deben incluir:

- La educación sobre la sexualidad y la reproducción, que permita a las personas tomar libremente las decisiones más adecuadas para su condición individual.
- La información, educación y medios para decidir si tener hijos, cuándo y cuántos. Esto incluye la entrega de métodos anticonceptivos, conjuntamente con la educación y orientación necesarias que permita a las personas escoger los que son más apropiados para ellas. Para esto, se requiere acceso a métodos anticonceptivos seguros y eficaces, tanto femeninos como masculinos, y a la esterilización quirúrgica voluntaria, así como poder decidir qué método usar de acuerdo con las circunstancias y preferencias de cada cual.
- La educación y atención vinculadas al embarazo, parto, postparto, incluyendo los roles parentales.
- El cuidado del crecimiento y desarrollo de los hijos y las hijas, incluyendo la promoción de la lactancia, de modo que puedan llegar en óptimas condiciones a la vida adulta.
- La atención adecuada y humanitaria de las complicaciones del aborto.
- La prevención de la infertilidad y el tratamiento y apoyo de la pareja infértil.
- La prevención, detección precoz y tratamiento oportuno de las infecciones de transmisión sexual y SIDA.
- La prevención, detección precoz y tratamiento oportuno de las enfermedades del aparato reproductivo, incluyendo el cáncer cervicouterino, de mamas y de próstata, y de la patología endocrina relacionada.
- La atención de las personas que son o han sido víctimas de violencia sexual, incluyendo una efectiva protección legal contra la violencia sexual, y con información sobre las instancias y los mecanismos para enfrentar este problema.
- La información suficiente para poder tomar decisiones libres sobre intervenciones quirúrgicas y otros tratamientos sobre el propio cuerpo.
- La preparación para la vida sexual y reproductiva, así como la atención de las condiciones de salud derivadas del proceso reproductivo, implica la educación y atención de las necesidades biomédicas y psicosociales de las personas fuera de los períodos reproductivos de la vida, como son la infancia, menopausia y post-menopausia.
- La atención de los aspectos de salud mental relacionados con la sexualidad y la reproducción.
- La atención en los servicios de salud con perspectiva de género, confidencialidad y respeto por la intimidad de las personas.

Calidad de atención

La calidad de atención involucra muchos factores, tales como: calidad técnica de los servicios, aspectos éticos, percepciones y actitudes individuales, y características propias de cada cultura y nivel socioeconómico. Se refiere a los aspectos técnicos y humanos que es preciso considerar para satisfacer los derechos y las necesidades de cada persona que consulta. La calidad de los servicios depende de la competencia técnica y la actitud de los proveedores y de la capacidad de las autoridades, así como de la forma en que están organizados.^{168,169,170}

El proceso de consentimiento informado es un elemento fundamental de la calidad de atención. La entrega de información y orientación a las/os usuarias/os de los servicios es esencial de modo que puedan hacer opciones informadas y libres con respecto a su salud sexual y reproductiva, dentro del respeto a la autonomía de las personas.¹⁷¹

Otro aspecto importante es la confidencialidad de la información o la obligación de secreto profesional que recae sobre prestadores de servicios de salud. Este punto es particularmente relevante en la atención de salud sexual y reproductiva, ya que hay circunstancias que ponen en riesgo los intereses de las personas atendidas. Es el caso de mujeres que se han practicado un aborto o adolescentes que consultan sobre aspectos relacionados con su vida sexual.

¹⁶⁸ Huezo C. and Díaz S. Quality of Care in Family Planning: Clients' Rights and Providers' Needs. *Advances in Contraception* 9:129-139, 1993.

¹⁶⁹ Díaz S. Etica en la regulación de la fertilidad. En *Bioética, Fundamentos y Clínica*. (eds) PérezM, Ecribar A., Villarroel R. Editorial Mediterráneo, Santiago, Chile. Enviado a publicación.

¹⁷⁰ Matamala M.I. (ed): *Calidad de la atención, Género, ¿Salud reproductiva de las mujeres?* Reproducciones América, Santiago, Chile, 1995.

¹⁷¹ Casas L, Dides C, Isla P (eds.). *Confidencialidad de la información y consentimiento informado en Salud Sexual y Reproductiva*. Corporación de Salud y Políticas Sociales CORSAPS, Santiago de Chile, 2002.

ABREVIATURAS USADAS

CNF: Comisión Nacional de la Familia

CASEN: Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional de MIDEPLAN

CAVAS: Centro de Atención a Víctimas de Violencia Sexual

CEDAW: Convención sobre Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer

CIPD: Conferencia Internacional de Población y Desarrollo, El Cairo, 1994

CONASIDA: Comisión Nacional del SIDA, del MINSAL

DC: Democracia Cristiana, Concertación de Partidos por la Democracia

FONASA: Fondo Nacional de Salud

FOSIS: Fondo de Solidaridad e Inversión Social

IDH: Índice de Desarrollo Humano

INE: Instituto Nacional de Estadística

INJ: Instituto Nacional de la Juventud

ISAPRES: Instituciones de Salud Previsional

ISP: Instituto de Salud Pública

MIDEPLAN: Ministerio de Planificación y Cooperación

MINSAL: Ministerio de Salud

MINEDUC: Ministerio de Educación

NSE: Nivel Socio- Económico

OIT: Organización Internacional del Trabajo

ONG: Organización no Gubernamental

OPS: Organización Panamericana de la Salud

OMS: Organización Mundial de la Salud

PNUD: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo

PPD: Partido por la Democracia, Concertación de Partidos por la Democracia

PS: Partido Socialista, Concertación de Partidos por la Democracia

RN: Renovación Nacional, Alianza por Chile

SERNAM: Servicio Nacional de la Mujer

SML: Servicio Médico Legal, dependiente del Ministerio de Justicia

UDI: Unión Demócrata Independiente, Alianza por Chile

