

# HACIA UNA AGENDA SOBRE SEXUALIDAD Y DERECHOS HUMANOS EN CHILE

Seminario-Taller

17 y 18 de noviembre de 2003, Santiago de Chile



TERESA VALDÉS  
GABRIEL GUAJARDO  
EDITORES

## Hacia una agenda sobre sexualidad y derechos humanos en Chile

Las opiniones que se presentan en este trabajo, así como los análisis e interpretaciones que en él se contienen, son de responsabilidad exclusiva de sus autores y no reflejan necesariamente los puntos de vista de FLACSO ni de las instituciones a las cuales se encuentra vinculado.

Ninguna parte de este libro/documento, incluido el diseño de portada, puede ser reproducida, transmitida o almacenada de manera alguna ni por algún medio, ya sea electrónico, mecánico, químico, óptico, de grabación o de fotocopia, sin autorización de FLACSO.

612.6 Valdés, Teresa; Guajardo, Gabriel, eds.  
V145ha FLACSO-Chile, Flora Tristán Centro de la Mujer Peruana; Centro Latinoamericano de Sexualidad y Derechos Humanos.

Hacia una agenda sobre sexualidad y derechos humanos en Chile. Seminario-Taller, 17 y 18 de noviembre de 2003, Santiago de Chile. Santiago, Chile: FLACSO-Chile, 2004.

197 p. Serie Libros FLACSO  
ISBN: 956-205-188-9

SEXUALIDAD / DERECHOS SEXUALES /  
POLÍTICAS PÚBLICAS / SALUD  
REPRODUCTIVA / INVESTIGACIÓN Y  
DESARROLLO / SEMINARIO / CHILE

Inscripción N°139.457, Prohibida su reproducción.

© 2004, FLACSO-Chile

Av. Dag Hammarskjöld 3269, Vitacura.

Teléfonos: (562) 290 0200 Fax: (562) 290 0263

Casilla Electrónica: [flacso@flacso.cl](mailto:flacso@flacso.cl)

FLACSO-Chile en Internet: <http://www.flacso.cl>

Producción editorial: Marcela Zamorano, FLACSO-Chile

Diagramación interior: Marcela Contreras, FLACSO-Chile

Diseño de portada: Claudia Winther

Impresión: LOM Ediciones Ltda.

# INDICE

Presentación .....	5
Introducción	
<i>Violeta Barrientos</i> .....	9
CAPITULO I	
PRODUCCIÓN DE CONOCIMIENTO Y POLITICAS PÚBLICAS	
Investigación en sexualidad en Chile, 1990-2002	
<i>Teresa Valdés E. y Gabriel Guajardo S.</i> .....	19
La salud y los derechos sexuales y reproductivos en Chile: 1999-2003	
<i>Verónica Schiappacasse, Paulina Vidal, Lidia Casas, Claudia Dides, Soledad Díaz</i> .....	41
Algunos antecedentes de la utilización de la investigación en el diseño de políticas públicas relacionadas al VIH/SIDA en Chile	
<i>Anabella Arredondo Paz y Pilar Planet Marín</i> .....	67
CAPITULO II	
TRANSFORMACIONES SOCIOCULTURALES Y PRODUCCION DE CONOCIMIENTO SOBRE SEXUALIDAD	
Construyendo y ejerciendo los derechos sexuales y reproductivos entre los fundamentalismos y las libertades	
<i>Claudia Dides C.</i> .....	83
ANDANTE, ma non troppo	
<i>Olga Grau</i> .....	97
Sexualidad y medios de comunicación: los relatos públicos de la intimidad	
<i>Uca Silva</i> .....	109
Traductibilidad y proyección política: la sistematización y politización de los saberes y/o su des-politización	
<i>Juan Pablo Sutherland</i> .....	123

### CAPITULO III

#### INVESTIGACION Y ACCION EN SEXUALIDAD Y DERECHOS HUMANOS

Cuerpo/Sexualidad: Discursos y realidad cotidiana 2003 <i>María Isabel Matamala Vivaldi</i> .....	135
--	-----

Avanzar hacia una agenda ¿común?...un reto irrenunciable <i>Rosa Espínola Vega</i> .....	147
---	-----

Fortalecimiento y proyección del Foro Red de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos Región de Los Lagos, Período 1994-2003 <i>Anita Urrutia</i> .....	153
--	-----

#### RELATORIA DE LOS GRUPOS DE TRABAJO

Grupo de trabajo N°1 .....	165
----------------------------	-----

Grupo de trabajo N°2 .....	173
----------------------------	-----

Grupo de trabajo N°3 .....	179
----------------------------	-----

Grupo de trabajo N°4 .....	185
----------------------------	-----

Listado de participantes .....	193
--------------------------------	-----

# LA SALUD Y LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS EN CHILE: 1999-2003

Verónica Schiappacasse, Paulina Vidal, Lidia Casas, Claudia Dides, Soledad Díaz<sup>1</sup>

Instituto Chileno de Medicina Reproductiva (ICMER)  
Corporación de Salud y Políticas Sociales (CORSAPS)

## RESUMEN

El objetivo de esta investigación fue realizar un diagnóstico sobre la salud y los derechos sexuales y reproductivos en Chile reuniendo información actualizada que pueda contribuir al diseño de políticas que respondan a las necesidades de la población y a la promoción de los derechos sexuales y reproductivos como derechos humanos. Los resultados describen el contexto chileno, refiriéndose específicamente a las dificultades existentes para reconocer y ejercer los derechos sexuales y reproductivos, así como al contexto epidemiológico de la salud sexual y reproductiva.

Chile 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 de la ciudadanía, acceso inequitativo al desarrollo económico y discriminación de género en el mercado laboral.

Hay también cambios importantes 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. Hay altas tasas de embarazos en adolescentes en una sociedad que no reconoce la sexualidad juvenil y donde el acceso de los jóvenes a la educación y los servicios está seriamente limitado.

Se identificaron situaciones en las que se contraponen el discurso tradicional que logran imponer los grupos conservadores con las conductas y necesidades de la población. Estas situaciones requieren de un abordaje integral y prioritario. Entre ellas están la sexualidad juvenil, la regulación de la fertilidad y el acceso al uso de métodos anticonceptivos, el aborto, la infertilidad, el VIH/SIDA y las infecciones

---

<sup>1</sup> Agradecemos el apoyo de la Fundación Ford y al Fondo de Población de Naciones Unidas, FNUAP, para la elaboración de este documento; y del Servicio Nacional de la Mujer, SERNAM, por su contribución en la revisión, edición e impresión del mismo.

de transmisión sexual, la calidad de atención, la violencia, la familia, el trabajo femenino, los servicios de salud y la reforma de salud.

El discurso conservador sobre estas materias 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.

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 aun hay numerosas carencias que requieren atención prioritaria y tareas pendientes que dependen del compromiso de las autoridades políticas y administrativas.

## **MATERIAL Y MÉTODOS**

### **Fuentes de información**

Este diagnóstico se basa en 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).

### **Marco conceptual para el análisis**

El análisis de la información 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.<sup>2, 3, 4, 5</sup>

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

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

<sup>4</sup> 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.

<sup>5</sup> 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.

## Resultados

### Contexto socio-cultural

En las últimas décadas se han producido 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.

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<sup>6</sup>. El acceso a la educación se ha ampliado en las últimas décadas, y 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.

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. Comparando los datos de los censos de 1992 y de 2002, 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<sup>7</sup>.

Existe una evaluación matizada de la modernización. 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<sup>8</sup>.

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%). Pero hay discriminación de género en las remuneraciones y el acceso a cargos de responsabilidad. 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. La participación de las mujeres en cargos de decisión y puestos de poder aún es minoritaria.<sup>9, 10, 11, 12</sup>

<sup>6</sup> Informe Mundial, Índice de Desarrollo Humano, PNUD, 2003.

<sup>7</sup> Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional, MIDEPLAN, Chile, 2000.

<sup>8</sup> Desarrollo Humano en Chile: Las paradojas de la modernización, PNUD, Chile, 1998.

<sup>9</sup> Ingresos de Hogares y Personas. Encuesta suplementaria de Ingresos. INE, Chile, 2000.

<sup>10</sup> Síntesis de Resultados. Censo 2002. INE, Chile, 2003.

<sup>11</sup> Los Números de la Diferencia. Estadísticas de Género. SERNAM, Chile, 1999.

<sup>12</sup> [www.estadodechile.cl](http://www.estadodechile.cl)

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 menores de 18 años, particularmente en los niveles socioeconómicos bajos, para los que no hay una respuesta efectiva de los servicios públicos<sup>13</sup>. Sin embargo, 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 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.

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 ámbito de la sexualidad y de las relaciones entre los géneros. A pesar de esto, diferentes aspectos relacionados con la sexualidad han estado presentes en los medios de comunicación, 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 homosexualidad.

El discurso 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. 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 la vida familiar como la violencia en contra de menores y mujeres y la violencia sexual al interior del hogar.

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 condones en Chile ha incrementado considerablemente en los últimos años.

---

<sup>13</sup> Estudio Nacional de Comportamiento Sexual, MINSAL y CONASIDA, Chile, 2000.

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. Las iniciativas de los sectores de salud, educación y justicia no han sido suficientes para sentar las bases para 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.

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 y la recién iniciada campaña de prevención de esta infección, 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.

En este contexto conservador, se ha privilegiado la atención de las madres y los niños, tema importante pero no único en salud reproductiva. Algunos indicadores de salud de las mujeres, especialmente en su etapa reproductiva, y de la salud infantil muestran grandes avances y son similares a los de países desarrollados. Chile es actualmente uno de los países de la región y del mundo con los mejores indicadores en el campo de la salud maternal e infantil.<sup>14,15,16</sup>

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. Lo mismo ha ocurrido con la tasa de mortalidad infantil que bajó, entre los años 1990-2000, de 16 a 8.9 muertes por mil nacidos vivos. Estas cifras son el resultado de la amplia cobertura en el sistema público de salud de las atenciones por embarazo, parto, puerperio y planificación familiar, como también de la atención de niños y niñas en sus primeros 6 años de vida<sup>17</sup>.

<sup>14</sup> <http://linux.sernam.gob.cl/basemujer/>. SERNAM, Gobierno de Chile, Chile. (Accesado 31.03.2003)

<sup>15</sup> Anuario de Estadísticas Vitales. INE. Chile, 2001.

<sup>16</sup> Save the Children. "The Complete Mother's Index & Country Rankings". Estados Unidos. <http://www.savethechildren.org/sowm2003/MothersIndex.pdf> (Accesado 06.05.03).

<sup>17</sup> Censo Estadístico. INE. Chile, 2002.

Al mismo tiempo, se han descuidado situaciones que requieren de un abordaje integral y prioritario desde la perspectiva de los derechos sexuales y reproductivos. Entre ellas están la sexualidad juvenil, la regulación de la fertilidad y el acceso al uso de métodos anticonceptivos, el aborto, la infertilidad, la atención de salud de las mujeres y los hombres, el VIH/SIDA y las infecciones de transmisión sexual, la calidad de atención, la violencia, la familia, el trabajo femenino, los servicios de salud y la reforma de salud. Por razones de espacio, sólo algunos de estos se abordan a continuación.

## **Jóvenes**

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 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.

Las encuestas acerca de la sexualidad en los adolescentes muestran 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<sup>18</sup>. 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.

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. 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 jóvenes del NSE bajo urbano<sup>19</sup>. Según este mismo estudio, los y las jóvenes de niveles socioeconómicos altos (de la Región Metropolitana) recibirían información y usarían anticonceptivos.

---

<sup>18</sup> Tercera Encuesta Nacional de Juventud. Informe Final. INJ. Chile, 2001.

<sup>19</sup> Análisis de las conductas sexuales de las/los adolescentes. Región Metropolitana. SERNAM, 1997.

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.

Según el Estudio Nacional de Comportamiento Sexual<sup>20</sup>, 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. 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. En 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%). 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 200<sup>21</sup>.

Al analizar las tasas de fecundidad por tramos de edad, se observa un aumento de la fecundidad en las jóvenes menores de 18 años (Gráfico 1). 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<sup>22</sup>. El aumento de la fecundidad en las niñas menores de 18 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.

Es importante destacar que las tasas de fecundidad en las adolescentes presentan variaciones por estrato económico. La fecundidad en las adolescentes tiende a ser mayor en áreas de mayor ruralidad y pobreza y menor cobertura de los programas de salud. El 74% de las madres adolescentes se concentra en los dos quintiles de menores ingresos y el 48% en el sector socio-económico bajo el nivel de pobreza. La tasa de nacimientos por 100 mujeres de 15 a 19 años es de 2.3 en la comuna de Vitacura y de 20.2 en la comuna de La Pintana<sup>23</sup>.

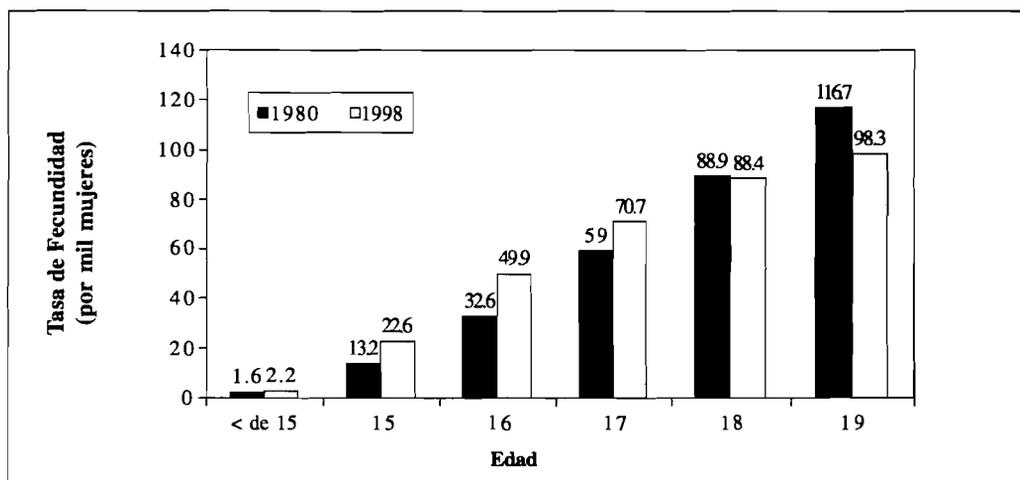
<sup>20</sup> Estudio Nacional de Comportamiento Sexual. Primeros Análisis, Chile, 2000.

<sup>21</sup> Anuario de Estadísticas Vitales 2001. INE, Chile, 2003.

<sup>22</sup> Enfoques Estadísticos. Fecundidad Juvenil en Chile. Instituto Nacional de Estadísticas, Chile, 2000.

<sup>23</sup> Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional, MIDEPLAN, Chile, 1998.

Gráfico 1  
TASA DE FECUNDIDAD POR MIL MUJERES DE 15 A 19 AÑOS.  
CHILE, 1980 Y 1998



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

Los 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.

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<sup>24</sup>.

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<sup>25</sup>, “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”. Aún no se encuentran disponibles los resultados del Plan Piloto impulsado por el gobierno en 8 comunas del país.

## **Regulación de la Fertilidad**

Las tasas de fecundidad se han reducido a la mitad durante las últimas cuatro décadas, disminuyendo la tasa global de fecundidad de 5.3 hijos por mujer en 1960 a 2.3 de acuerdo al Censo de 2002<sup>26</sup>. 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.

En relación con 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<sup>27</sup>.

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

<sup>24</sup> 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.

<sup>25</sup> Plan Piloto. Hacia una sexualidad responsable. SERNAM, MINEDUC y MINSAL. Gobierno de Chile. Chile, 2001.

<sup>26</sup> Censo 2002. Síntesis de Resultados. Instituto Nacional de Estadísticas, 2003.

<sup>27</sup> Normas de Paternidad Responsable, Programa de Salud Materna y Perinatal, Departamento Programa de las Personas, MINSAL, 1993.

consultorio o centro de salud, lo que limita el acceso de la población que no está inscrita, particularmente de los jóvenes<sup>28</sup>.

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<sup>29</sup>. 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 (son de 1993) en sus contenidos técnicos y de servicios y establece 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 ICMER 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.

Los métodos ofrecidos en la mayoría de los consultorios de atención primaria son limitados y generalmente sólo se dispone del dispositivo intrauterino T de Cobre 380, pastillas combinadas y condones. Algunos servicios disponen además de inyectables combinados mensuales, inyectables trimestrales y pastillas de progestágenos puros. 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.

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. 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.

## **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. Pese a que existe la prohibición absoluta del aborto en

---

<sup>28</sup> Programa de la Mujer, MINSAL, Diciembre 2002.

<sup>29</sup> Departamento de Estadísticas e Información de Salud, MINSAL, 2001.

nuestro país, en la última década han habido dos iniciativas del poder legislativo para aumentar aun más la penalización en los casos de aborto.

El número de abortos que se practican en Chile actualmente es desconocido. Las estimaciones del número de abortos clandestinos que se practican anualmente en el país varían entre 159.650<sup>30</sup>, 200.000<sup>31</sup>, y alrededor de 60.000<sup>32</sup> abortos por cada 100 mujeres de 15 a 49 años. Los egresos hospitalarios por aborto, en los servicios de salud públicos y privados del país, disminuyeron de 36.528 a 29.546 entre 1990 y 2000<sup>33</sup>. 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: de 10.7 a 0.5 muertes por cada 10.000 nacidos vivos entre 1960 y 2000<sup>34</sup>.

La disminución de las tasas de egresos hospitalarios y de 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. 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.

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. El aborto por razones médicas 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). 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.

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

<sup>30</sup> Aborto clandestino: Una realidad latinoamericana. The Alan Guttmacher Institute, 1994.

<sup>31</sup> Requena M. (ed). Aborto inducido en Chile. Edición Sociedad Chilena de Salud Pública. Santiago, 1990.

<sup>32</sup> Lavin 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.

<sup>33</sup> Programa de Salud de la Mujer, MINSAL. Chile, 2000.

<sup>34</sup> Departamento de Estadísticas e Información de Salud, MINSAL, Gobierno de Chile, 2001.

cuales recurren difieren según el estrato socioeconómico al cual pertenecen, existiendo 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. 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.

## Salud de las mujeres

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 de FONASA, un 21.1% a través de ISAPRES, un 4.7% en forma particular y un 2.5% en otros sistemas previsionales<sup>35</sup>. 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. 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 el 2000, los partos atendidos por FONASA, fueron partos vaginales en el 70.1% y cesáreas en el 29.9%, en cambio en el sistema ISAPRES, hubo un 60% de cesáreas. 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.

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<sup>36</sup>. Existen diferencias en la realización del PAP, examen que permite el diagnóstico temprano, según estrato socioeconómico ya que, en el 2000, el porcentaje de mujeres que se han realizado el PAP es de 51.7% en los sectores más pobres y de 60% en el estrato socioeconómico más alto. 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. 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.

---

<sup>35</sup> Departamento de Estadísticas e Información en Salud, MINSAL, Chile, 2000.

<sup>36</sup> Departamento de Estadísticas e Información en Salud, MINSAL, Chile, 1999.

En Chile, el cáncer mamario ocupa el segundo lugar como causa de muerte por tumores malignos en las mujeres y cada año fallecen cerca de 1000 mujeres como consecuencia de la enfermedad<sup>37</sup>. 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. La mamografía puede detectar tumores tan pequeños como un centímetro, pero 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. 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.

### Salud de los hombres

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 sexual y reproductiva. 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 la responsabilidad frente a la prevención de un embarazo<sup>38</sup>. Los datos provenientes de las atenciones en los servicios públicos de salud muestran que la mayoría de los condones son solicitados por las mujeres. 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).

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 en el parto.

<sup>37</sup> [http://linux.sernam.gov.cl/basemujer/Cap6/saludsexual/VI\\_24.htm](http://linux.sernam.gov.cl/basemujer/Cap6/saludsexual/VI_24.htm) (Accesado 31.03.03).

<sup>38</sup> Olavarría, José: "Dezeo, prazer e poder: cuestiones em torno da masculinidade heterossexual". En Sexualidades pelo avesso; Richard Parker y Regina Barbosa; Editorial 34, Brasil, 1999.

La atención de los hombres en salud sexual y reproductiva es prácticamente inexistente y los servicios públicos no cuentan con la preparación, tiempo e infraestructura para atender adecuadamente sus necesidades en esta área. Hay también escasa difusión de métodos masculinos y carencia de políticas adecuadas para incorporar a los hombres<sup>39</sup>. Es necesario promover las conductas de autocuidado en la población masculina, incluyendo la prevención de ITS, de VIH/SIDA y de conductas de riesgo, así como detección precoz y tratamiento oportuno de patologías específicas como el cáncer de próstata.

## 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 periodo, 3.012 personas han fallecido por esta causa<sup>40</sup>. 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.

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 se 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. El VIH/SIDA y las infecciones de transmisión sexual han aumentado también en los jóvenes.

Entre 1997 y fines del 2003, no han existido campañas de prevención, hay desinformación en la población, en especial sobre los factores de riesgo, un limitado acceso al uso del condón y a la terapia para las personas viviendo con el virus. 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 en personas sexualmente activas, 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

---

<sup>39</sup> Family Health International. Los hombres y la planificación familiar. Network 7(3), Octubre, 1992.

<sup>40</sup> Boletín Epidemiológico N° 15 de CONASIDA, Chile, 2001.

tratamiento para todos los que lo necesiten, entregándolo en servicios que respeten los derechos de quienes se atienden, sin discriminación.

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. Esta ley 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 y que se cumpla con las políticas y programas de información y prevención.

### **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.

Las tasas más altas de ITS notificadas se concentran entre los 20 y los 24 años, siendo mayor en las mujeres. Los casos de ITS notificadas en menores de 15 años representan el 1.5% del total y de éstos 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.

Las patologías notificadas más frecuentemente son el condiloma (28.5%), la sífilis (22.4%) y la gonorrea (10.4%). En hombres, la patología más frecuente es la sífilis (32.5% de los casos), mientras que en mujeres predomina el condiloma genital (30.4%) el que es también la ITS más importante en adolescentes. Esto podría ser una explicación para la alta incidencia de cáncer cervicouterino que se presenta en nuestro país. Se requieren estudios para detectar el agente causal, el virus papiloma humano en nuestra población, para realizar actividades preventivas, detección precoz y tratamiento de esta patología en mujeres jóvenes<sup>41</sup>.

En la notificación de las patologías desde los centros centinelas se incluye el antecedente de uso de condón en los últimos 12 meses y se observa una asociación entre el uso del condón y las patologías notificadas. 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

<sup>41</sup> Boletín N° 3, Enfermedades de Transmisión Sexual, MINSAL, Chile, 2000.

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”.

## **Infertilidad**

La infertilidad afecta a un 10% a 15% de las parejas en Chile<sup>42</sup>. Ha aumentado el acceso de algunos sectores de la población a las tecnologías modernas para el diagnóstico y tratamiento y ha incrementado el número de centros a nivel nacional que ofrecen atención a parejas infértiles existiendo actualmente seis centros en Santiago y dos en regiones (Viña del Mar y Concepción).<sup>43,44</sup> Casi todos estos centros son privados.

Los procedimientos para el diagnóstico de la infertilidad y las técnicas de reproducción asistida tienen un costo muy alto, y las ISAPRES no cubren la mayoría de estos gastos que las parejas infértiles deben pagar con recursos propios. 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 Arriarán en Santiago. Sin embargo, este centro no puede cubrir toda la demanda existente de parejas de menores recursos.

Así, las parejas de escasos 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.

## **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. En muchos servicios no se brinda la atención adecuada, sea por falta de capacitación de los/as proveedores/as, ausencia de normas actualizadas, desinformación de las usuarias/os, oferta limitada de anticonceptivos,

---

<sup>42</sup> Dr. Emilio Fernández, Clínica Las Condes. En: [www.mujereschile.cl](http://www.mujereschile.cl) (Accesado 03.05.2003)

<sup>43</sup> [www.socfer.cl](http://www.socfer.cl) (Sitio web de la Sociedad Chilena de Fertilidad).

<sup>44</sup> Revista Qué Pasa. “Un mercado fértil”. Chile, 4 de Febrero de 2003.

infraestructura inadecuada, personal limitado y atención discriminatoria contra los/as jóvenes y/o sin un enfoque de género.

## **Violencia**

Las mujeres de todas las edades son las principales víctimas de violencia. 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.

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<sup>45</sup>. Otro 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), cifra aún más preocupante que la investigación anteriormente citada<sup>46</sup>.

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%).

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, pero no de las sanciones. 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<sup>47</sup>.

<sup>45</sup> Mujeres Chilenas. Estadísticas para el Nuevo Siglo. SERNAM e INE. Chile, 2001.

<sup>46</sup> Estudio Detección y Análisis de la Prevalencia de la Violencia Intrafamiliar. SERNAM, Programa de Prevención de la Violencia. Chile, 2002.

<sup>47</sup> Informe Anual sobre Derechos Humanos en Chile 2003. Hechos de 2002. Facultad de Derecho. Universidad Diego Portales. Santiago, Enero, 2003.

Tabla 2

VIOLENCIA CONTRA MUJERES DE 15 A 49 AÑOS EN LA PAREJA SEGÚN TIPO DE VIOLENCIA, CHILE, 2001.

Tipo de violencia	Regiones	
	Metropolitana (1.358 mujeres)	Novena (1.363 mujeres)
	%	%
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.

Se estima que entre un 75 a 80% del total de los delitos sexuales no se denuncian. Según el Informe Anual sobre Derechos Humanos en Chile 2003, un estudio de prevalencia hecho por la Universidad Católica de Chile estimó que 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<sup>48</sup>.

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 la 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<sup>49</sup>.

<sup>48</sup> 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.

<sup>49</sup> Estudio Nacional de Comportamiento Sexual. Primeros Análisis. CONASIDA y MINSAL, Chile, 2000.

La actual ley 19.617 sobre delitos sexuales, modificada en 1999, significó un progreso reemplazando la palabra mujer por persona y ampliando la definición de los delitos. En el caso de violación incluye tanto la penetración vaginal, anal y bucal y se reformuló el delito de estupro. Además amplía 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 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<sup>50</sup>.

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%<sup>51</sup>. Cabe destacar el trabajo realizado por la Red Chilena contra la Violencia Doméstica y Sexual<sup>52</sup>, la cual ha generado valiosas iniciativas para visualizar el tema, modificar políticas y prestar servicios a las personas afectadas.

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.

En la última década se han logrado avances, sobretudo desde el punto de vista legal, pero aún persisten grandes deficiencias en la acogida, manejo, tratamiento, reparación y asistencia de las víctimas de violencia. 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.

<sup>50</sup> 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.

<sup>51</sup> Letelier L. y Rivera A. Fuerte demanda de atenciones en centros de violencia intrafamiliar. Diario La Tercera, 14.01.2002.

<sup>52</sup> 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](http://www.isis.cl)

## Familia

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. Sin embargo, en la década de los 90, uno de los debates más intensos es el que versa sobre la familia, su concepto y las formas de protección.

Ha habido cambios importantes en la estructura familiar ocurridos en 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. Entre el censo de 1992 y el de 2002, se produjo un aumento de los hogares unipersonales (de 8.3% a 11.6%) mientras las cifras se mantuvieron similares para hogares de tipo nuclear (57,9% y 57% respectivamente). Entre 1980 y 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. Los matrimonios han disminuido a través del tiempo y las nulidades han experimentado un aumento. La tasa bruta de nupcialidad descendió de 8 a 5 matrimonios por mil habitantes entre los años 1980 y 1998 y la tasa de nulidades aumentó en este mismo período de 35.7 a 85.3 nulidades por cada mil matrimonios<sup>53</sup>. 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%). Hay un aumento de las mujeres jefas de hogar (de 25.3% a 31.5%)<sup>54</sup>.

Al final de la década de los 90, casi el 50% de los hijos nacieron fuera del matrimonio. Cerca de un 70% de esos niños eran reconocidos por ambos padres. No obstante, en el año 2001 nacieron 27.500 niños (11%) que fueron reconocidos únicamente por sus madres<sup>55</sup>. 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.

El incremento de la participación femenina en el mercado laboral 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.

---

<sup>53</sup> Enfoques Estadísticos. Matrimonio en Chile. Boletín Informativo. INE. Chile, 19.07.2000.

<sup>54</sup> Censo 2002. Síntesis de Resultados. INE, Chile, 2003.

<sup>54</sup> Encuesta Nacional de Calidad de Vida y Salud 2000, MINSAL, Chile, 2002.

<sup>55</sup> 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.

Pese a la realidad de las familias chilenas, nuestra legislación no contempla aún 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.

## **La perspectiva de los derechos**

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, de vivir una sexualidad sana, sin coersión y sin riesgos para la salud, 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.

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 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 de la población 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.

El derecho a la información se ve vulnerado en el caso de los adolescentes. 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 educación sexual en los colegios. Al no implementar una política preventiva eficaz 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.

El derecho a la información también es vulnerado por los medios de comunicación que están controlados por el sector conservador y sólo recientemente ha habido algún debate sobre salud y derechos sexuales y reproductivos. No ha habido una campaña comunicacional para la prevención de VIH e ITSs en los últimos 5 años y hay objeciones de ciertos medios para incluir la campaña iniciada por el MINSAL a fines del 2003.

El derecho a la equidad es tal vez uno de los menos respetados, ya que todos los indicadores de salud sexual y reproductiva revisados muestran que los problemas se concentran en los sectores más pobres de la sociedad. Ejemplo claro de esto es la frecuencia de los embarazos en adolescentes y de las infecciones transmisibles por vía sexual en los sectores más pobres, la menor cobertura anticonceptiva en las mujeres con menos educación, y que sólo las mujeres pobres son condenadas por practicarse un aborto.

El derecho a la libertad de conciencia se ve coartado debido al poder de algunos sectores de la iglesia católica y de los políticos conservadores. Un ejemplo de esto es que la anticoncepción de emergencia no está disponible en los servicios públicos de planificación familiar o de atención de víctimas de violación y no está aún incluida en las guías clínicas del Ministerio de Salud. Sólo está disponible en farmacias con receta retenida mientras un tercer juicio en su contra está en proceso. Por las mismas influencias, el derecho a decidir en temas de familia está limitado ya que aún no hay una adecuada legislación sobre divorcio.

El derecho a la libre elección está limitado por las escasas opciones en cuanto a métodos anticonceptivos en el sistema público de salud y por las dificultades que tienen hombres y mujeres para acceder a la esterilización quirúrgica. El derecho a los beneficios del progreso científico se ve coartado por la falta de normas actualizadas para el manejo de los métodos anticonceptivos y porque los procedimientos de reproducción asistida están disponibles en un solo centro en el sistema público de salud.

El derecho a la salud se ve afectado por la falta de información y de campañas efectivas de prevención de ciertas patologías como las ITS y el VIH o por la escasa prioridad

que tiene la atención de la salud de los hombres ya que, en la perspectiva de los servicios de salud y en el contexto social y cultural, la salud sexual y reproductiva es tema de mujeres. También se ve afectada la salud de las mujeres por la inadecuada prevención del cáncer de mama, de la infección por el virus del papiloma y su secuela, el cáncer de cuello uterino, o por el incremento de los partos por cesárea.

El derecho a una vida sin violencia también se ve vulnerado en la sociedad chilena. Aunque hay algún progreso en la legislación, hay grandes deficiencias en diagnóstico, manejo, tratamiento médico y procesos de reparación. No hay estrategias para la prevención y el diagnóstico oportuno de las situaciones de riesgo. No hay recursos para sensibilización y capacitación del personal de salud y judicial y no hay una infraestructura adecuada en los servicios. No hay anticoncepción de emergencia en los servicios que atienden mujeres que han sufrido una violación.

La situación del aborto legal atenta contra el derecho a la vida, ya que no está autorizado el aborto si la vida de la mujer está en peligro. Además, vulnera el derecho a vivir libre de maltrato y tortura ya que las mujeres pueden sufrir tres años de cárcel, castigo que sólo se aplica a las mujeres pobres. Además, muchas veces, las mujeres con complicaciones son maltratadas en los servicios de salud. Tampoco hay aborto para mujeres que han sido violadas. Este tipo de situaciones fue 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<sup>56</sup>.

## CONCLUSIONES

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. 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. Se requieren también cambios

<sup>56</sup> CCPR/C/79/Add.104 y CEDAW/C/1999/L.2/Add.1.

legislativos como los propuestos en el *Proyecto de Ley Marco sobre Derechos Sexuales y Reproductivos* y en el *Proyecto de Ley de Deberes y Derechos de las Personas en Salud*. Los distintos organismos dependientes del ejecutivo, como MINSAL, SERNAM y MINEDUC, deberían liderar el proceso de cambio y la promoción de los derechos y la salud sexual y reproductiva.

Se deberían diseñar políticas enfocadas en las necesidades de los jóvenes, 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. 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. Se deberían implementar programas y servicios en educación y salud, destinando los recursos humanos y económicos necesarios.

Los servicios de salud requieren modificaciones ya que actualmente no se 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. Hay deficiencias en la calidad de la atención que se entrega con escasa incorporación de la perspectiva de género y poca consideración del contexto social, cultural y económico en que viven las personas. Se requiere también actualizar las normas técnicas incorporando la evidencia científica actual, proveniente tanto de la investigación biomédica como de la investigación en servicios. Además se requiere capacitación del personal de salud en los contenidos actualizados, en técnicas de comunicación y en perspectiva de género, y de las autoridades de los servicios para mejorar la gestión, en el marco de la reforma de salud propuesta por el actual Gobierno.

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. 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. La necesidad de reponer el aborto por causas médicas ha sido reconocida por políticos de diferentes sectores.

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. Hay que 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. Estos procedimientos están disponibles en la atención privada, pero las ISAPRES no cubren todas las prestaciones necesarias. Esto también 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, lo que 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. Asimismo, los métodos para la detección precoz y el tratamiento deben ser accesibles oportunamente a la población que los necesita.

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 las víctimas de 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 los que las atienden en el respeto por su dignidad y derechos, entre otras medidas.

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 (violencia intrafamiliar, violaciones al interior del hogar, etc.). Hay que promover la transición desde una familia donde predominan los estereotipos de género a una familia donde hombres y mujeres puedan compartir las tareas y desarrollar sus potencialidades en el ámbito público como privado.

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 hay numerosas carencias que requieren atención prioritaria y tareas pendientes que dependen del compromiso de las autoridades políticas y administrativas.