



Estado de la vinculación de la salud sexual y reproductiva, VIH y Sida e ITS en Chile

Santiago, septiembre de 2009

Preparado por el Programa Género y Equidad, FLACSO-Chile
Claudia Dides C., M. Cristina Benavente R., José Manuel Morán F.

306.70983

E792

Estado de la vinculación de la salud sexual y reproductiva, VIH y SIDA e ITS en Chile / FLACSO-Chile. Programa Género y Equidad. Santiago, Chile: Organización Panamericana de la Salud, FLACSO-Chile, UNFPA, 2008.

65 p.

ISBN: 978-956-205-243-6

SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA; SIDA; INFECCIONES DE TRANSMISION SEXUAL; CHILE

Diseño y composición: Sylvio Alarcón

Coordinación editorial: Carolina Contreras

Impresión: Alfabeta Artes Gráficas, Calle Carmen 1985, CP 8361016, Santiago de Chile.

Con el apoyo técnico y auspicios del Fondo de Población de Naciones Unidas y la Organización Panamericana de la Salud, OPS-OMS-Chile

Este documento ha sido producido y posteriormente discutido en tres reuniones técnicas, en el marco del proyecto UNFPA CHI1R11A, con especialistas en la materia, instituciones académicas, organizaciones no gubernamentales y sociales y representantes de distintos sectores gubernamentales. Así, este texto final, preparado por el Programa Género y Equidad de FLACSO-Chile, ha incorporado las sugerencias de todos los grupos antes mencionados.

Los hallazgos, interpretaciones y conclusiones expresadas en este informe son de exclusiva responsabilidad de FLACSO-Chile y sus autoras (es) y no deben atribuirse de ninguna manera a las Naciones Unidas, sus organizaciones asociadas, sus estados miembros, o a los miembros de sus Juntas de Directores Ejecutivos o a los países que éstos representan. Las Naciones Unidas no garantizan la exactitud de los datos que se incluyen en esta publicación y no aceptan ninguna responsabilidad por las consecuencias de su uso.

Primera edición: septiembre, 2009

Tiraje: 500 ejemplares

ISBN: 978-956-205-243-6



Esta obra está publicada bajo una Atribución –No Comercial– Sin Derivadas 2.0 Chile de Creative Commons. Para ver una copia de esta licencia, visite <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/cl>

Usted es de libre de:

- Copiar, distribuir y comunicar públicamente la obra.
- Hacer obras derivadas.

Bajo las condiciones siguientes:

- Atribución. Debe reconocer la autoría de la obra en los términos especificados por el propio autor o licenciante.
- Comercial. No puede utilizar esta obra para fines comerciales.
- Licenciar Igual. Si altera o transforma esta obra, o genera una obra derivada, solo puede distribuir la obra generada bajo una licencia idéntica a esta.

- Al reutilizar o distribuir la obra, tiene que dejar bien claro los términos de la licencia de esta obra.
- Alguna de estas condiciones puede no aplicarse si se obtiene el permiso del titular de los derechos de autor.
- Nada en esta licencia menoscaba o restringe los derechos morales del autor.

© Organización Panamericana de la Salud, 2009
Av. Providencia 1017, Pisos 4 y 5,
Providencia, Santiago de Chile
<http://new.paho.org/chi/>

© FLACSO-Chile, 2009
Av. Dag Hammarskjöld 3269,
Vitacura
Santiago de Chile
www.flacso.cl

© Proyecto UNFPA
CHI1R11A, 2009
Dag Hammarskjöld 3241,
Vitacura, Santiago de Chile
www.unfpa.org

Presentación	5
1. Avances en salud sexual y reproductiva, VIH y Sida en Chile	7
1.1. Leyes, normativas y reglamentos	11
1.2. Políticas públicas y programas relacionados con salud sexual y reproductiva, VIH y Sida e ITS.....	17
1.3. Acuerdos internacionales	21
2. Principales problemáticas en salud sexual y reproductiva, VIH y Sida en Chile	25
3. Aspectos del Estado de la vinculación de la salud sexual y reproductiva, VIH y el Sida en Chile.....	36
3.1. Organismos que trabajan en salud sexual y reproductiva, VIH y Sida	36
3.2. Estudios publicados	38
4. ¿Por qué es necesario vincular salud sexual y reproductiva, VIH y Sida?	42
5. Reflexiones finales	47
Referencias bibliográficas.....	53
Anexo 1: Listado de participantes en las reuniones de trabajo.....	57
Anexo 2: Metodología.....	60
a) Instituciones que trabajan en salud sexual y reproductiva, VIH/Sida y/o ITS.....	61
b) Investigaciones realizadas en salud sexual y reproductiva, VIH/Sida y/o ITS.....	61
c) Estadísticas en salud sexual y reproductiva, VIH/Sida y/o ITS.....	62
Anexo 3: Instituciones que trabajan en salud sexual y reproductiva y VIH y Sida	63

Siglas de Instituciones

AECI	Agencia Española de Cooperación Internacional
BMZ	Federal Ministry for Economic Cooperation and Development
CIDA	Agencia Canadiense de Cooperación Internacional
DFID	Department of International Development
FCI	Family Care International
GTZ	Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit
IPFF	International Planned Parenthood Federation
IPAS	Protegiendo la Salud de las Mujeres, promoviendo el respeto de sus derechos
NORAD	Agencia Noruega para la Cooperación y el Desarrollo
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONUSIDA	Programa conjunto de la Naciones Unidas sobre el VIH/Sida
OPS	Organización Panamericana de la Salud
POPCOUNCIL	Population Council
Sida	Swedish International Development Cooperation Agency
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
UNIFEM	Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer
UNFPA	Fondo de Población de Naciones Unidas
USAID	Agencia de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional
WAS	World Association for Sexual Health

El documento que presentamos a continuación es producto de un proceso de reflexión iniciado el 2007. Durante el segundo semestre de ese año, el Programa Género y Equidad FLACSO-Chile¹, con el auspicio y apoyo técnico de UNFPA y apoyo técnico de OPS, desarrolló una investigación destinada a establecer el estado de la articulación o vinculación entre Salud Sexual y Reproductiva (SSR) y el VIH y Sida en el país. Los productos de esta investigación fueron²:

- Documento “*Sistematización de investigaciones cualitativas y cuantitativas en Salud Sexual y Reproductiva y VIH y Sida realizadas entre 1990 al 2007*” sobre embarazo adolescente, violencia de género, educación sexual, anticoncepción de emergencia, VIH/Sida e ITS. Por Publicar. Programa Género y Equidad, FLACSO-Chile.
- Documento electrónico “*Catastro de Instituciones que trabajan en Salud Sexual y Reproductiva y VIH/Sida en Chile*”. Programa Género y Equidad, FLACSO-Chile 2008. Incluyen ONG, Universidades y Centros Académicos, Organismos Gubernamentales que siguen vigentes y desarrollan investigacio-

nes e intervenciones en los temas señalados. Publicado 2007, Actualizado 2008.

- Documento de trabajo “*Salud sexual y reproductiva en Chile - 2007: actualización de datos estadísticos*”. Programa Género y Equidad, FLACSO-Chile, 2008.
- Documento “*Registros de leyes, normativas y proyectos de ley relacionados con la SSR, VIH y Sida*”. Programa Género y Equidad, FLACSO-Chile.

En el 2008 se desarrolló una segunda etapa de carácter colaborativo entre FLACSO, UNFPA y OPS para profundizar el análisis enfocado hacia la vinculación de estas situaciones de SSR, VIH y Sida y abrir un proceso de debate con actores de diversa naturaleza, como investigadores/as, actores gubernamentales, ONG, universidades. A finales de este mismo año y principios del 2009, se realizaron tres reuniones de trabajo como metodología de advocacy para presentar el documento sobre *Estado de la Vinculación entre Salud Sexual y Reproductiva y VIH/Sida e ITS* con el propósito de entregar antecedentes para la discusión acerca de la importancia de establecer estos vínculos en el país (ver anexo 1).

¹ Equipo de investigación Programa Género y Equidad FLACSO-Chile: Claudia Dides, M. Cristina Benavente, José Manuel Morán, Soledad Pérez M., Alejandro Guajardo. En las reuniones realizadas a partir de enero de 2009 se incorporó Isabel Sáez.

² Estos documentos se pueden encontrar en la página www.flacso.cl en el Programa Género y Equidad.

El texto que presentamos a continuación es una **invitación a reflexionar** en torno a la necesidad de estos vínculos. Como es sabido, esta urgencia ha sido reconocida de manera creciente como un aporte hacia el acceso universal de la población en materias de prevención, atención y apoyo en SSR, VIH y Sida, considerando que los Objetivos de Desarrollo del Milenio³ no serán alcanzados sin garantizar ese acceso universal a estos servicios⁴.

Los nexos entre estas temáticas no han sido plenamente comprendidos de manera amplia y muchas de las políticas públicas, planes, programas y líneas de trabajo han focalizado sus esfuerzos en la SSR, en la prevención y atención de las personas viviendo con el VIH y Sida de manera diferenciada y compartimentada, asumiéndolos como ámbitos de acción separados.

La constatación de lo anterior ha llevado a OMS, UNFPA, ONUSIDA e

IPPF a establecer compromisos globales para impulsar, posibilitar y fortalecer esos vínculos. En el año 2006 desarrollaron un documento base de referencia que *propone un conjunto de políticas y acciones programáticas clave para fortalecer los vínculos entre los programas de SSR y de VIH/Sida*⁵.

En Chile se han desplegado múltiples esfuerzos tanto en el ámbito de la SSR como de prevención y atención del VIH y Sida, sin embargo la vinculación entre estas temáticas es aún insuficiente.

Quisiéramos agradecer la participación y el apoyo en todo el proceso de UNFPA representado por Mariela Cortés y de Luis Toro P. de OPS/OMS Chile.

Así como la colaboración de Marcela Contreras, secretaria, y de Carolina Contreras Cabreras, periodista de FLACSO-Chile.

³ Objetivos elaborados a partir de la declaración del Milenio del año 2000. Los ODM ofrecen un nuevo marco institucional para evaluar los progresos realizados hacia el desarrollo sostenible y la eliminación de la pobreza". De los ocho objetivos, tres de ellos se vinculan con la salud sexual y reproductiva: a) mejorar la salud materna, b) reducir la mortalidad, y c) combatir el VIH y el Sida, el paludismo y otras enfermedades; mientras que otros cuatro guardan estrecha relación con la salud en general: a) erradicar la pobreza extrema y el hambre, b) lograr la enseñanza primaria universal, c) promover la igualdad entre los sexos y la autonomía en la mujer, d) garantizar la sostenibilidad del medio ambiente. OMS (2004). Estrategia de Salud Reproductiva. Para acelerar el avance hacia la consecución de los Objetivos y las Metas Internacionales de Desarrollo. Ginebra. Pág. 7.

⁴ OMS, UNFPA, ONUSIDA, IPPF (2006) *Salud Sexual y Reproductiva y VIH/Sida. Un marco de referencia para establecer vínculos prioritarios*. Recuperado de http://www.who.int/reproductive-health/stis/docs/framework_priority_linkages.es.pdf. Accesado: octubre 2008.

⁵ Ídem.

1. Avances en salud sexual y reproductiva, VIH y Sida en Chile

En las últimas décadas, los procesos de modernización y las transformaciones sociales que se han desarrollado en Chile han generado importantes cambios en las pautas culturales y las estructuras sociales existentes. Esto también ha repercutido en el ámbito de la sexualidad, en la manera como se vive, en los comportamientos sexuales y en las prácticas discursivas. También se han experimentado cambios en la sexualidad y la reproducción que se expresan por ejemplo en la disminución de la fecundidad, cambios en la conformación de diversos tipos de parejas y de familia, cambios en el inicio de las relaciones sexuales, entre otros. Estas transformaciones culturales, sociodemográficas y normativas han modificado el *valor social asignado a la sexualidad y la reproducción*, y también han logrado que se incorporen paulatinamente en nuestro país algunos conceptos que nos parece fundamental considerar en este texto⁶.

Por un lado, tal como lo ha definido la OMS, la **salud sexual** se puede comprender como la integración de los aspectos somáticos, emocionales, intelectuales, sociales y culturales del ser sexual,

de manera de enriquecer positivamente y fortalecer la personalidad, la comunicación y el amor. Se trata de la capacidad que tienen mujeres y hombres de disfrutar y expresar su sexualidad, sin coerción, violencia, ni discriminación y sin riesgo de adquirir infecciones transmitidas sexualmente y/o de tener embarazos no planificados o no deseados. La salud sexual significa ser capaz de expresar y sentir placer, tener relaciones sexuales que se desean y se escogen. Supone tener relaciones sexuales sin riesgos y tener acceso a educación sexual y servicios de salud integrales⁷. Cabe señalar que la salud sexual está encaminada al desarrollo de la vida y de las relaciones personales y no meramente al asesoramiento y la atención en materia de reproducción y de infecciones de transmisión sexual. (CIPD, El Cairo, párrafo 7.2)⁸.

Por su parte la **salud reproductiva**, es la condición en la cual se logra el proceso reproductivo en un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente ausencia de enfermedades y dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo, sus funciones y procesos. Incluye el de-

⁶ Ver: Benavente, M.C.; Vergara, C. (2006) Sexualidad en Hombres y Mujeres. Diversas miradas. FLACSO-Chile; Schiappacasse V., Vidal, P. Casas, L.; Dides, C.; Díaz, S. (2004) Chile: Situación de la Salud y los derechos sexuales y reproductivos. ICIMER, CORSAPS, SERNAM. Auspiciado por el FNUAP y Fundación Ford. Arriagada, I., comp.; Aranda, V., comp. (2004) Cambios de las familias en el marco de las transformaciones globales: necesidades de políticas públicas eficaces / CEPAL; UNFPA Santiago, Chile.

⁷ Ver Proyecto Ley Marco Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos, Santiago junio 2008. Ingresado a la Cámara de Diputados en junio del 2008.

⁸ United Nations (1994) Report of the International Conference on Population and Development, Cairo, September, 1994. New York, United Nations.

recho de acceder a la información, a los métodos de regulación de la fertilidad y a servicios de salud integrales para mujeres y hombres⁹.

Tras las definiciones antes expuestas se encuentra un cierto concepto de sexualidad. En este sentido, es necesario afirmar que la **sexualidad** de cada persona emerge y existe en un contexto cultural y es influenciada por una serie de variables: lo psíquico, lo económico, la diferencia sexual, el sistema sexo-género, lo étnico, la clase social, la edad. No hay una única sexualidad, así como tampoco hay una sola práctica sexual. Como plantea J. Weeks¹⁰ la construcción social de la sexualidad se relaciona con las maneras múltiples e intrincadas en que nuestras emociones, deseos y relaciones son configurados por la sociedad en que vivimos. Este autor hace, además, una relación entre biología y sexualidad humana, afirmando que la fisiología y la morfología del cuerpo proporcionan las condiciones previas para la sexualidad humana. La biología condiciona y limita lo que es posible, pero no es la causa de las formas de vida sexual.

En primer lugar, se plantea que existe un rechazo general del sexo como reino autónomo, un campo natural con efectos específicos, una energía rebelde controlada por lo social. Sexo y sociedad no existen por separado. En segundo lugar, existe un amplio reconocimiento de

la variabilidad social de formas, creencias, ideologías y conductas sexuales. La sexualidad tiene muchas historias, cada una de las cuales es necesario comprender en su singularidad. “La sexualidad es algo que produce la sociedad de manera compleja”¹¹.

En esta perspectiva, cabe agregar el **enfoque de género** para constatar que todas las sociedades desarrollan un sistema sexo-género, en particular en nuestra sociedad se organiza en torno a la asignación de atributos en forma diferenciadas a mujeres y a hombres. Esto también incide en la valoración que se le dan a los cuerpos de mujeres y hombres, que repercuten en este caso, en la sexualidad y sus vivencias. Los cuerpos de mujeres y hombres constituyen la base material de sustento de las relaciones de género, es por eso que vivir el cuerpo desde el ser mujer y ser hombre es diferente. Los diferentes dispositivos de control que subyacen a estas prácticas discursivas propician un determinado orden social y se mediatizan a través de las representaciones sociales y el lenguaje. En la constitución del orden simbólico en una sociedad se fabrican las ideas de cómo debe ser un hombre y una mujer. El género como simbolización cultural de la diferencia sexual produce efectos en el imaginario de las personas, sin embargo, esta simbolización, según Lamas, no solo está ligada a la socialización e individuación, sino que además, incluye el aparato

⁹ OMS (1995) Womens Health. Position Paper for the IV World Conference on Women. Beijing, China.

¹⁰ Weeks, J. (1998) *Sexualidad*. México: Paidós. Programa Universitario de Estudios de Género. Universidad Nacional Autónoma de México.

¹¹ Ídem, Pág. 30.

psíquico y el lenguaje, ya que con ambos simbolizamos y hacemos cultura¹².

Como plantea Joan Scott, el género, además de ser un elemento constitutivo de las relaciones sociales basadas en las diferencias sexuales, es una forma primaria de relaciones significantes de poder. El género se expresa en cuatro niveles: un nivel simbólico, que está constituido por los símbolos culturales que evocan representaciones múltiples incluidos los mitos; un segundo nivel, conceptos normativos que constituyen las interpretaciones de los significados de los símbolos: doctrinas religiosas, educativas, científicas, legales y políticas; un tercer nivel son las nociones políticas y referencias a las instituciones y organizaciones sociales de las relaciones de género; y por último, la identidad subjetiva e identidad genérica en grupos¹³.

Por tanto, comprender la salud sexual y reproductiva desde una perspectiva de género implica considerar los aspectos simbólicos, culturales, las relaciones de poder, las normativas y las nociones de políticas. Las políticas de prevención pueden volverse ineficaces, si se hacen negando la sexualidad, al informar haciendo abstracción de los aspectos que ligan la sexualidad con el placer y la corporalidad. Existe también, una incapacidad de relacionar información y comportamiento, que proviene del hecho que la información sistemática ha eliminado de la descripción del comportamiento sexual

las emociones, las palabras y los códigos en los cuales se realizan los encuentros sexuales en un sentido amplio.

Integrar a las personas en las actividades de la educación en sexualidad y la salud sexual y reproductiva, en la perspectiva de un crecimiento y de un desarrollo individual, solo es posible si la corporalidad, el placer y la sexualidad son identificados como una preocupación explícita y vital para cada una y cada uno.

La sexualidad y la reproducción traspasan la esfera de lo privado convirtiéndose en asuntos políticos y ciudadanos, en donde el Estado juega un rol de garantía de derechos a través de la implementación de políticas públicas acorde con la realidad de la población.

En Chile esta preocupación del Estado se ha visto reflejada en avances significativos en la materia sustentados en una historia de salud pública de larga data, como por ejemplo:

- Realización de las atenciones por embarazo, complicaciones por aborto, parto y puerperio mayoritariamente en servicios públicos de salud y atención profesional de los partos.
- Reducción sistemática de la tasa de mortalidad materna (en el 2004, 17 muertes maternas por 100.000 nacidos vivos).

¹² Lamas, M. (2000) Usos, dificultades y posibilidades de la categoría de "género". En: El género, la construcción cultural de la diferencia sexual. Programa Universitario de Estudios de Género. México.

¹³ Scott, J. El género: una categoría útil para el análisis histórico. En El género, la construcción cultural de la diferencia sexual. Lamas, M. (compiladora) (1996) Las Ciencias Sociales Estudios de Género. PUEG. Programa Universitario de Estudios de Género. Universidad Autónoma de México. México.

- Desarrollo de políticas y programas exitosos en materia de regulación de la fertilidad.
- La población de usuarias de anti-conceptivos bajo control en establecimientos del SNSS ha crecido notablemente (de 600.374 mujeres en 1990 a 1.141.798 en 2005, siendo este importante aumento atribuible a una mayor demanda espontánea de parte de la población).
- Nuevas Normas Nacionales sobre la Regulación de la Fertilidad y la aprobación de la comercialización de la anticoncepción de emergencia.
- Avance en la salud de las mujeres, especialmente en su etapa reproductiva, lo que sitúa a Chile como uno de los países con mejores indicadores de la región en estas materias.
- Ley de VIH/Sida, N° 19.779, (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.
- Inclusión en el AUGE/GES de la entrega de antirretrovirales, atención al cáncer cervicouterino y de mamas, entre otros.
- Legislación en el área de violencia intrafamiliar y sexual y la normativa que regula la atención de las personas que han sufrido violencia sexual. (Ver Tabla 3: Normas relacionadas con Violencia).
- Inclusión en políticas públicas principalmente en el campo de la salud sexual y reproductiva de adolescentes y jóvenes como sujetos de derecho. Un ejemplo de ello es la Política Nacional de Salud para Adolescentes y Jóvenes del MINSAL, 1999, que incluye una serie de principios éticos desde la perspectiva de sujeto de derechos. Así también existen otras políticas públicas que incluyen esta visión pertenecientes a educación, planificación, etc.¹⁴.

¹⁴ Política Nacional y Plan de Acción Integrado a favor de la Infancia y Adolescencia 2001- 2010 (MIDEPLAN), incluye el Plan de Acción Integrado a favor de la Infancia y la Adolescencia y las metas del Plan de Acción Integrado a Favor de la Infancia y la Adolescencia al 2006; Política: Objetivos Sanitarios para la década del 2000 al 2010, MINSAL, 2000; “Plan de Sexualidad Responsable” MINEDUC; MINSAL; SERNAM (2001) “Propuesta Gubernamental: Hacia una Sexualidad Responsable” MINEDUC; MINSAL; SERNAM (2001) Primera etapa de la propuesta gubernamental de Sexualidad Responsable (2001-2003); Política Pública en torno a las personas que viven con VIH/Sida. Plan Auge; Consejo Nacional de Políticas de Infancia. Gobierno-Organizaciones Sociales, marzo 2006 entre otras.

1.1. Leyes, normativas y reglamentos

En los últimos años ha habido una relativa apertura en algunos temas relacionados con salud sexual y reproductiva, lo que ha permitido que se legisle sobre materias que a comienzos de la década de los noventa era prácticamente imposible imaginar. Así por ejemplo, en lo referido a las uniones y parentalidad, recién el año 2004 fue promulgada una ley de divorcio en Chile que incluía la disolución legal del vínculo matrimonial entre las parejas, materia que hasta dicha fecha nunca pudo ser promulgada como ley ya que siempre encontró el férreo rechazo de la jerarquía de la Iglesia Católica, la que ejercía y ejerce una fuerte influencia sobre los representantes del sistema político chileno¹⁵.

En temas de VIH/Sida, el año 2001 se promulgó la llamada “Ley Sida” que busca promover una política que asegure los derechos de las personas viviendo con VIH, evitando que sean discriminadas por su condición. Esta ley fue lograda gracias a la asociatividad de la sociedad civil de personas viviendo con VIH, algunos parlamentarios y el Gobierno chileno, lo que da cuenta de la importancia que ha tenido la participación ciudadana y la apertura de esta para la consecución de leyes relacionadas con salud sexual y reproductiva. Luego de esto, en el año 2004, se incorporó al Plan Auge/GES la atención gratuita en salud a personas VIH positivas¹⁶.

Otro hito importante en este campo, ha sido el ingreso al Congreso en el año 2000, del Proyecto Ley Marco sobre Derechos Sexuales y Reproductivos, el cual pretendía entregar un marco regulatorio para los temas vinculados con estos derechos en el país. El proyecto permaneció intacto en el parlamento hasta el año 2008, año en el cual las organizaciones de la sociedad civil, en conjunto con un grupo de parlamentarios, reformularon el proyecto para enviarlo nuevamente a tramitación, sin embargo a la fecha no ha habido ningún avance.

Esto da cuenta de la escasa atención que han tenido estas materias en la sociedad chilena y en la clase política del país, que aún no han incorporado de manera consistente los derechos sexuales y reproductivos en la agenda pública. En este sentido, se observa que en Chile, si bien ha habido avances en materias de legislación sobre derechos sexuales y reproductivos en los últimos dieciocho años, estos cambios se han enfrentado siempre a importantes espacios y grupos cuyo objetivo es mantener el *statu quo*. Estos grupos han logrado relegar estos temas de la agenda política, impidiendo así la implementación de políticas públicas relacionadas con estos campos e incluso limitando el debate.

Los principales avances legislativos en la materia desde la década de los 90 hasta la fecha, se sintetizan en el siguiente cuadro:

¹⁵ Dides, C.; Márquez, A.; Guajardo, A.; Casas, L. (2007) Chile. Panorama de sexualidad y derechos humanos. CLAM. Río de Janeiro, Brasil.

¹⁶ Ídem.

Tabla 1. Normas relacionadas con derechos sexuales y reproductivos generales

Año	Número	Materia
1998	Reforma de la Ley 18.216 del Código Penal	Despenalización de la sodomía. Se propone que la edad de consentimiento de las relaciones sexuales sea a los 18 años.
1999	Ley 19.620: Dicta normas sobre adopción de menores	Enfatiza la designación de matrimonios entre hombres y mujeres, agrega casi al final del documento Artículo Único: Para agregar nuevo inciso segundo, pasando el inciso segundo y tercer a ser tercero y cuarto respectivamente. "El Juez solo podrá otorgar la adopción de un menor a un matrimonio extranjero no residente en Chile cuando se trate de cónyuges de diferente sexo".
2001	Ley 19.779	Establece normas relativas al virus de inmunodeficiencia humana y crea bonificación fiscal para enfermedades catastróficas.
2004	Ley 19.942	Modifica los Códigos de Procedimiento Penal y Procesal Penal en Materia de Control de Identidad. "Norma DFL-1 modifica Ley 19.947 del 17 - 05 - 2004: Fija texto refundido, coordinado y sistematizado de Código Civil; de la ley N° 4.808, sobre registro civil, de la ley N° 17.344, que autoriza cambio de nombres y apellidos; de la ley N° 16.618, ley de menores; de la ley N° 14.908, sobre abandono de familia y pago de pensiones alimenticias y de la ley N° 16.271, de impuesto a las herencias, asignaciones y donaciones". Ministerio de Justicia.

Tabla 2. Normas sobre regulación de la fertilidad

Año	Número	Materia
1989	Decreto N° 789	Convención para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer. Ministerio de Relaciones Exteriores.
1990	Decreto N° 830	Convención de los Derechos del Niño. Ministerio de Relaciones Exteriores.
1994	Ley N° 19.299	Modifica la base de cálculo del subsidio maternal.
1996	Dictamen 225-85	De la Dirección del Trabajo, otorga el Derecho a Sala Cuna para las trabajadoras de Centros Comerciales con una misma personalidad jurídica.
1997	Ley N° 19.505	Otorga permiso especial a trabajadores en caso de enfermedad grave de hijo mayor de un año y menor de 18, aplicable a la madre o el padre.
1998	Ley N° 19.670	Beneficio del fuero maternal a mujeres que adopten un hijo.

Tabla 2. Continuación

Año	Número	Materia
1999	Decreto 1.907	Se ratifican los convenios 103 y 156 de la OIT que abordan, respectivamente, la protección a la maternidad y las responsabilidades familiares compartidas.
2000	Resolución Exenta N° 2326	Fija directrices para los servicios de salud sobre esterilización femenina y masculina”, publicada en el Ministerio de Salud.
2000	Ley N° 19.688	Modifica la Ley N° 18.962, Orgánica Constitucional de Enseñanza, en lo relativo al derecho de las estudiantes que se encuentren embarazadas o que sean madres lactantes de acceder a los establecimientos educacionales.
2000	Modifica la Ley N° 18.962, Orgánica Constitucional de Enseñanza	En lo relativo al de derechos de las estudiantes que se encuentren embarazadas o que sean madres lactantes de acceder a los establecimientos educacionales. Ministerio de Educación.
2002	Ley N° 19.824	Modifica el artículo 203 del Código del Trabajo, disponiendo la obligatoriedad de instalar salas cunas en establecimientos industriales y de servicios que indica.
2003	Ley N° 19.591	Prohíbe el test de embarazo como exigencia para ser contratada, promovida o mantenida en un empleo y concede fuero maternal a la trabajadora de casa particular.
2003	Ley N° 19.852	Sobre Subrogación para las mujeres alcaldes en el período pre y postnatal.
2004	Resolución exenta 527	Normas y Guía Clínica para la Atención, en Servicios de Urgencia, a Personas Víctimas de Violencia Sexual, Ministerio de Salud.
2004	Reglamento N° 79	Que regula el inciso tercero del artículo 2° de la ley N° 18.962 que regula el estatuto de las alumnas en situación de embarazo y maternidad. Ministerio de Educación.
2005	Ley N° 20.047	Establece el permiso paternal en el Código del Trabajo
2006	Decreto Supremo N° 48	Normas Nacionales sobre Regulación de la Fertilidad.

**Tabla 3. Normas relacionadas con violencia
(intrafamiliar, sexual, de género, contra las mujeres)**

Año	Número	Materia
1989	Decreto N° 789	Convención para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer. Ministerio de Relaciones Exteriores.
1991	Ley N° 19.023	Crea el Servicio Nacional de la Mujer.
1994	Ley N° 19.335	Ley que crea el régimen patrimonial de matrimonio "Participación en los Gananciales".
1996	Ley N° 19.325	Ley Violencia Intrafamiliar. Establece normas sobre procedimiento y sanciones relativos a los actos de violencia intrafamiliar.
1996	Decreto N° 1.415	Reglamento de la Ley de Violencia Intrafamiliar.
1995	Ley N° 19.409	Introduce modificación al Código Penal con el objeto de tipificar y sancionar el delito de trata de blancas.
1998	Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer.	Convención Belem Do Pará. Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer.
1999	Ley 19.617	Modifica el Código Penal, el Código de Procedimiento Penal y otros Cuerpos Legales en materias relativas al delito de Violación.
1999	Ley 19.611	Establece igualdad jurídica entre hombre y mujeres (reforma constitucional).
2000	DFL N° 1	Abandono de familia y pago de pensiones alimenticias.
2000	Instructivo general N° 25 sobre investigación de delitos sexuales, Ministerio Público	Este instructivo tiene por objeto otorgar orientación a los fiscales del Ministerio Público, para la investigación de los delitos sexuales, en cuanto a las primeras diligencias de investigación, exámenes corporales, careo, reconocimiento, prueba en los delitos sexuales
2004	Ley N° 19.968	Ley que crea los juzgados de familia, encargados de conocer los asuntos de que trata esta ley y los que les encomienden otras leyes generales y especiales, de juzgarlos y hacer ejecutar lo juzgado.
2005	Ley N° 20.005	Tipifica y sanciona el acoso sexual. Esta ley fue promulgada por unanimidad en el Senado, no obstante, su tramitación duró 13 años.
2005	Decreto N° 957	Reglamento de los Tribunales de Familia.
2007	Ley 20.230	Adecua el Decreto Ley 321 sobre libertad condicional, a la regulación vigente del delito de violación de menores.
2007	Ley 20.207	Establece que la prescripción de delitos sexuales contra menores, se computará desde el día en que estos alcancen la mayoría de edad.

Tabla 4: Normas relacionadas con VIH/Sida y ETS

Año	Número	Materia
1986 Derogado	Decreto 362	Ministerio de Salud, Reglamento sobre Enfermedades de Transmisión Sexual.
2000	Decreto Exento N° 20	Normas de manejo y tratamiento de enfermedades de transmisión sexual.
2000	Decreto Exento N° 561	Norma de Manejo Posexposición a la Sangre en el Contexto de la Prevención de la Infección por VIH.
2001	Resolución exenta No 371	Regula procedimiento de examen para la detección del virus de la Inmuno deficiencia humana (VIH).
2002 Derogado	Decreto 362, de 1983, actualización.	Reglamento sobre enfermedades de transmisión sexual.
2002	Ley N° 19.779	Establece normas relativas al virus de inmuno deficiencia humana y crea bonificación fiscal para enfermedades catastróficas.
2004	Ley N° 19.996	Establece un Régimen de Garantías en Salud, más conocida como Plan AUGE. Estipula los reglamentos con los que contaría el Régimen de Garantías Explícitas y la atención en salud de las personas VIH positivas donde a partir de noviembre de 2004 se comienza a hacer efectiva.
2004	Decreto N° 170	Aprueba Garantías Explícitas en Salud del Régimen General de Garantías en Salud, Ministerio de Salud
2005	Resolución Exenta N° 622	Norma para la Prevención de la Transmisión Vertical del VIH.
2005	Decreto N° 158 Reglamento sobre notificación de enfermedades transmisibles con notificación obligatoria.	Establece la notificación exclusiva a través de establecimientos centinelas.

Tabla 5. Normas relacionadas con embarazo en la adolescencia

Año	Número	Materia
1989	Decreto N° 789	Convención para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer. Ministerio de Relaciones Exteriores.
1990	Decreto N° 830	Convención de los Derechos del Niño.
1994	Ley N° 19.299	Modifica la base de cálculo del subsidio maternal.
1999	Decreto 1.907	Se ratifican los convenios 103 y 156 de la OIT que abordan, respectivamente, la protección a la maternidad y las responsabilidades familiares compartidas.
2000	Resolución Exenta N° 2326	Fija directrices para los servicios de salud sobre esterilización femenina y masculina, publicada en el Ministerio de Salud.
2000	Ley N° 19.688	Modifica la Ley N° 18.962, Orgánica Constitucional de Enseñanza, en lo relativo al derecho de las estudiantes que se encuentren embarazadas o que sean madres lactantes de acceder a los establecimientos educacionales.
2000	Modifica la Ley N° 18.962, Orgánica Constitucional de Enseñanza	Establece los derechos de las estudiantes que se encuentren embarazadas o que sean madres lactantes de acceder a los establecimientos educacionales.
2004	Reglamento N° 79	Regula el inciso tercero del artículo 2° de la ley N° 18962 que regula el estatuto de las alumnas en situación de embarazo y maternidad. Ministerio de Educación.
2004	Resolución exenta 527	Normas y Guía Clínica para la Atención, en Servicios de Urgencia, a Personas Víctimas de Violencia Sexual, Ministerio de Salud.
2006	Decreto Supremo N° 48	Normas Nacionales sobre Regulación de la Fertilidad.

Es posible observar que las leyes, normativas y reglamentos señalados se enmarcan en los derechos sexuales y reproductivos. Estos últimos según el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) están ligados al conjunto de derechos humanos, incluyendo derechos básicos de las personas a acceder y obtener información, contar con servicios y

con el apoyo para tener una **vida sexual y reproductiva** sana, sin discriminación de edad, género, raza, identidad sexual, religión, estado civil, o condición socioeconómica. También señala que las personas tienen el derecho a ejercer o no la sexualidad y vivirla en forma segura, sin riesgo de infecciones de transmisión sexual e independientemente de la reproducción¹⁷.

¹⁷ Proyecto Ley Marco sobre Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos. Para mayor información: Boletín N° 59933-11 <http://sil.congreso.cl/pags/index.html>

Tal como lo señala el Proyecto Ley Marco sobre Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos "... 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"¹⁸.

Como es sabido el Estado de Chile ha hecho expreso reconocimiento que los **derechos sexuales y reproductivos** son un conjunto de derechos humanos, ya recogidos en instrumentos internacionales y en el ordenamiento jurídico nacional¹⁹. Entre los derechos que están a la base de los derechos sexuales y reproductivos, se hallan el derecho a la vida, la igualdad ante la ley, la integridad física y síquica, la libertad personal y seguridad individual, el derecho a la privacidad e intimidad, el derecho a la salud, y el derecho a la educación, entre otros, los que se encuentran consagrados en la Constitución.

1.2. Políticas públicas y programas relacionados con SSR, VIH y Sida e ITS

Las políticas públicas y programas relacionados con los temas de SSR tienen una larga historia en el país. Uno de los primeros antecedentes se relaciona con los diversos esfuerzos, pero aislados, por entregar anticoncepción en la década de los 20. Además, a fines de 1938 algunos obstetras de los policlínicos del Seguro Obrero impulsaron la entrega de servicios de regulación de la fecundidad²⁰. Hasta 1963 permanecieron las acciones de regulación de la natalidad que habían sido incorporadas a los programas del Servicio Nacional de Salud. No obstante, se continuó trabajan-

do en control de natalidad con finalidades "asistenciales, de investigación y adiestramiento", en coordinación con universidades nacionales y con agencias internacionales como la Ford Foundation, Population Council, Public Welfare Foundation, Harvard University²¹. Las acciones del control de natalidad se siguieron realizando por el Servicio Nacional de Salud (S.N.S.).

En estos mismos años por influencia de la IPPF (International Planned Parenthood Federation) se creó el "Comité de Protección de la Familia" cuyo objetivo

¹⁸ Proyecto Ley Marco sobre Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos. Para mayor información: Boletín N° 59933-11 <http://sil.congreso.cl/pags/index.html>

¹⁹ Documento Oficial de Chile a la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, 1994.

²⁰ Dides, C. (2006) Voces de emergencia: el discurso conservador y la píldora del día después. FLACSO-UNFPA, Santiago, Chile.

²¹ Ídem.

fue reducir las elevadas tasas de natalidad, la mortalidad materna y la letalidad por aborto²². A fines de 1965 el gobierno de Frei Montalva le otorgó la personalidad jurídica a la Asociación Chilena de Protección a la Familia (APROFA). Posteriormente este gobierno definió una política pública de paternidad responsable²³.

Durante la dictadura militar (1973-1990) se hizo un violento viraje en estos campos de acción que se tradujo en políticas pronatalistas fundadas en la Doctrina de la Seguridad Nacional, quedando expresadas en el documento *“Política de Población”* publicado por la Oficina de Planificación Nacional (ODEPLAN) en 1979. En este se señalaba evitar el uso abusivo de métodos anticonceptivos, cuestión que aparece más como una excusa que una realidad. Esto provocó por ejemplo que los Servicios de Salud dejaran de publicitar o notificar a la población sobre métodos anticonceptivos²⁴. *“Entre un discurso político, centrado en la doctrina de seguridad nacional y la protección a la familia, el régimen militar y algunos médicos católicos hicieron la más enfática relación que el uso de métodos anticonceptivos implicaba la destrucción de la familia y que ello era producto de la penetración del mundo comunista”*²⁵. Otro ejemplo de este período histórico es la dictación de una resolución administrativa que regulaba la esterilización voluntaria y fijaba los requisitos que debía

cumplir una mujer para esterilizarse: tener 32 años, cuatro hijos nacidos vivos, sufrir alguna afección que justificara la esterilización y el consentimiento del cónyuge o la pareja²⁶.

En la década del 90 las líneas de acción en materia de regulación de la fertilidad fueron desarrolladas fundamentalmente bajo el marco del Programa de Salud Materno Perinatal, cambiando su nombre y contenidos en 1994 por el de Programa de Salud de la Mujer. Se formularon normas técnicas en torno a lo que se ha denominado *“paternidad responsable”*²⁷. En esta misma época, Chile hace parte de las discusiones a nivel internacional, en particular en la Conferencia sobre Población y Desarrollo en El Cairo aceptando la definición de salud reproductiva. En un documento oficial presentado en la Conferencia se daba cuenta de los graves problemas de salud pública que, sin desconocer los logros alcanzados en la década de los 60, aún afectaban a las mujeres chilenas: el aborto y el embarazo adolescente. La posición oficial respecto a la fecundidad se basaba en argumentos de tipo ético, atendiendo a la equidad, el mejoramiento de las condiciones de vida de la población y el bienestar de la familia. Luego el Servicio Nacional de la Mujer crea un Plan de Igualdad de Oportunidades que incluía el mejoramiento en estos ámbitos²⁸.

²² El aborto en el año 1961 y 1962 alcanzó su mayor récord histórico: 18,6 abortos registrados por 100 nacimientos.

²³ Dides, C., et al. (2004) *“La política de fecundidad en el Chile actual: docilización o autonomización”*. En *Anuario del Programa de Género y Cultura*. Santiago: Facultad de Filosofía y Humanidades, Universidad de Chile, 1996, Pág. 130.

²⁴ *Op. cit.* Dides, C. (2006) Pág. 10.

²⁵ Grau, O. et al. (1997) *Discursos, género y Poder. Discursos Públicos: Chile 1978-1993*. Santiago: Corporación La Morada, Universidad ARCIS, Editorial Lom, Págs. 257-259.

²⁶ En 2000 se modificó la Resolución por parte del Ministerio de Salud.

²⁷ *Op. cit.* Dides, C. (2004).

²⁸ *Op. cit.* Dides, C. (2006) Pág. 13.

En la misma década los gobiernos democráticos reafirman la prioridad de la salud y retoman la tradición de la salud pública. En los primeros años se da inicio a un proceso de fortalecimiento del sistema con énfasis en la promoción de la equidad y calidad en el acceso a la atención de salud. Esta orientación ha sido la base fundamental de todas las políticas sanitarias de los gobiernos de la Concertación, incorporando además la noción de equidad que en el ámbito de la salud se refiere al acceso, financiamiento y/o la distribución equitativa de servicios según necesidad sanitaria²⁹.

Las políticas públicas implementadas en los últimos veinte años en el ámbito de la SSR y el VIH y sida, se han caracterizado por reafirmar la prioridad de la salud y retomar la tradición de la salud pública. Estas políticas han sido asumidas con mayor fuerza por el sector salud. No obstante, cabe señalar que en la materia específica de violencia intrafamiliar, ha tenido un rol, fundamental tanto el Servicio Nacional de la Mujer como el Ministerio de Justicia.

La noción de salud que ha primado en las políticas del Ministerio de Salud se basa en el modelo de salud integral que, *“al tener una mirada sistémica sobre el proceso salud enfermedad, se orien-*

*ta a la mejoría de la calidad de vida de las personas, las familias y las comunidades, y se constituye en uno de los pilares fundamentales para el logro de los objetivos de la Reforma del sector salud”*³⁰. En este sentido, abarca el proceso salud enfermedad, un aspecto relacional que involucra a los equipos de salud, usuarios, familias y comunidad, modelos participativos de gestión y el diseño y aplicación de formas integrales de respuesta a las necesidades de las personas en materia de salud.

La salud en general se ha reconocido universalmente como un derecho fundamental de mujeres y hombres, y la salud sexual y reproductiva como un componente integral de la salud. En esta perspectiva ocuparse de la salud sexual y reproductiva es parte de los compromisos adquiridos por el Estado chileno.

Las políticas públicas que se presentan a continuación las entenderemos como plantea Lahera³¹ como un curso de acción, una definición de principios y/o flujos de información en relación con un objetivo público definido en forma democrática. Se expresan en orientaciones, instrumentos, programas, normas institucionales, entrega de productos, servicios, etc. Estas políticas se suman a las normativas presentadas en el punto anterior.

²⁹ Frenz, P. (s/f) Desafíos en Salud Pública de la Reforma: Equidad y Determinantes Sociales de la Salud. Accesado: www.minsal.cl Recuperado enero 2009.

³⁰ Ministerio de Salud, Modelo de Atención Integral en Salud, http://www.minsal.cl/ici/salud_mujer/documentos/modelo_atencion_integral_salud.doc. Recuperado en noviembre 2007.

³¹ Lahera, E. (2004) Introducción a las políticas públicas. FCE, México.

Tabla 6. Políticas públicas sobre SSR, VIH y Sida

Año	Políticas públicas (incluye programas, protocolos, guías técnicas)
1990	<ul style="list-style-type: none"> Programa de Prevención y Control del VIH/Sida, MINSAL.
1991	<ul style="list-style-type: none"> Programa de Salud del Niño y el Adolescente, MINSAL.
1993	<ul style="list-style-type: none"> Política de Educación en Sexualidad, MINEDUC.
1995	<ul style="list-style-type: none"> Política y Programa de salud Integral del Adolescente, MINSAL. Política y Programa de Salud Integral del Adolescente, MINSAL. Protocolo de Prevención de la Transmisión Vertical del VIH, MINSAL.
1996	<ul style="list-style-type: none"> Programa Jornadas de Conversación sobre Afectividad y Sexualidad (JOCAS) MINEDUC, SERNAM, MINSAL, INJ.
1999	<ul style="list-style-type: none"> Política Nacional de Salud para Adolescentes y Jóvenes, MINSAL.
2000	<ul style="list-style-type: none"> Programa Oficina de Protección de Derechos (OPD), SENAME. Plan Nacional para superar la discriminación en Chile 2001-2006, SEGEJOB.
2001	<ul style="list-style-type: none"> Política Objetivos Sanitarios para la década del 2000 al 2010, MINSAL. Política Nacional y Plan de Acción Integrado a favor de la Infancia y Adolescencia 2001-2010, MIDEPLAN (incluye el Plan de Acción Integrado a favor de la Infancia y la Adolescencia y las metas del Plan de Acción Integrado a Favor de la Infancia y la Adolescencia al 2006). Plan de Sexualidad Responsable, MINEDUC, MINSAL, SERNAM.
2002	<ul style="list-style-type: none"> Orientaciones Técnicas para Atención Amigable de los Adolescentes, MINSAL.
2004	<ul style="list-style-type: none"> Normas y Guía Clínica para la Atención, en Servicios de Urgencia, a Personas Víctimas de Violencia Sexual, MINSAL. Comisión de Evaluación y Recomendaciones sobre Educación Sexual (2004-2005), MINEDUC. Plan de Acción en Juventud, INJUV. Consejo de Ministros por la Juventud (surge por Instructivo Presidencial N° 03 del 23 de enero de 2004).
2005	<ul style="list-style-type: none"> Política Pública en torno a las personas que viven con VIH/Sida, MINSAL. Plan Auge, MINSAL. Orientaciones Técnicas: Sala de Primera Acogida para Atención a Víctimas de Delitos Sexuales en Servicios de Urgencia, MINSAL. Guía Clínica Síndrome de Inmuno deficiencia Adquirida, VIH/Sida, MINSAL. Plan Nacional por la No Discriminación, SEGEJOB.
2006	<ul style="list-style-type: none"> Política Nacional y Plan de Acción Integrado a favor de la infancia y adolescencia 2001-2010, MIDEPLAN (incluye el Plan de Acción Integrado a favor de la Infancia y la Adolescencia y las metas del Plan de Acción Integrado a Favor de la Infancia y la Adolescencia al 2006). Consejo Nacional de Políticas de Infancia. Gobierno de Chile, Organizaciones Sociales. Programa Chile Crece Contigo, MIDEPLAN. Estrategia de atención integral a personas que viven con VIH/Sida. Programa nacional de prevención y control del VIH/sida. Área de Atención Integral. CONASIDA, MINSAL. Normas Nacionales sobre Regulación de la Fertilidad. Chile, MINSAL. Comité Interministerial para la Infancia, MIDEPLAN, MINEDUC, Ministerio del Trabajo, Ministerio de Hacienda, SERNAM, SEGPRES.

Tabla 6. Continuación

Año	Políticas públicas (incluye programas, protocolos, guías técnicas)
Desde 1991, hasta 2008	<ul style="list-style-type: none"> • Campaña Sanitaria VIH/Sida, MINSAL.
2008	<ul style="list-style-type: none"> • Programa de Prevención de Violencia Intrafamiliar, SERNAM. • Normas manejo y Tratamiento de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), MINSAL. • Normas Nacionales sobre Regulación de la Fertilidad, MINSAL.

1.3. Acuerdos internacionales

Los acuerdos internacionales suscritos por Chile están sobre la base de las políticas públicas descritas en los apartados anteriores. Es por ello que se presenta a continuación un breve análisis de la relevancia de estos acuerdos.

En la década del 50 y especialmente durante los años 60, se origina una creciente preocupación desde los países más ricos por los temas de población y desarrollo; especialmente respecto de la pobreza y el elevado crecimiento poblacional en los países denominados subdesarrollados. Con el fin de preservar los equilibrios político-económicos de la postguerra e impedir que el aumento de la población empobrecida se convirtiera en fuente de inestabilidad política, se desplegaron esfuerzos para influir en los comportamientos reproductivos de las personas en estos países. Unido al apoyo económico, se implementan, con mayor o menor eficacia, políticas y programas de Planificación Fa-

miliar o Paternidad Responsable tendientes a disminuir el crecimiento poblacional con la promesa de un mayor desarrollo económico. Estas políticas de población tuvieron por principal objetivo disminuir las tasas de fecundidad. Sin embargo, las políticas y programas no se elaboraron a partir del reconocimiento de los derechos y libertades fundamentales de las personas, en especial de las mujeres³².

La mayoría de los acuerdos a partir de esta década tenían a la base los Derechos Humanos constituyéndose en el marco general en el cual se construye la noción de Derechos Sexuales y Reproductivos. En este sentido es posible comprender los Derechos Sexuales y Reproductivos como un reflejo del carácter progresivo de la instalación de los Derechos Humanos. Estos últimos no se agotan en un catálogo determinado, pues está incluida la totalidad de aquellos que pertenecen a todas las personas, por el solo hecho de ser tales.

³² Proyecto Ley Marco Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos, Santiago, julio 2008. www.congreso.cl

Es así como en la Conferencia Mundial de Derechos Humanos celebrada en Teherán de 1968, se reconoce que “los padres tienen el derecho humano fundamental de determinar libremente el número de sus hijos y los intervalos entre los nacimientos”. De esta manera se sientan las bases para el progresivo reconocimiento y desarrollo de los Derechos Sexuales y Reproductivos. Por primera vez se afirma como un derecho humano fundamental de las personas, las decisiones acerca del número y espaciamiento de los hijos que desean tener.

Luego, en 1974, en la Conferencia Mundial de Población de Bucarest, a pesar de la persistencia de los enfoques que estimaban necesarias las políticas de control de la población dirigidas a los países del tercer mundo, se reafirmó la noción de derechos fundamentales en torno a las decisiones reproductivas. Se reconoció como un derecho de los individuos (no ya de las parejas ni tampoco restringido a

los padres), la capacidad de decidir sobre la regulación de la fecundidad, enfatizando las responsabilidades del Estado en cuanto a proporcionar información, educación y los medios que permitan a los individuos su ejercicio.

Estos son los primeros hitos en el reconocimiento de derechos fundamentales con respecto a la toma de decisiones reproductivas de las personas y manifiestan claramente la voluntad política de la comunidad internacional en este sentido.

En el contexto de los acuerdos y convenciones internacionales, Chile ha suscrito diversos instrumentos y acuerdos internacionales que involucran a los derechos sexuales y reproductivos, lo que implica que como 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 de los derechos sexuales y reproductivos mencionados.

- Declaración Universal de Derechos Humanos (1948).
- Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1966).
- Protocolo Facultativo del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (Dto-778 D. Of. 29 de abril de 1989), adoptado en la Asamblea General de las Naciones Unidas, mediante Resolución 2200 A (20 de agosto de 1992).
- Convención Americana de Derechos Humanos (1969).
- Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW, 1979).
- Convención sobre los Derechos del Niño (1989).
- Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD, El Cairo 1994), en la cual el concepto de Salud Sexual y Reproductiva (SSR) reemplazó el concepto de control demográfico del crecimiento de la población.
- Cuarta Conferencia Mundial de la Mujer (Beijing, 1995), la cual ratifica el concepto de SSR aprobado en la CIPD.

Desde la década de los 80, la comunidad internacional ha llegado a nuevos consensos a propósito del reconocimiento de estos derechos como parte integrante de los derechos humanos, derechos que deben ser acompañados de la voluntad política necesaria para que puedan ser efectivamente ejercidos por todas las personas, sin distinciones ni discriminaciones en virtud de sexo, edad, condición socioeconómica, religión, origen racial, estado civil, idioma o cualquier otra condición. Para alcanzar el debido reconocimiento, respeto, protección y promoción de estos derechos, se reconoce además como necesario que sean los propios Estados quienes adopten medidas positivas tendientes a garantizar su efectivo goce por parte de todas las personas. Fundamentales para el progresivo

reconocimiento de los Derechos Sexuales y Reproductivos han resultado la Conferencia Mundial de Derechos Humanos, la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo El Cairo 94 y la IV Conferencia Mundial de la Mujer, Beijing 95.

Como es sabido, el análisis del contexto internacional en estas materias ha sido considerado como un elemento central en la elaboración del marco de trabajo para articular programas y acciones de promoción y atención de SSR y de prevención y control de VIH y Sida. Algunos de los acuerdos internacionales establecen líneas generales de acción mientras que otros ofrecen elementos puntuales para la operacionalización de dicho marco. Entre los principales acuerdos se encuentran:

Tabla 7. Acuerdos internacionales relacionados con SSR, VIH y Sida e ITS

Nombre	Descripción
Conferencia de Población El Cairo (1994)	Plantea la necesidad del acceso universal de servicios de salud reproductiva y sexual para el 2015.
Seguimiento de Beijing +5	Señala el estado de acceso a la prevención de las mujeres y fomento de la sexualidad responsable frente a los hombres.
Acuerdos específicos de New York del UNGASS	Acuerdos respecto a los indicadores de avances en la materia.
Recomendaciones del Grupo de referencia de ONUSIDA sobre prevención del VIH y Sida	Establece la base técnica necesaria para las estimaciones y proyecciones mundiales de ONUSIDA/OMS sobre la prevalencia del VIH.
Alma Ata/APA/SPT	Establece la revitalización del concepto de atención primaria de salud y la promoción de salud como un componente esencial de las acciones de atención integral en esta materia.
Objetivos de Desarrollo del Milenio (2000)	Compromiso de los países miembros de Naciones Unidas para reducir los niveles de extrema pobreza y establecer una serie de objetivos sujetos a plazo, conocidos como los objetivos de desarrollo del Milenio y cuyo vencimiento del plazo está fijado para el año 2015.

Tabla 7. Continuación

Nombre	Descripción
XXII Reunión de Ministros del MERCOSUR (2007)	Recomendaciones para las políticas de salud sexual y reproductiva de los Estados parte del MERCOSUR y los Estados Asociados, destacándose la necesidad de adoptar el compromiso de cumplir con la Metas del Desarrollo del Milenio, especialmente en la reducción de la mortalidad materna, la ratificación los compromisos de la CEDAW, y la adopción de otros instrumentos internacionales con la Conferencias Internacional de Población y Desarrollo, 1994 y las instancias posteriores de afirmación de la misma (1999-2004).
Consensos de Iquique. Secretaría General Iberoamericana. XVII Cumbre Iberoamericana (2007)	Acuerdo respecto a la consideración de que los ODM son una oportunidad de retomar el camino para formular planes orientados a enfrentar los problemas sociales y de salud de la población de manera de incrementar la cohesión social, haciendo énfasis en el enfoque de derecho, la multisectorialidad de las políticas públicas, los determinantes sociales de salud, inclusión social, inequidad, exclusión, protección social, calidad de vida.
Primera reunión de Ministros de Salud y Educación para Detener el VIH e ITS en Latinoamérica y el Caribe, México (2008)	Esta reunión se desarrolló en el marco de la XVII Conferencia Internacional de Sida, con el objetivo de fortalecer la respuesta y prevención del VIH en el contexto educativo y sanitario.

Los acuerdos suscritos por Chile sean estos vinculantes o no, han sido una importante base para avanzar. Sin embargo, al existir diferentes componentes de la SSR, como por ejemplo, embarazo en la adolescencia, educación sexual, VIH e ITS, violencia intrafamiliar, etc. estos caen en el área de competencias de distintos ministerios sectoriales, lo que supone un desafío mayor para la definición de respuestas nacionales debidamente coordinadas y articuladas.

Algunas de las organizaciones que han reflexionado y abogado por la vinculación entre SSR, VIH y Sida son, a nivel de Agencias y Programas de Naciones Unidas, la OPS/OMS, UNFPA, UNICEF, ONUSIDA y UNIFEM; a nivel de agencias de cooperaciones bilaterales son DFID, BMZ, GTZ, USAID, NORAD, SIDA, CIDA, AECI entre otras; a nivel no gubernamental IPFF, POPCOUNCIL, WAS, IPAS, FCI, Grupo de trabajo Mundial de Prevención de VIH entre otras.

2. Principales problemáticas en salud sexual y reproductiva, VIH y Sida en Chile

Los avances experimentados, si bien son relevantes, no están exentos de debilidades. Así, persisten problemas y surgen otros, necesarios de enfrentar y superar. Entre los problemas más importantes se encuentran altas tasas de embarazos en adolescentes principalmente en sectores socioeconómicos bajos, aumento de las infecciones de transmisión sexual, el VIH y Sida; problemas en la implementación de programas de educación sexual en los establecimientos escolares, en un ambiente que no reconoce la sexualidad juvenil y donde el acceso de los jóvenes a la educación y los servicios está limitado³³. A continuación se enumeran los principales desafíos pendientes en Chile:

1. A pesar de los esfuerzos de planificación familiar, siguen existiendo embarazos no planificados ni deseados, lo que constituye un grave problema de salud personal, familiar y social.

Las tasas de natalidad por cada mil habitantes en Chile presentan una constante disminución, pasando de 21,1 en 1993 a 14,9 en el 2005, lo que representa una disminución de 6,2 puntos³⁴.

La elevada tasa de embarazos en adolescentes es uno de los problemas

más serios de salud reproductiva y salud pública. En las últimas dos décadas, del total de nacidos vivos en Chile, cerca del 15% (entre 35 y 40 mil nacidos cada año) es de madres menores de 19 años. La gran mayoría de estos embarazos se produce en los sectores más pobres³⁵. Si bien las tasas de fecundidad adolescente han tendido a bajar en los últimos años, el embarazo en este grupo se presenta como un problema social desde el punto de vista de su magnitud, debido a la desaceleración en la baja de las tasas de fecundidad de madres entre 15 y 19 años, respecto a las tasas de las madres mayores de 19 años. Para el caso del embarazo en adolescentes de mujeres entre 10 y 14 años, se registró en el 2005 un tasa de 4,1 por cada mil niñas de este rango. Sin embargo, este grupo no ha presentado una disminución sostenida como sí ha ocurrido en la tasa general de natalidad en el país, cayendo solo en 0,1 puntos entre el 2000 y 2005.

Asimismo, en el año 2005, de cada mil nacidos vivos, 152 correspondieron a hijos/as de madres adolescentes entre 15 y 19 años. La disminución respecto al año 2000 es leve, de solo 5,5 puntos. Adicionalmente, si se observan las cifras del año 2003, 2004 y 2005 se constata un aumento en las tasas³⁶.

³³ Schiappacasse, V.; Vidal, P.; Casas, L.; Dides, C.; Díaz, S. (2003) Chile: Situación de la salud y los derechos sexuales y reproductivos. ICIMER, CORSAPS y SERNAM. Chile.

³⁴ INE (2007). Anuario de Estadísticas Vitales 2005. INE.

³⁵ Molina, R.; Molina, T.; González, E. (2007) Madres, niñas-adolescentes de 14 años y menos: un grave problema de salud pública no resuelto en Chile. En Revista Médica de Chile, enero, Volumen 135, N° 1, págs. 79 a 86.

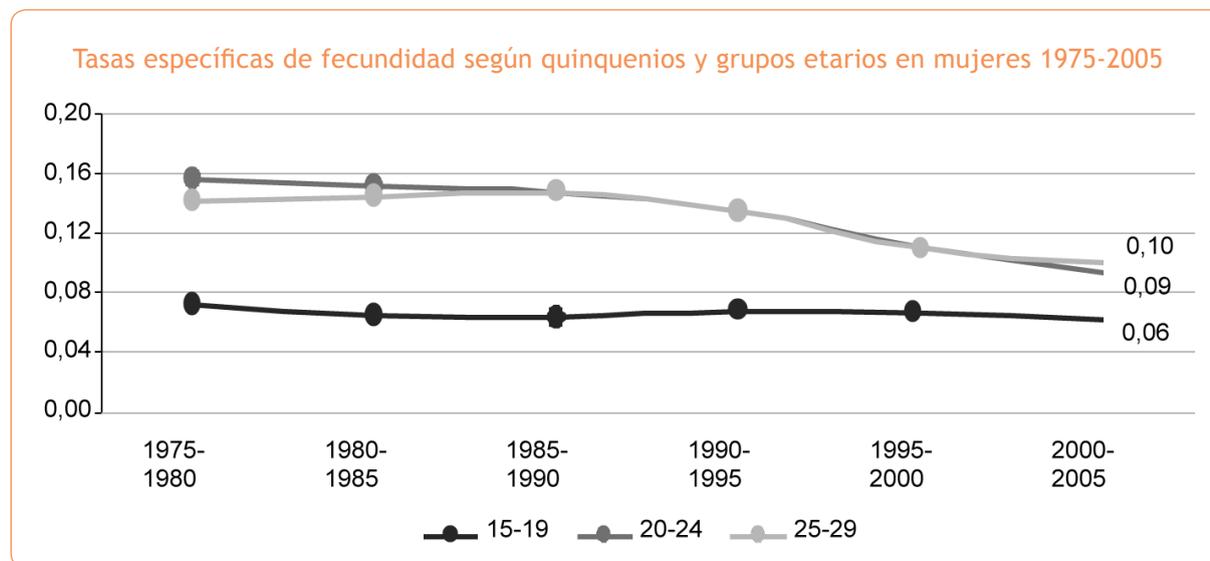
³⁶ Elaboración propia a partir de datos del Departamento de Estadísticas del Ministerio de Salud, Gobierno de Chile; estimaciones poblaciones del Instituto Nacional de Estadísticas. www.ine.cl

Este fenómeno puede vincularse con el bajo uso de métodos anticonceptivos³⁷ en los y las adolescentes, la edad de inicio de las relaciones sexuales, con la ausencia o débil educación sexual en los colegios y la falta de espacios para adolescentes en los servicios de salud³⁸.

El embarazo en la adolescencia es un fenómeno que profundiza las inequidades en las relaciones de género, acrecentando la vulnerabilidad de las mujeres

dado que en él confluyen diversas formas de subordinación social: en cuanto mujer, en cuanto joven, en cuanto pobre³⁹. Esta problemática está también vinculada a la inequidad de las relaciones entre hombres y mujeres, debido a que la figura del padre adolescente no está plenamente constituida en la sociedad, transformándolo en un actor invisibilizado que elude su responsabilidad en el embarazo. De este modo, la mujer debe asumir estos costos sobre sí misma y sobre su propio/a hijo/a⁴⁰.

Gráfico 1



Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas; Comisión Económica para América Latina y el Caribe (s.f.). CHILE: Proyecciones y Estimaciones de Población. Total País 1950-2050. Santiago, Chile.

Entre el quinquenio de 1990-1995, y el del 2000-2005, la tasa de fecundidad que presenta una menor disminución es la comprendida en el rango de los 15 a

los 19 años de edad, con solo un 9,5% de decrecimiento, mientras que las tasas de los demás grupos etarios bajaron todas al menos 13 puntos porcentuales.

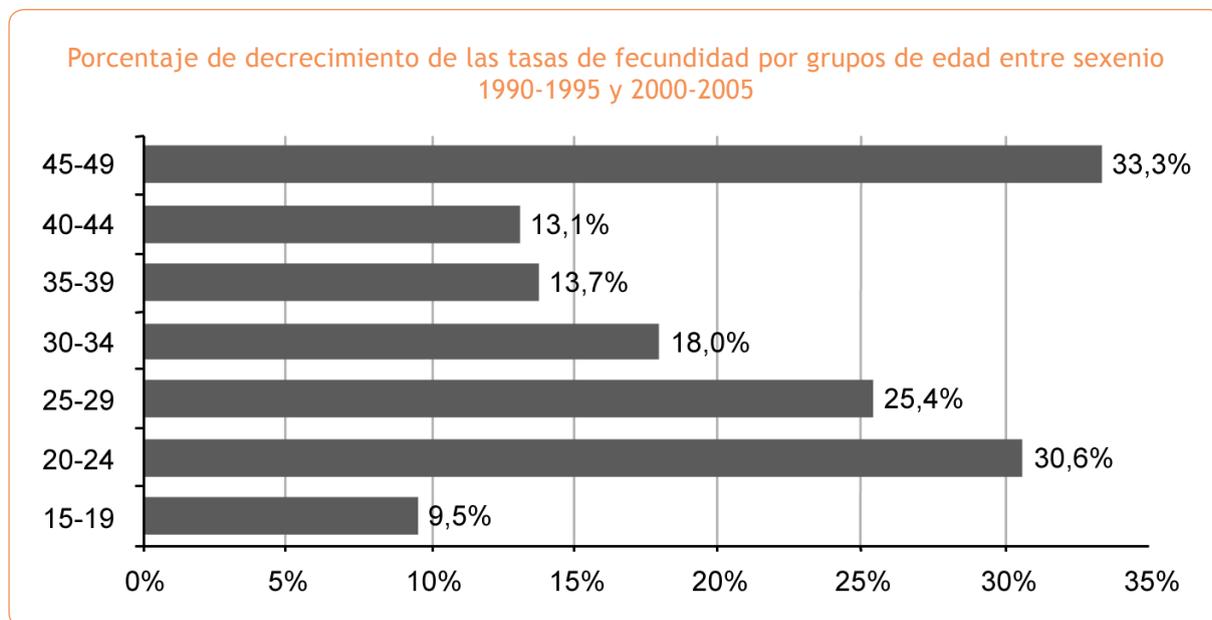
³⁷ INJUV (2007) V Encuesta Nacional de Juventud. Santiago de Chile.

³⁸ Dides, C.; Benavente, M.C.; Pérez, S.; Guajardo, A.; Morán, J.M. (2007) Participación de adolescentes y jóvenes en el diagnóstico y elaboración de políticas públicas en salud y desarrollo en Chile. MINSAL-UNFPA, Santiago, Chile.

³⁹ SERNAM (2001) Consideración de la Salud y Derechos Sexuales y reproductivos de los/as Adolescentes y Jóvenes en el contexto de la Reforma a la Salud en Chile. Santiago de Chile.

⁴⁰ Ídem.

Gráfico 2



Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas; Comisión Económica para América Latina y el Caribe (s.f.). CHILE: Proyecciones y Estimaciones de Población. Total País 1950-2050. Santiago, Chile.

2. Los y las jóvenes no cuentan con suficiente información y educación en sexualidad y reproducción, ni tienen acceso adecuado a servicios de SSR que brinden atención integral, confidencial y de calidad.

Según estudio realizado por FLACSO-Chile “La asistencia al consultorio para temas de salud sexual y reproductiva **es prácticamente nula** entre los y las adolescentes y jóvenes consultados en todas las regiones. Si bien tienen conocimiento de que la entrega de métodos anticonceptivos e información existe en los consultorios, no acuden a ellos por dos

motivos: duda sobre la confidencialidad y la mala calidad de los condones y pastillas anticonceptivas”⁴¹.

Respecto de la educación sexual, la Ley Orgánica Constitucional de Enseñanza (LOCE) no obligaba a los colegios a contar con un plan de sexualidad y en la Ley General de Educación el tema tampoco es mencionado. Lo que señala la LOCE⁴² es que “los establecimientos educacionales tendrán libertad para fijar planes y programas de estudios que consideren adecuados para el cumplimiento de los referidos objetivos y contenidos mínimos obligatorios por año y los comple-

⁴¹ Dides, C.; Benavente, M.C.; Pérez, S.; Guajardo, A.; Morán, J.M. (2007) Participación de adolescentes y jóvenes en el diagnóstico y elaboración de políticas públicas en salud y desarrollo en Chile. Programa Género y Equidad, FLACSO-Chile, MINSAL-UNFPA, Santiago, Chile.

⁴² Ministerio de Educación Pública. LEY-18962 Fecha de Promulgación: 7.3.1990. Última Modificación: DFL-1, EDUCACION 21.02.2006. Biblioteca del Congreso Nacional. Recuperado en marzo de 2009 en: <http://www.bcn.cl/leyes/30330>

mentarios que cada uno de ellos fije”. Sin embargo, cabe señalar que la ley declara que los establecimientos educacionales harán entrega a la autoridad regional de educación correspondiente, de los planes y programas que libremente elaboren, debiendo dicha autoridad certificar la fecha de entrega. Los planes y programas se entenderán aceptados por el Ministerio de Educación Pública transcurridos noventa días, contados desde la fecha de su entrega, fecha a partir de la cual se incorporarán al registro de planes y programas que el Ministerio llevará al efecto. No obstante, dicho Ministerio podrá objetar los respectivos planes y programas que se presenten para su aprobación, dentro del mismo plazo a que se refiere el inciso anterior, si estos no se ajustan a los objetivos fundamentales y contenidos mínimos que se establezcan de acuerdo a esta ley. Esta objeción deberá notificarse por escri-

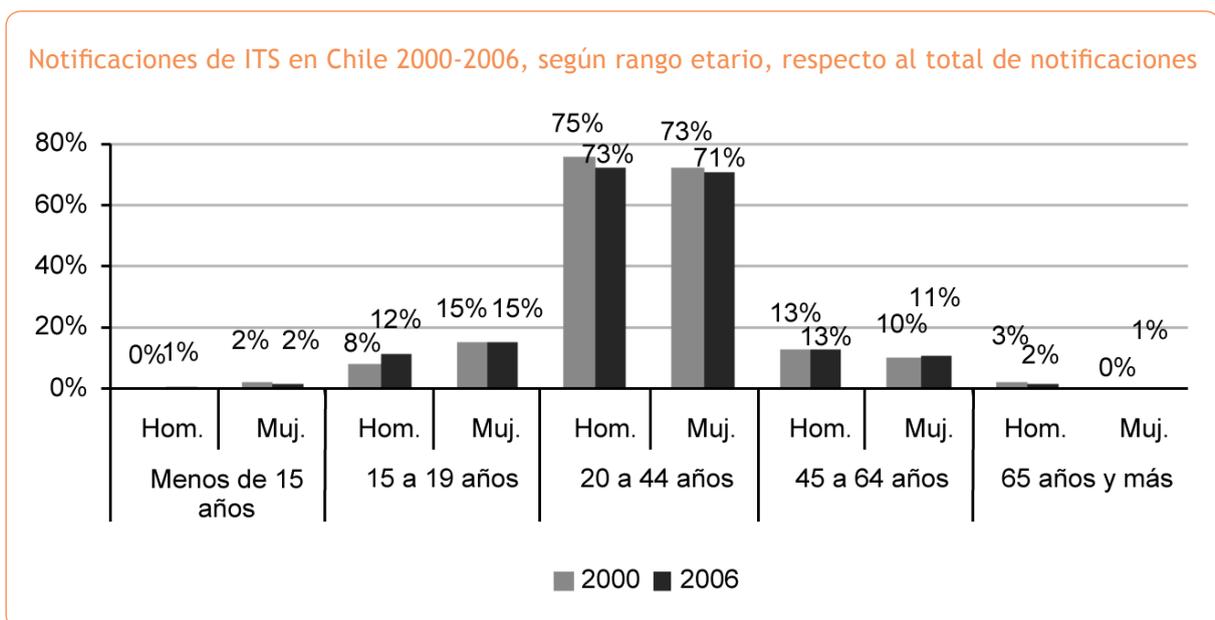
to en ese plazo mediante carta certificada dirigida al domicilio del respectivo establecimiento.

Esta situación se hace aún más problemática al considerar los datos de la encuesta *Calidad de Vida y Salud*, efectuada en Chile por el Ministerio de Salud (2006) donde se constata que el 40% de los y las jóvenes entre 15 y 19 años de edad se han iniciado sexualmente.

3. El aumento de las infecciones de transmisión sexual es un problema que afecta a los/as adolescentes entre 15 a 19 años, según notificaciones del año 2000 al 2006.

En el grupo entre 15 a 19 años se registra aumento de un 4% entre hombres adolescentes, mientras que las mujeres se mantienen en un 15%.

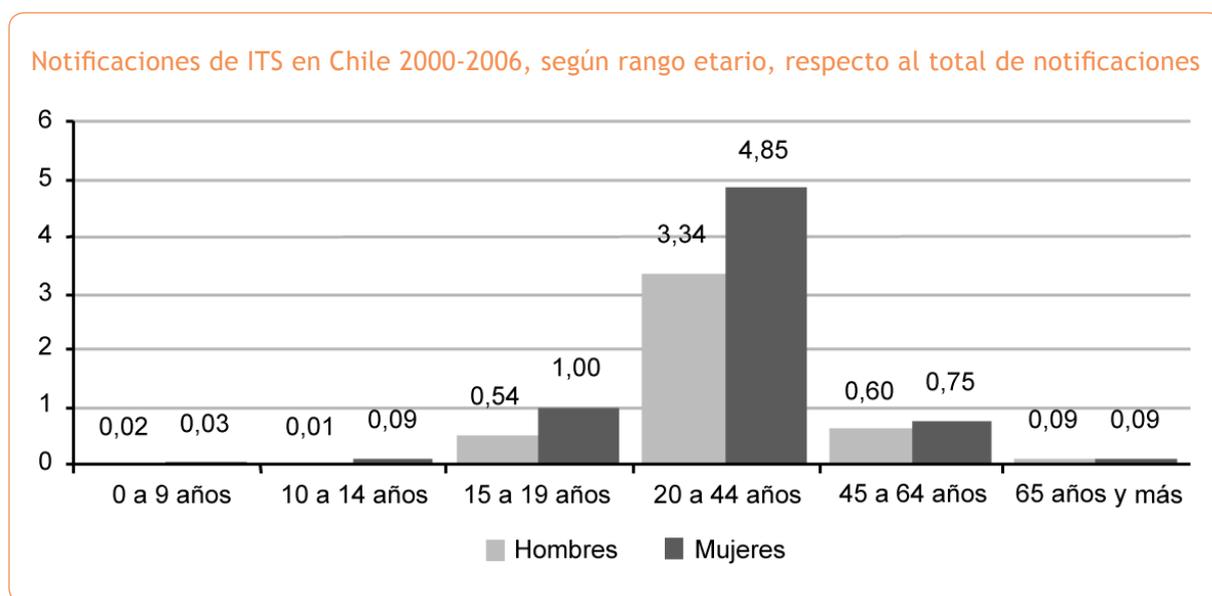
Gráfico 3



Fuente: Dides, C.; Morán, J.M., Benavente, M.C. y Pérez, S. (2008) Salud Sexual y Reproductiva en Chile 2007: actualización de datos estadísticos. Programa Género y Equidad FLACSO- Chile con apoyo de UNFPA. Santiago, Chile.

- Según datos del 2006⁴³ si al desagregar por tipo de ITS el condiloma constituye 17% del total de notificaciones en adolescentes de 15 a 19 años notificados.
 - La clamidia es la única enfermedad que presenta una mayor prevalencia entre los/as adolescentes mayores de 19 años de edad. Sin embargo, esto se debe a que en el año 2006, solo se registraron 5 casos de esta ITS en el país, por lo que su incidencia estadística es muy baja.
 - Cabe destacar que para el caso específico de la gonorrea, se notificaron 25 casos de adolescentes hombres con esta infección, lo que representa el 19,5% del total de notificaciones de esta enfermedad.
- Un 1,3% de las ITS se registran en niños/as menores de 15 años, lo que refleja en parte algunas de las consecuencias de los abusos sexuales a menores de edad. De estas, el 80% afectaron a mujeres y un 20% a hombres⁴⁴. Adicionalmente, es necesario considerar que de las notifica-

Gráfico 4



Tasa por cada 100.000 habitantes.

Fuente: Elaboración propia a partir de información otorgada por el Departamento de Estadísticas del Ministerio de Salud, año 2007.

⁴³ Dides, C.; Morán, J.M.; Benavente, M.C. y Pérez, S. (2008) Salud Sexual y Reproductiva en Chile 2007: actualización de datos estadísticos. Programa Género y Equidad FLACSO- Chile con apoyo de UNFPA. Santiago, Chile.

⁴⁴ Ídem.

ciones del 2006 la mayoría son de mujeres (60%)⁴⁵. En el año 2006 las mayores tasas de notificaciones de ITS se observan entre los 20 y los 44 años de edad. Tanto en este, como en todos los demás grupos etarios, la prevalencia de notificaciones es mayor entre las mujeres que los hombres⁴⁶.

Las ITS constituyen un factor de riesgo para desarrollar infertilidad, para la transmisión del VIH, cáncer cervicouterino en el caso del papiloma humano debido a que comparten las mismas vías de transmisión. Algunas ITS también pueden dejar otro tipo de secuelas, como dolor crónico, complicaciones del embarazo e infertilidad, entre otras.

4. El aborto es ilegal y está penalizado, por lo que no hay estadísticas sobre el tema.

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 2000⁴⁷ y el aborto fue la causa de 4 de las 42 muertes maternas registradas en el año 2004⁴⁸. Esta situación afecta los derechos en el ámbito reproductivo y pone en riesgo la vida de las mujeres que acceden a abortos clandestinos.

5. La infertilidad afecta a un 10% a 15% de las parejas en Chile.

Ha aumentado el acceso de algunos sectores de la población a las tecnologías modernas para el diagnóstico y tratamiento de la infertilidad y se ha incrementado el número de centros a nivel nacional que ofrecen atención a parejas infértiles, pero 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 los gastos, por lo que la mayoría de las parejas infértiles deben pagar con recursos propios. Las parejas de escasos recursos no pueden acceder a los procedimientos para el diagnóstico de la infertilidad y de reproducción asistida, herramienta esencial en muchos casos para el tratamiento de la infertilidad, constituyéndose en un problema de equidad⁴⁹.

6. No existen datos estadísticos que den cuenta de la salud sexual y reproductiva de los pueblos indígenas.

Solo hay datos sobre la tasa global de fecundidad (TGF)⁵⁰, que representa un promedio de 2,1 hijos⁵¹. Los atacameños son la etnia con la menor tasa de fecundidad, con un promedio de 2,01 hijos

⁴⁵ Elaboración propia a partir de información otorgada por el Departamento de Estadísticas del MINSAL, Santiago, 2007.

⁴⁶ Ídem.

⁴⁷ Programa de Salud de la Mujer, MINSAL. Chile, 2000.

⁴⁸ Ministerio de Salud de Chile. Departamento de Estadísticas e Información de Salud. Estadísticas Vitales/Mortalidad Materna y por aborto, 1990-2004.

⁴⁹ Proyecto de Ley Marco sobre Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos Boletín N° 5933-11

⁵⁰ La TGF representa el número promedio de hijos que tendría una mujer en todo su período reproductivo.

⁵¹ Pérez, S.; Dides, C. (2005) Salud, Sexualidad y Reproducción. Sistematización de investigaciones y experiencias en pueblo indígenas en Chile 1990 - 2004. CORSAPS, UNFPA, Santiago, Chile.

por mujer, mientras que los rapanui se sitúan al otro extremo, con un promedio de 2,62 hijos por mujer. Cabe señalar que la TGF para el año 2002 del país alcanzaba al 1,5⁵².

7. En general, no hay suficiente incorporación de pertinencia étnica, en los programas de Salud de la Mujer y los Programas de VIH e ITS.

Según estudio realizado por Pérez S. y Dides, C. (2005) no existe de manera permanente la incorporación de pertinencia étnica en el ámbito de la salud sexual y reproductiva ni en los estudios específicos sobre pueblos originarios ni en las atenciones que se dan en el sistema público⁵³. Se han realizado algunas intervenciones como el acompañamiento de las mujeres durante su inserción en el hospital para los embarazos y partos, entrega de información y motivación para las mujeres indígenas para el control ginecológico mediante el PAP, traducción de información sobre métodos anticonceptivos, entre otras. Estas intervenciones en su mayoría se han efectuado en zonas rurales.

8. La epidemia del VIH y Sida es concentrada y predominantemente de transmisión sexual, con tendencia a la disminución de los casos de Sida y de la mortalidad.

Con un incremento mantenido de nuevas infecciones, la epidemia está centrada en hombres bisexuales. Se observa un crecimiento similar en hombres y mujeres;

afecta mayoritariamente a adultos jóvenes y personas con menores niveles educacionales y ocupacionales, en un contexto de discriminación⁵⁴.

- Al 31 de diciembre de 2006, se han notificado con el diagnóstico de VIH/Sida a 17.235 personas. En el caso del VIH, la tasa acumulada al año 2006 es de 65.1 por 100.000 habitantes, mientras que en Sida es de 54.2 por 100.000 habitantes⁵⁵.
- Considerando los datos acumulados, la principal vía de exposición al virus en Chile es la vía sexual (92%), siendo la vía homosexual la más declarada (45%).
- El análisis de los casos acumulados en el período 1987-2006, muestra que en todos los quinquenios el número de casos de hombres supera al de mujeres, tanto en Sida como en VIH.
- Al analizar los casos de VIH y Sida por grupos de edad, se observa que las tasas más altas se dan entre los 20 y los 49 años.
- Tanto en VIH como en Sida, las regiones de Arica y Parinacota, Metropolitana y de Valparaíso muestran las tasas acumuladas más altas en el período (1987 a 2006).
- Entre 1990 y 2005 se produjeron en el país 5.288 defunciones por Sida,

⁵² Dides, C.; Morán, J.M.; Benavente, M.C. y Pérez, S. (2008) Salud Sexual y Reproductiva en Chile 2007: actualización de datos estadísticos. Programa Género y Equidad. FLACSO- Chile con apoyo de UNFPA. Santiago, Chile.

⁵³ Ídem.

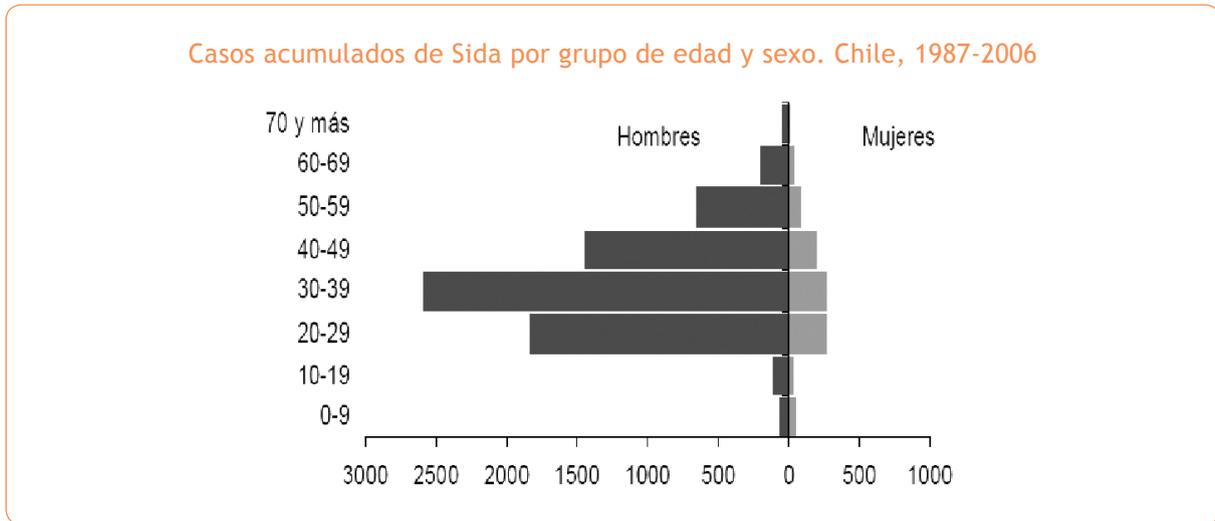
⁵⁴ Gobierno de Chile y ONUSIDA (2008) Informe nacional sobre los progresos realizados en la aplicación del UNGASS Chile enero de 2006 – diciembre 2007.

⁵⁵ Ídem.

correspondiendo el 88% de ellas a hombres. De acuerdo a los grupos de edad, la mortalidad más alta se encuentra entre los 30 y los 39 años.

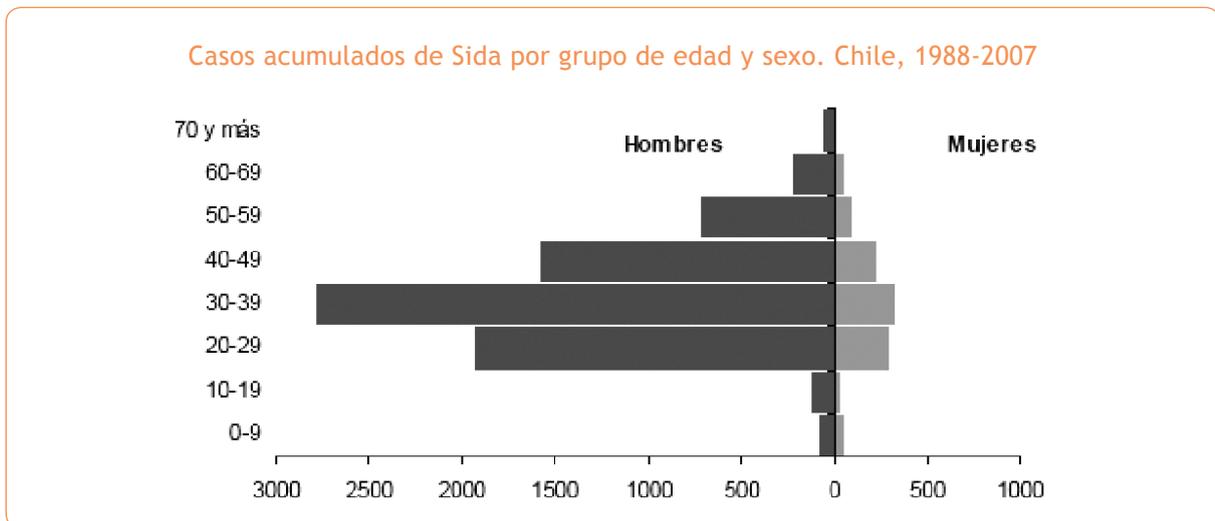
- La tasa de mortalidad ha demostrado un descenso sostenido entre 2002 y 2005, que se puede vincular al logro de una cobertura de terapia ARV del 100% en quienes lo requieren.

Gráfico 5



Fuente: Gobierno de Chile y ONUSIDA (2008) Informe nacional sobre los progresos realizados en la aplicación del UNGASS Chile enero de 2006 - diciembre 2007.

Gráfico 6

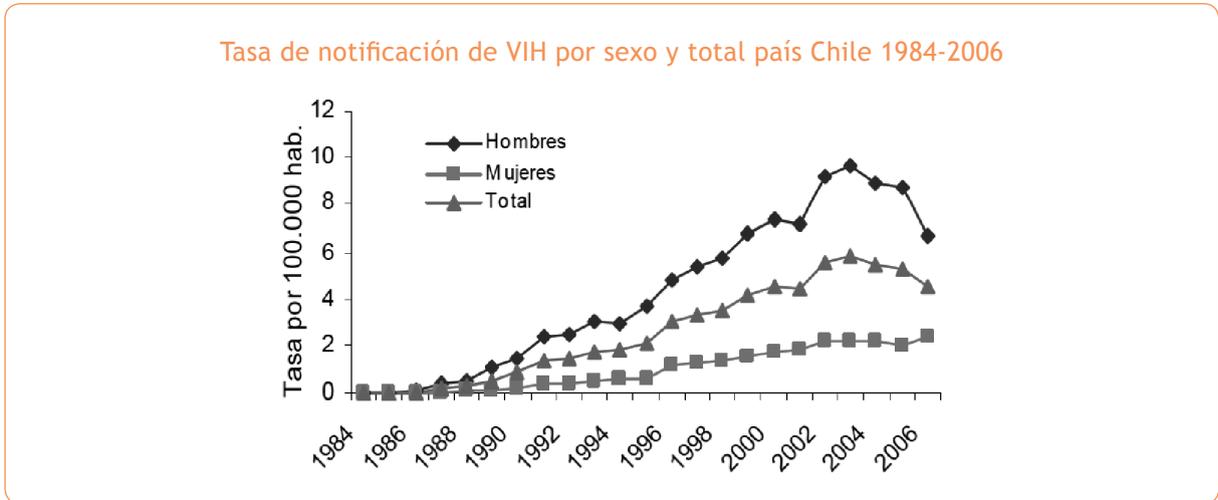


Fuente: Gobierno de Chile y ONUSIDA (2008) Informe nacional sobre los progresos realizados en la aplicación del UNGASS Chile enero de 2006 - diciembre 2007.

Las notificaciones de VIH han aumentado en todos los grupos etarios. Para el período entre 2002 y 2007, la tasa más alta de notificación ocurrió en el grupo

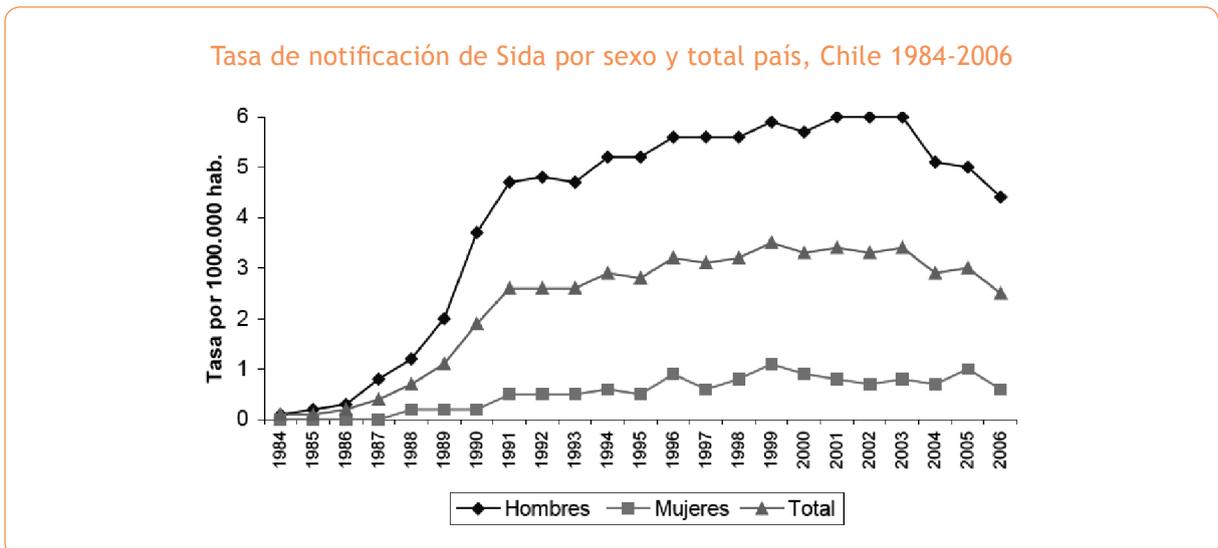
entre 30 y 39 años (95,7 por cada 100.000 habitantes), seguido del grupo comprendido entre los 20 y los 29 años (84,9 notificados por cada 100.000 habitantes).

Gráfico 7



Fuente: Gobierno de Chile y ONUSIDA (2008) Informe nacional sobre los progresos realizados en la aplicación del UNGASS Chile enero de 2006 - diciembre 2007.

Gráfico 8



Fuente: Gobierno de Chile y ONUSIDA (2008) Informe nacional sobre los progresos realizados en la aplicación del UNGASS Chile enero de 2006 - diciembre 2007.

Para todos los grupos etarios, la **tasa de notificación por VIH es superior en hombres que en mujeres**⁵⁶, lo que demuestra que en Chile este problema tiende a impactar de manera más fuerte a los primeros. Por otra parte, los especialistas señalan la necesidad de realizar estudios de prevalencia en las poblaciones donde sigue concentrado el VIH: Hombres que tienen sexo con hombres (HSH), poblaciones trans y otras.

El informe nacional sobre los progresos realizados en la aplicación del UNGASS Chile del 2008⁵⁷ sostiene que *“Si bien aún no puede hablarse en el país de la existencia de un plan multisectorial para enfrentar la epidemia, la intersectorialidad se expresa –a nivel central– en una serie de acuerdos y convenios de carácter bilateral, y –a nivel regional– se ha traducido en la constitución de mesas de trabajo intersectoriales y asociativas, en las que también participan las organizaciones de la sociedad civil. Sin embargo, el país requiere avanzar en una estrategia de mayor compromiso de todos los actores del Estado, que signifique una real transversalización de la temática”*.

9. Problemas en el acceso y entrega de la anticoncepción de emergencia.

El fallo del Tribunal Constitucional del 2008 determinó que no se podía entregar la AE a todas las mujeres y quedó restringido a las mujeres violadas. Esta situación no solo puso en cuestión las garantías de los derechos en esta materia sino que profundiza las inequidades en el país, que se ven reflejados en el menor acceso y oferta de servicios que tienen las mujeres que se atienden en el sistema público de salud. En 2009, la Contraloría General de la República ratificó el fallo del TC, declarando inconstitucional la entrega de la anticoncepción de emergencia⁵⁸.

Desde el Ejecutivo, y como una manera de proteger los derechos de la ciudadanía y asegurar la equidad, se presentó, en calidad de suma urgencia, un Proyecto de Ley de Información, orientación y prestaciones en materia de regulación de la fertilidad⁵⁹. Este proyecto de ley fue aprobado por mayoría el 15 de julio y enviado para su discusión al Senado de la República.

⁵⁶ Dides, C.; Morán, J.M., Benavente, M.C. y Pérez, S. (2008) Salud Sexual y Reproductiva en Chile 2007: actualización de datos estadísticos. Programa Género y Equidad. FLACSO-Chile con apoyo de UNFPA. Santiago, Chile.

⁵⁷ Gobierno de Chile y ONUSIDA (2008) Informe nacional sobre los progresos realizados en la aplicación del UNGASS Chile enero de 2006 - diciembre 2007. Pág. 26.

⁵⁸ Punto 3.3, relativo a la Anticoncepción de Emergencia en la sección Tecnología Anticonceptiva de las Normas Nacionales sobre Regulación de la Fertilidad

⁵⁹ El Proyecto consta de tres artículos: Artículo 1º.- Toda persona tiene derecho a recibir educación, información y orientación en materia de regulación de la fertilidad, en forma clara, comprensible, completa y, en su caso, confidencial. Artículo 2º.- Toda persona tiene derecho a elegir libremente, sin coacción de ninguna clase y de acuerdo a sus creencias o formación, los métodos de regulación de la fertilidad femenina y masculina, que cuenten con la debida autorización y, del mismo modo, acceder efectivamente a ellos, en la forma señalada en el artículo siguiente. Artículo 3º.- Los órganos de la Administración del Estado con competencia en la materia, adoptarán las medidas apropiadas para garantizar el ejercicio de los derechos establecidos por esta ley. Para ello deberán elaborar planes que señalen las acciones respectivas.

10. Los hombres, cualquiera sea su edad no tienen una respuesta en el sector salud a su salud sexual y reproductiva.

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 embarazo⁶⁰. 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 solo a partir del 2002, en muy pocos hospitales y en un porcentaje muy bajo (0,8% de todas las esterilizaciones quirúrgicas). Los últimos datos dan cuenta de esta realidad. Según informe de FLACSO-Chile y UNFPA, la mayor proporción de esterilizaciones masculinas son realizadas a mayores de 35 años (78,7%), mientras que para el caso de las esterilizaciones femeninas, si bien también en su mayoría son efectuadas a mujeres mayores de 35 años de edad (53,1%), existe una prevalencia de un 46,3% en mujeres de entre 20 y 25 años⁶¹.

Se hace necesaria la implementación de acciones orientadas a incorporar para los hombres un oferta de servicios de calidad y accesibles de salud sexual y reproductiva, especialmente al segmento ausente, correspondiente al los hombres jóvenes y adultos. Respecto a los adultos mayores en general acceden ante la presencia de enfermedades y no durante todo el curso de su vida, la incorporación de estos es necesaria también por el aumento en la expectativa de vida.

⁶⁰ Parker, R. y Barbosa, R. (1999) Sexualidades pelo avesso. Editorial 34, Brasil.

⁶¹ Dides, C.; Morán J.M.; Benavente, M.C.; Guajardo, A. (2008) Actualización de Estadísticas en Salud Sexual y Reproductiva. Programa Género y Equidad, FLACSO-Chile y UNFPA.

3. Aspectos del estado de la vinculación de la SSR y el VIH y el Sida en Chile

En Chile existe un importante acervo de investigación desde el Estado, organizaciones no gubernamentales, organizaciones sociales, universidades y centros académicos sobre temas asociados a salud sexual y reproductiva y VIH y Sida. Además existe un sinnúmero de organizaciones a nivel nacional que hacen acciones de intervención en estos temas tal como lo señala el catastro que se menciona más adelante.

La revisión de diversas investigaciones, líneas de intervención, políticas públicas y normativa vigente, da cuenta de una tendencia a la concentración en solo un tema, y cuando se trabajan más de dos temas no existe una integración suficiente⁶², lo que entrega ciertas luces acerca del grado de vinculación de la salud sexual y reproductiva, VIH y Sida en Chile.

3.1. Organismos que trabajan en SSR, VIH y Sida

Existen diversos organismos que trabajan estos temas, algunos en el campo estrictamente académico y otros realizando intervenciones directas con personas y grupos prioritarios (Ver anexo 2 y 3). Es posible constatar que no hay una plena integración entre las temáticas.

Según el *“Catastro de Instituciones que trabajan en Salud Sexual y Reproductiva y VIH/Sida en Chile-2008”*⁶³ existe un total de 78 organismos abocados a estas temáticas dentro del país; 16 de ellos corresponden a ONG, 18 a universidades

y/o centros académicos, 7 a organismos estatales y 37 a organizaciones sociales. Sin embargo, que una institución trabaje en VIH y SSR, no significa que integre ambos tópicos en su quehacer para ello se requiere una investigación más profunda sobre los contenidos y paradigmas que hay detrás de cada uno de los conceptos (SSR, VIH, Sida e ITS).

La mayor proporción de las instituciones (37,2%) trabaja exclusivamente en temas relacionados con SSR; el 17,9% trabaja en SSR, VIH y Sida, pero dejan de

⁶² OMS, UNFPA, ONUSIDA, IPPF (2006) Salud Sexual y Reproductiva y VIH/Sida. Un marco de referencia para establecer vínculos prioritarios. Recuperado en: http://www.who.int/reproductive-health/stis/framework_es.html. Consultado diciembre 2007

⁶³ Dides, C.; Benavente, M.C.; Guajardo, A.; Morán, J.M (2007) *Catastro de Instituciones que trabajan en Salud Sexual y Reproductiva y VIH/Sida en Chile*. Programa Género y Equidad, FLACSO-Chile, con apoyo del UNFPA.

lado las ITS; el 16,7% trabaja aisladamente el tema del VIH y Sida; y un 7,7% trabaja con las ITS, el VIH y Sida, excluyendo la SSR. Solamente un 19,2% incluye la SSR, ITS, VIH y Sida en su quehacer, sin conocerse el grado de integración entre estas temáticas.

Las organizaciones sociales son las que presentan el menor porcentaje de trabajo en SSR, ITS, VIH y Sida (10,8%), mientras que en el Estado se ubican el mayor porcentaje, alcanzando un

28,6%, representados por el MINSAL y el SERNAM. Entre las organizaciones sociales, la mayoría tratan exclusivamente temas de SSR sin considerar el VIH, Sida e ITS (37,8%). En el Estado esta situación se da en un 42,9% y en las Universidades y Centros Académicos en un 44,4%. Ninguna organización trabaja exclusivamente en temas de ITS.

De los organismos que trabajan en temas de VIH y Sida en el país solo 6 incluyen en su quehacer a las ITS.

Tabla 8. Organizaciones que trabajan en SSR, VIH/Sida e ITS, según tipo de organización y ámbito de trabajo, Chile, 2007

	ONG		Universidades y Centros Académicos		Organismos Estatales		Organizaciones Sociales		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
SSR	4	25,0	8	44,4	3	42,9	14	37,8	29	37,2
SSR y VIH/Sida	6	37,5	4	22,2	1	14,3	3	8,1	14	17,9
SSR, VIH/Sida e ITS	4	25,0	5	27,8	2	28,6	4	10,8	15	19,2
ITS	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
VIH/Sida	2	12,5	0	0,0	1	14,3	10	27,0	13	16,7
VIH/Sida e ITS	0	0,0	0	0,0	0	0,0	6	16,2	6	7,7
Sin información	0	0,0	1	5,6	0	0,0	0	0,0	1	1,3
TOTAL	16	100	18	100	7	100	37	100	78	100

Fuente: Dides, C.; Benavente, M.C.; Guajardo, A.; Morán, J.M. (2007) *Catastro de Instituciones que trabajan en Salud Sexual y Reproductiva y VIH/Sida en Chile*. Programa Género y Equidad, FLACSO-Chile con apoyo de UNFPA.

3.2. Estudios publicados

La SSR, VIH, Sida e ITS han sido estudiados en las últimas décadas en el país sobre la base de diversos paradigmas teóricos, epistemológicos y metodológicos, por ejemplo en un estudio realizado por FLACSO-Chile, en base a una investigación de carácter documental sobre estudios de sexualidades y salud sexual entre los años 1990 y 2002, principalmente de investigaciones teóricas y/o empíricas de las ciencias sociales y humanas, estudios culturales e investigaciones desde el campo de las ciencias biomédicas uno de sus resultados arrojó que se ha configurado, de un modo creciente y diversificado, un campo de estudios sobre sexualidad y derechos sexuales. En este ámbito se observan diferentes posiciones y paradigmas en las investigaciones empíricas y teóricas sobre sexualidad y salud sexual.

Se identificó la circulación de tres grandes posiciones paradigmáticas en las investigaciones empíricas y teóricas algunos de cuyos rasgos principales son trabajos de orientación positivista y neopositivista, investigaciones que adhieren al constructivismo, construccionismo, interpretativismo y teoría crítica, estudios que se encuentran orientados a la crítica y transformación de estructuras sociales, políticas, culturales, económicas, étnicas, sexuales y de género⁶⁴.

En el primer caso, como lo señalan los autores, “la orientación positivista y neopositivista cuyos resultados se consideran ciertos gracias al logro de la objetividad, mediante la separación entre el sujeto investigador y el objeto investigado. En este enfoque encontramos la investigación de tipo biomédica y sexológica clínica centrada en la conducta sexual y en procesos biopsicosociales susceptibles de ser estudiados por medio del método científico. También se reconoce la variabilidad cultural en el ámbito de la sexualidad en cuanto el individuo es moldeado por la cultura –mundo externo– aprendiéndola en un proceso de socialización”⁶⁵.

La segunda posición adhiere al constructivismo, construccionismo, interpretativismo y teoría crítica. Lo que se busca es la reconstrucción de los puntos de vista implicados en lo estudiado, persiguiendo una interpretación, comprensión y/o emancipación de los sujetos a través de la generación de construcciones consensuadas suficientemente documentadas que surgen en un proceso interpretativo y dialéctico sometido a revisiones posteriores.

Por último, es posible reconocer estudios que se encuentran orientados a la crítica y transformación de estructuras

⁶⁴ Valdés T. y Guajardo, C. (2006) Estado del arte Investigación sobre sexualidad y derechos sexuales en Chile (1990-2002) CLAM, FLACSO-Chile.

⁶⁵ Ídem, pág. 13.

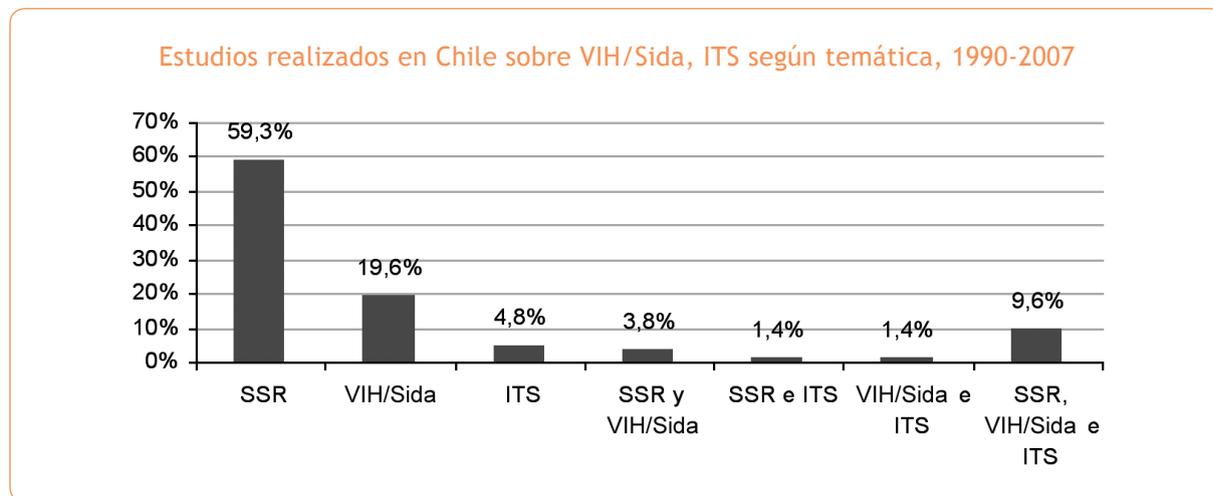
sociales, políticas, culturales, económicas, étnicas, sexuales y de género. La sexualidad forma parte de una constelación de procesos encadenados que es posible transformar a partir de un conocimiento y acción sobre la realidad histórico-social. El papel que asumen los investigadores es el de “facilitadores” o “activistas” del cambio y los protagonistas principales son la comunidad y sus miembros, los que participan en la investigación y/o acción.

Por otra parte, un estudio realizado por el Programa Género y Equidad de FLACSO-Chile en el 2007, ha constatado una vasta producción de conocimientos sobre SSR y VIH/Sida, ITS en el país específicamente en los temas de embarazo en la adolescencia, anticoncepción de

emergencia, violencia intrafamiliar, violencia sexual, educación sexual⁶⁶. Entre 1990 y 2007 existe un total de 209 estudios publicados en el país, en materia de SSR, VIH y Sida e ITS. La mayoría (59,3%) corresponde a investigaciones que abarcan exclusivamente temas de SSR, sin incluir las ITS y el VIH/Sida. Solo el 9,6% trata conjuntamente la SSR con el VIH, Sida e ITS.

Al igual que para el caso de los organismos que trabajan estos temas, el objetivo de los datos que se presentan en esta sección es mostrar cómo la producción de conocimiento en el país, ha trabajado de manera independiente la SSR del VIH y Sida, sin considerar una vinculación entre ellos.

Gráfico 9



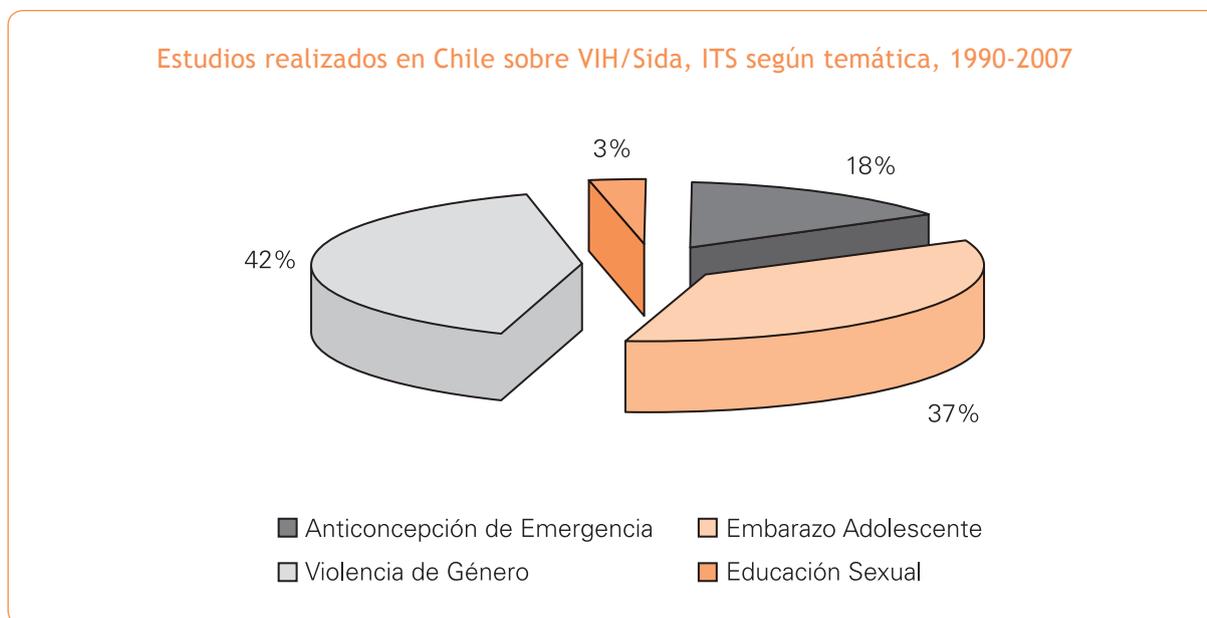
Fuente: Elaboración propia a partir de Dides, C.; Benavente, M. C.; Guajardo, A.; Morán, J.M. (2007). *Sistematización de investigaciones cualitativas y cuantitativas en Salud Sexual y Reproductiva y VIH/Sida realizadas desde 1990 al 2007*. Programa Género y Equidad, FLACSO-Chile, con apoyo de UNFPA.

⁶⁶ Dides, C.; Benavente, M.C.; Morán, J.M., Guajardo, A. (2007) Sistematización de investigaciones cualitativas y cuantitativas en Salud Sexual y Reproductiva y VIH/Sida realizadas desde 1990 al 2007. Programa Género y Equidad, FLACSO-Chile, con apoyo de UNFPA.

De los estudios que tratan exclusivamente temas de SSR, la mayoría pertenecen a investigaciones sobre violencia de género (sexual, intrafamiliar) (42%),

seguidos por embarazo en la adolescencia (37%), anticoncepción de emergencia (18%) y educación sexual (3%).

Gráfico 10



Fuente: Elaboración propia a partir de Dides, C.; Benavente, M.C.; Guajardo, A.; Morán, J.M. (2007) *Sistematización de investigaciones cualitativas y cuantitativas en Salud Sexual y Reproductiva y VIH/Sida realizadas desde 1990 al 2007*. Programa Género y Equidad, FLACSO-Chile, con apoyo de UNFPA.

Recién en el trienio de 1996-1998 comenzaron a publicarse los primeros estudios que trataban conjuntamente temas de SSR, VIH, Sida e ITS, constituyendo el trienio 2005-2007 el que presenta más investigaciones de esta naturaleza (35%).

Entre las investigaciones relacionadas con VIH y Sida, de un total de 64 estudios, 20 abordan las ITS y la SSR en general, sin embargo, la mayoría estudia el VIH de manera aislada, con un total de 41 estudios.

Entre los años 2005-2007 se registró la mayor cantidad de publicaciones (80) en materia de SSR, VIH/Sida e ITS.

En síntesis, es posible afirmar que existe un importante acervo de investigaciones, las que, sin embargo no integran las SSR, VIH y Sida, lo que constituye una situación pendiente en el ámbito de la investigación como insumos para las políticas públicas así como para la producción de conocimiento desde distintos ámbitos disciplinarios. Esto posibilitará de mejor

manera la vinculación entre los temas en pro de una mejor calidad de vida para

mujer y hombres, respetando el marco de los derechos humanos.

Tabla 9. Publicaciones en SSR, VIH, Sida e ITS, 1990 - 2007

	SSR	VIH/Sida	ITS	SSR y VIH/Sida	SSR e ITS	VIH/Sida e ITS	SSR, VIH/Sida e ITS	TOTAL
1990 - 1992	12	0	0	0	0	0	0	12
1993 - 1995	8	3	0	0	0	0	0	11
1996 - 1998	8	1	0	0	0	1	4	14
1999 - 2001	17	8	0	0	2	0	5	32
2002 - 2004	35	12	2	4	0	0	4	57
2005 - 2007	42	16	8	4	1	2	7	80
Sin información	2	1	0	0	0	0	0	3
TOTAL	124	41	10	8	3	3	20	209

Fuente: Elaboración propia a partir de Dides, C.; Benavente, M.C.; Guajardo, A.; Morán, J.M. (2007) *Sistematización de investigaciones cualitativas y cuantitativas en Salud Sexual y Reproductiva y VIH/Sida realizadas desde 1990 al 2007*. Programa Género y Equidad, FLACSO-Chile, con apoyo de UNFPA.

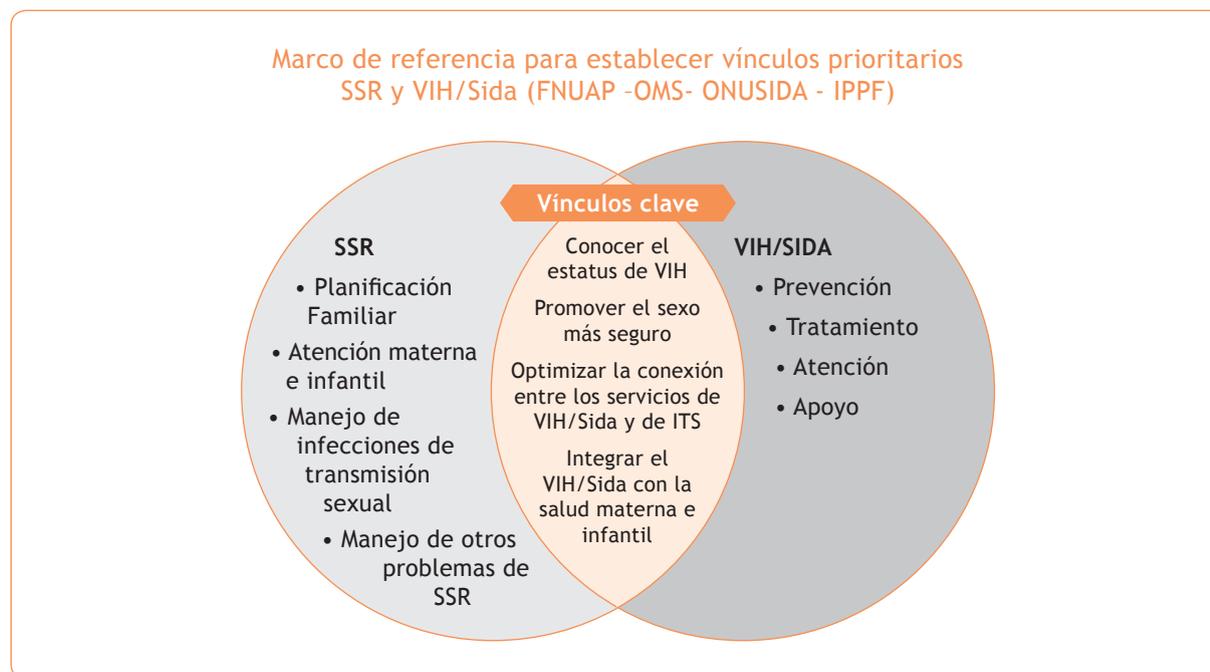
4. ¿Por qué es necesario vincular SSR, VIH y Sida?

La salud de las personas no está determinada solamente por la cuestión médica, sino que también, y en gran medida, se vincula con las condiciones sociales en las cuales se vive y trabaja. La mayor parte de los problemas de salud se pueden atribuir a las condiciones socio-económicas de las personas, a los enfoques y respuesta de los sistemas de salud de cada país, la educación, el género, los estilos de vida saludables, el trabajo, la

pertinencia étnica y el medio ambiente, entre otras.

La necesidad de vincular la SSR, VIH y Sida se fundamenta en la constatación de que la *“mayoría de las infecciones por VIH se transmiten sexualmente o se asocian con el embarazo en el parto y la lactancia materna, todos ellos elementos fundamentales de la asistencia sanitaria sexual o reproductiva”*⁶⁷. Según la OMS, ONUSIDA, IPPF,

Figura 1



Fuente: UNFPA, OMS, ONUSIDA y IPPF (2005) salud sexual y reproductiva y VIH/Sida. Un marco de referencia para establecer vínculos prioritarios. Recuperado de http://www.ippf.org/NR/rdonlyres/3A5DB078-A783-4131-941E-1A28321498FD/0/Linkages-FWCard_ES.pdf. Accesado: septiembre 2009.

⁶⁷ OMS, UNFPA, ONUSIDA, IPPF (2008) *Vínculos entre la salud sexual y reproductiva y el VIH/Sida. Vías para la integración*. México.

UNFPA⁶⁸ existen causas de origen y/o determinantes sociales compartidas en los problemas asociados a la SSR, VIH y Sida, como la pobreza, la inequidad de género, estigma y la marginalización social de la mayoría de las poblaciones vulnerables. Sin embargo, en las políticas de salud y de SSR han predominado las soluciones centradas en el tratamiento de las enfermedades, sin considerar en las intervenciones aspectos del entorno social que determinan la salud/enfermedad de las personas⁶⁹.

Reconocer que la salud sexual y reproductiva involucra distintas situaciones: embarazo, embarazo en la adolescencia, regulación de la fertilidad, aborto, fecundidad adolescente, violación sexual, ITS, VIH y Sida, que no debieran ser tratadas de manera aislada, ya que están directamente relacionadas, significa pensar las soluciones, como la promoción de salud, prevención, tratamientos, etc., considerando de manera integrada estas situaciones y problemas de salud.

Ahora bien, muchos de los diversos tópicos que incluye la SSR, comparten vínculos de origen biomédico, como ocurre por ejemplo con el caso de VIH y el Sida y la maternidad, ya que la mayoría de los casos de infecciones por VIH en Chile son transmitidos sexualmente o

asociados con el embarazo, el parto y la lactancia.

Para alcanzar una buena condición de SSR es necesaria e imprescindible relacionarla con la salud pública. En el caso de Chile, son múltiples los avances que se han dado en este ámbito, partiendo por la planificación familiar que data de la década de los años 60, estableciendo un fuerte sistema de salud pública que ha ayudado a bajar las tasas de mortalidad materna. Pero también es posible afirmar que tanto las políticas públicas como las líneas de acción de organismos no gubernamentales se han focalizado en temas específicos, es decir, distintos sectores y grupos de interés concentran su atención en aspectos particulares del conjunto de componentes de la SSR, lo que complejiza las soluciones políticas tendientes a una vinculación efectiva entre la SSR, VIH y Sida. En la práctica esto tiene consecuencias para la población que se expresa en distintos ámbitos. Por ejemplo, las políticas públicas en SSR para adolescentes y jóvenes han sido aisladas e insuficientes para enfrentar los diferentes problemas y necesidades de este grupo, lo que se refleja en las tasas de embarazo en la adolescencia, que si bien han disminuido, siguen siendo altas en los quintiles más pobres; otro ejemplo es que no existen programas específicos de salud y reproductiva enfocados a los hombres.

⁶⁸ OMS, UNFPA, ONUSIDA, IPPF (2008) *Vínculos entre la salud sexual y reproductiva y el VIH/Sida. Vías para la integración*. México.

⁶⁹ OMS, Comisión sobre Determinantes de Sociales de la Salud. En: http://www.who.int/social_determinants/strategyqandAs/es/print.html. Recuperado: septiembre 2007.

En lo educacional, las propuestas de educación sexual desde el Estado han sido débiles y urge fortalecer la reflexión en el propio Estado para lograr una vinculación prioritaria entre educación sexual y prevención de embarazo; entre educación sexual y prevención y promoción de la salud sexual y reproductiva; entre educación sexual y prevención de ITS, incluido el VIH/Sida. En esta perspectiva es posible entender la educación sexual desde una mirada de los derechos, en el entendido que constituye un proceso sistemático dirigido a desarrollar las competencias para el ejercicio de los derechos en este ámbito. Como se ha señalado el reconocimiento y la protección de este derecho tiene a la base diferentes tratados internacionales en el marco de los derechos humanos. De lo que se trata en definitiva es contribuir a preparar a niños

y niñas, adolescentes y jóvenes para asumir su sexualidad de manera responsable y saludable.

En general es posible plantear que los déficits en el campo de la educación sexual en el país se relacionan con la inexistencia de espacios y oportunidades para consensuar esta materia. Han existido importantes instancias como la Comisión Bilbao, sin embargo, los seguimientos y evaluaciones del proceso han sido débiles tanto desde el propio Estado como desde la sociedad civil. Se trata entonces de generar capacidades para el diálogo, concertación de alianzas y desarrollo de marcos conceptuales como base para el diseño de la educación sexual en la currícula y/o programas diversificados poniendo especial atención a los contextos socioculturales.

Figura 2



Fuente: Equipo de Apoyo Técnico EAT, UNFPA México 2007.

A lo anterior se suma la incapacidad para consensuar y legislar respecto las garantías en salud sexual y reproductiva y los derechos que la constituyen. Un ejemplo de ello es el proyecto Ley Marco sobre Derechos Sexuales y Reproductivos presentado en el 2000 por parlamentarias⁷⁰. Este ingresó a la Comisión de Salud de la Cámara de Diputados en octubre del 2000. En el 2008 se vuelve a presentar un proyecto ley Marco sobre Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos⁷¹ que tiene por objeto establecer las bases normativas generales para que el Estado de Chile asuma su responsabilidad internacionalmente comprometida en relación a la salud y los derechos sexuales y reproductivos de mujeres y hombres, señalar la manera como estos derechos representan no solo el cumplimiento de obligaciones internacionales, sino que también la materialización de los derechos fundamentales incorporados al ordenamiento jurídico vigente, tanto aquellos emanados de los tratados de derechos humanos ratificados por nuestro país y actualmente vigentes, así como los expresados en el propio texto constitucional que involucran aspectos de la sexualidad y reproducción⁷².

Las explicaciones de estas situaciones son diversas. Una de ellas tiene que ver con la conformación diferenciada de políticas y servicios desde los inicios de estos, dando cuenta de paradigmas que privilegiaban ciertas miradas por sobre

otras. Principalmente ha primado una noción de salud materno infantil, dejando de lado la salud sexual y reproductiva de los hombres en general y de los grupos de mujeres que no se encuentran en edad reproductiva. Sin embargo, hoy es posible decir que se han hecho grandes esfuerzos por parte de las políticas públicas de salud para incorporar los nuevos temas asociados a la salud sexual y reproductiva; un ejemplo de ello es la Normativa de Regulación de la Fertilidad del Ministerio de Salud (2008).

Por otra parte, los lineamientos desde las agendas de donantes determinaron la estructuración de servicios diferenciados, por ello muchas agencias han debido iniciar esta reflexión e incorporarla en sus marcos de acción, pues la integración de servicios es parte de las grandes lecciones aprendidas en estos años.

Como lo hemos señalado existen causas de origen y/o determinantes sociales compartidas en los problemas asociados a la salud sexual y reproductiva, VIH y el Sida tales como la pobreza, la inequidad de género, estigma y la marginalización social de la mayoría de las poblaciones vulnerables que permiten establecer las vinculaciones. Es así como IPPF, OMS, ONUSIDA y UNFPA han planteado la necesidad de la existencia de vínculos más sólidos entre los programas de SSR y VIH/Sida lo cual debiese conducir a una

⁷⁰ Los parlamentarios que han jugado un papel relevante respecto de la propuesta Ley Marco sobre Derechos Sexuales y Reproductivos son: Diputada Fanny Pollarolo, Diputada María Antonieta Saa, Senador Carlos Ominami.

⁷¹ Boletín N° 5933-11. En: www.congreso.cl. Accesado en diciembre 2008.

⁷² La versión actualizada en el año 2008 ha sido elaborada gracias a la colaboración de: Soledad Díaz, Instituto Chileno de Medicina Reproductiva; Verónica Schiappacasse, PROSALUD, Chile; Claudia Dides, Programa Género y Equidad, FLACSO-Chile; Lidia Casas, Universidad Diego Portales; Guillermo Galán, APROFA.

serie de beneficios importantes para la salud pública⁷³.

En este sentido los vínculos se entienden como las sinergias de políticas, programas, servicios y apoyo entre la SSR, el VIH y Sida. Otro concepto

que se relaciona con esta propuesta es el de integración de los diferentes servicios o programas operacionales de SSR, VIH y Sida que pueden unirse para asegurar resultados colectivos, esto se basa en la necesidad de ofrecer servicios integrales.

⁷³ OMS, UNFPA, ONUSIDA, IPPF (2006) Salud Sexual y Reproductiva y VIH/Sida. Un marco de referencia para establecer vínculos prioritarios. Recuperado en: http://www.who.int/reproductive-health/stis/framework_es.html. Accesado diciembre 2007.

Como se ha señalado existen diversos nexos entre la SSR y el VIH y Sida. Es posible constatar que en el país hay iniciativas en campo de acción; donde se han establecido vínculos en dos direcciones, por una parte, mediante la integración de aspectos de VIH y Sida en los programas de SSR en curso, por ejemplo a través de la consejería para el examen de VIH a las mujeres embarazadas, y por otra, algunos avances que se detectan en la atención en VIH incorporando aspectos de la salud sexual.

El logro del establecimiento de los vínculos está determinado por una serie de aspectos, algunos de los cuales expone-mos a continuación, y su impacto dependerá del lugar donde se esté aplicando:

1. Conocer los determinantes sociales de la salud⁷⁵, es decir, tanto el contexto social como los procesos mediante los cuales las condiciones sociales se traducen en consecuencias para la salud. En este sentido se pueden identificar factores de vulnerabilidad y de riesgo.
2. Es necesario un rol activo del sector de salud en la reducción de inequidades en salud para asegu-

rar el acceso equitativo a servicios de salud sexual y reproductiva de calidad, servicios de prevención y tratamiento de VIH y Sida, pero con igual importancia.

3. Trabajar e involucrar a otros sectores del Estado y de la sociedad civil. Se reconoce que la salud pública es un campo de acción social cuyos agentes incluyen especialistas y técnicos de salud y de otros sectores, los políticos, la academia, las organizaciones sociales, empresarios, entre otros.

Otros aspectos importantes que permiten la vinculación son:

- Conocer el estatus de VIH,
- Promover el sexo más seguro,
- Optimizar la conexión entre los servicios de VIH y el Sida e ITS,
- Integrar el VIH y Sida con la salud materna e infantil, entregar servicios de salud sexual para hombres.

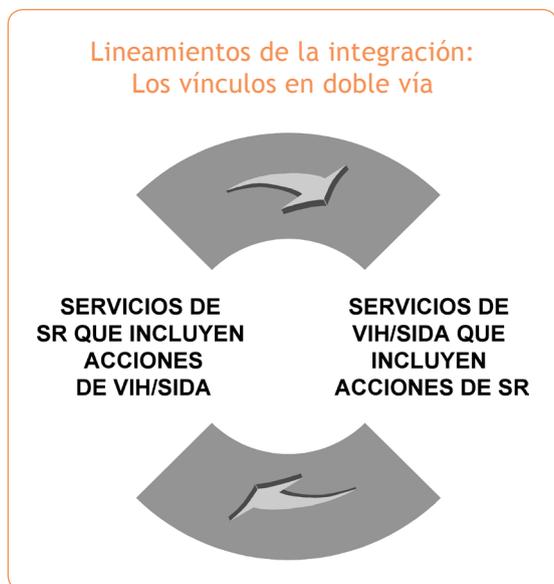
Así también es relevante considerar lo que IPPF, OMS, ONUSIDA y UNFPA⁷⁶ llaman los principios que guían las acciones de políticas, programas y planes que fomenten la vinculación.

⁷⁴ Estas reflexiones han sido enriquecidas con las discusiones desarrolladas en los grupos de trabajo realizados.

⁷⁵ Frenz, P. (s/f) Desafíos en Salud Pública de la Reforma: Equidad y Determinantes Sociales de la Salud. En: http://webhosting.redsalud.gov.cl/minsal/temas_salud/determinantes.html

⁷⁶ OMS, UNFPA, ONUSIDA, IPPF (2006) Salud Sexual y Reproductiva y VIH/Sida. Un marco de referencia para establecer vínculos prioritarios. Recuperado en: http://www.who.int/reproductive-health/stis/framework_es.html. Accesado diciembre 2007.

Figura 3



Fuente: Equipo de Apoyo Técnico EAT, UNFPA México 2007.

En primer lugar, abordar las determinantes estructurales. Las causas de raíz del VIH/Sida y de la mala salud sexual y reproductiva deben ser enfrentadas. Esto incluye acciones para reducir la pobreza, asegurar la equidad de acceso a servicios de salud esenciales y mejorar el acceso a las oportunidades de información y educación.

En las políticas de salud han predominado las soluciones centradas en el tratamiento de las enfermedades, sin incorporar adecuadamente intervenciones sobre los determinantes sociales que son los sistemas de salud, la desigualdad so-

cioeconómica, la educación, el género, los estilos de vida saludables, el trabajo y el medio ambiente⁷⁷.

En segundo lugar, incorporar el enfoque en derechos humanos y género. Los derechos sexuales y reproductivos de todas las personas, incluyendo las mujeres y hombres que viven con VIH, deben ser enfatizados; así como los derechos de las poblaciones marginadas como las personas usuarias de drogas inyectables, hombres que tienen relaciones sexuales con hombres y las y los trabajadores del sexo. Adicionalmente, se requiere de políticas sensibles al género, para establecer la igualdad y eliminar la violencia basada en género.

En tercer lugar, promover una respuesta coordinada y coherente. Promover la atención a prioridades de salud sexual y reproductiva dentro de una respuesta coordinada y coherente al VIH/Sida (principios de un marco de referencia nacional, de un organismo de base amplia y multisectorial de coordinación y un sistema de monitoreo y evaluación acordado a nivel nacional).

En cuarto lugar, involucrar de manera efectiva a las Personas que viven con VIH. Las mujeres y hombres que viven con VIH/Sida deben ser involucradas plenamente en el diseño, implementación y evaluación de las políticas, programas e investigaciones que afectan sus vidas.

⁷⁷ OMS, Comisión sobre Determinantes de Sociales de la Salud. En: http://www.who.int/social_determinants/strategyqanda/es/print.html

En quinto lugar, fomentar la participación comunitaria. La gente joven, las poblaciones vulnerables clave y la comunidad en su conjunto, son socios esenciales para una adecuada respuesta a los retos descritos y para satisfacer las necesidades de las personas y comunidades afectadas.

Por último, reducir el estigma y la discriminación. Se requiere urgentemente de medidas legales y políticas más vigorosas para proteger de la discriminación a las personas que viven con VIH y las poblaciones vulnerables.

En definitiva se trata de tener presente que la existencia de estos vínculos no solo conduce a una serie de beneficios importantes para la salud pública sino que también implica la posibilidad de repensar y reflexionar teóricamente a partir de los comportamientos de mujeres y hombres. Es por ello que enfatizamos tanto las investigaciones como las iniciativas impulsadas que relacionan estas problemáticas deben considerar el análisis de rangos etarios, los componentes sociodemográficos, sexualidad, género culturales, étnicos y económicos, a lo menos.

Finalmente, este texto refleja los procesos de conversaciones y consultas con organizaciones sociales, organizaciones gubernamentales, investigadores y académicos y organismos del Estado en torno al estado de estos vínculos, para así mejorar los servicios entregados a la población en Chile con el fin de avanzar en los déficits que aún persisten.

Este proceso fue estimulado a partir de tres preguntas que fueron reflexio-

Beneficios de los Vínculos SSR, VIH y Sida

- Mejor acceso y utilización de servicios clave en VIH/Sida y SSR.
- Mejor acceso de las personas que viven con VIH/Sida (PVVS) a servicios de SSR diseñados a la medida de sus necesidades.
- Reducción del estigma y discriminación asociados con el VIH/Sida.
- Mejor cobertura con servicios de SSR para poblaciones insuficientemente atendidas y marginadas, como las y los usuarios de drogas inyectables, las y los trabajadores del sexo, HSH, adolescentes, migrantes, indígenas.
- Mayor apoyo para la doble protección contra el embarazo no deseado e infecciones de transmisión sexual, incluyendo el VIH para las personas que lo necesitan, especialmente la gente joven.
- Mejor calidad de atención.
- Mayor efectividad y eficiencia programática.

nadas en las reuniones de trabajo con los distintos actores: ¿Cuáles son los desafíos y barreras que implica articular la SSR, VIH y Sida en Chile?, ¿cuáles serían los beneficios para la salud de la población (o poblaciones) que se podrían esperar del establecimiento de vínculos ente SSR y VIH y Sida en el país? y ¿cuál podría ser una agenda de acciones para instalar y desarrollar respuestas articuladas en estos ámbitos?

Dichas reuniones de trabajo incentivaron la reflexión y debate en torno al tema generándose diversos aportes que exponemos a continuación. Estos aportes se presentan ordenados de acuerdo a los actores que participaron en cada una de las reuniones:

Síntesis de ideas de reuniones de trabajo con actores

Actores académicos/as e investigadores/as

Existe un contexto conservador en Chile que influye en las políticas públicas sobre sexualidad y reproducción.

Es necesario realizar un análisis y debate sobre la aproximación biomédica y sociocultural en materias de salud sexual y reproductiva, con el fin de sintetizar ambas miradas.

Existen tensiones entre las lógicas políticas y los criterios técnicos en las políticas públicas.

Existen dificultades entre las organizaciones donantes y ONG que se relacionan en algunos casos con que los modelos de análisis que proponen los donantes no se ajustan a la realidad chilena.

En los programas de SSR, VIH y Sida, predomina un enfoque curativo y preventivo. No hay un enfoque de bienestar, ni de género en las políticas de salud.

La SSR ha sido abordada desde la óptica de problemas. Hay que incorporar enfoques que trabajen más la salud.

Hay un vacío en la SSR respecto a los transexuales y transgénero.

Es difícil la vinculación ya que esto implica la existencia de equipos capacitados, en circunstancias en que los profesionales que hay son poco formados, desde la universidad, en SSR, VIH y Sida.

El perfil de los servicios de SSR no ha sido preventivo en algunos aspectos, como en la prevención del embarazo en la adolescencia.

La vinculación no es suficiente para evitar el VIH y Sida. El énfasis debiese estar en la educación. Hay que articular la SSR con la educación. Se considera insuficiente la vinculación SSR y VIH, ya que el 95% de los casos que consulta en atención primaria ya ha iniciado vida sexual. Esto implica relevar el rol de la educación en la promoción de estrategias de autocuidado y el respeto por el otro.

Integrar la visión de la bioética para comprender la vinculación.

Actores ONG

Existen déficits en el ámbito de la salud sexual y reproductiva como la no entrega de la anticoncepción de emergencia y la ausencia de educación sexual.

No hay políticas públicas orientadas a las necesidades en salud sexual y a la no discriminación en poblaciones transexuales, lo que las hace doblemente vulnerables: violencia sexual y física.

Problemas de calidad de atención en los programas de infertilidad en el sector público.

Problemas de objeción de conciencia en la entrega de anticoncepción de emergencia.

Los resultados de estudios en otros países han arrojado la relación entre violencia y VIH, esta es una situación que merece líneas de acción específica por parte del Estado chileno.

Es necesario integrar a las políticas públicas de alguna manera los servicios otorgados por las ONG's en materia de SSR y VIH. Especialmente lo que refiere a modelos de consejería.

Existen vulneración de los derechos sexuales y reproductivos, que no se justifica con el nivel desarrollo que tiene el país.

Síntesis de ideas de reuniones de trabajo con actores (continuación)

Es necesario consignar políticas públicas en materias SSR y VIH para adultos y adultas mayores.

Existen instrumentos de control ciudadano, como por ejemplo los indicadores de procesos y cumplimiento en materia de SSR que son necesarios retomar.

Hay que revisar los derechos que están garantizados en SSR, VIH y Sida y contrarrestarlos con aquellos que son vulnerados.

Actores decisores de políticas públicas

Existe una dificultad para incorporar la perspectiva de género en las políticas públicas de salud sexual y reproductiva.

Ausencia de investigaciones en el ámbito de la sexualidad.

Existe una desvinculación en lo conceptual respecto a los programas de salud sexual y reproductiva y los de VIH y Sida, sin embargo en la práctica de atención están vinculados.

Al trabajar intersectorialmente es necesario diferenciar los grupos etarios a los cuales están destinadas las políticas públicas en SSR.

Existen diferencias sustantivas entre las políticas públicas en la materia y la implementación de estas.

En general se asocian "problemas" a la sexualidad y la reproducción, y no como ámbitos constitutivos de la vida de mujeres y hombres.

Existen problemas en el ámbito legal como por ejemplo el retroceso en la entrega de la anticoncepción de emergencia.

Se han realizado más capacitaciones en el ámbito de salud sexual y reproductiva que en VIH y Sida.

Hay que avanzar en un nuevo paradigma como país respecto a la salud sexual y reproductiva y VIH y Sida.

Hay que incorporar en los espacios de debate a otros sectores como Policía de Investigaciones, Ministerio Público entre otros que también se relacionan con temas de salud sexual y reproductiva, VIH y Sida.

En síntesis, las propuestas abarcan varios ámbitos de acción que se exponen a continuación:

Producción de conocimientos, fomentando investigaciones acción, sistematizaciones de experiencias, identificación de experiencias exitosas en la materias, fomentar los equipos multidisciplinarios en el país, promoviendo la vin-

culación en la formación de profesionales del ámbito de la salud y la educación en el nivel de pregrado. Particularmente en las reuniones de trabajo se mencionaron a lo menos estas necesidades: incorporar las miradas tanto biomédicas como sico-sociales en las investigaciones en SSR y VIH y Sida; incorporación de la bioética como una mirada que ayude a comprender algunas de las situaciones en SSR y

VIH. Desarrollar nuevas investigaciones sobre sexualidades, avanzar en un nuevo paradigma para comprender la SSR y VIH en el país.

Procesos de formación y capacitación que requieren los diferentes actores que entregan servicios de atención en SSR y VIH. Para ello es necesario contar con nuevos materiales educativos que vinculen ambos campos de acción, promover la formación permanente tanto para profesionales de la salud como de la educación a partir de la formación en conjunto de tal manera de dar nuevos pasos por ejemplo en la educación sexual con enfoques más comunitarios.

Cambios en la calidad de atención a los y las usuarias de los servicios públicos de salud reconociendo la diversidad cultural de cada uno de los grupos que se atienden.

Desarrollo de políticas públicas focalizadas en poblaciones específicas: al respecto se hace necesario implementar políticas públicas a través de programas y/o líneas de acción para transexuales, adultos y adultas mayores en materia de salud sexual.

Garantía y fomento de los derechos sexuales y reproductivos: al respecto es necesario incluir cada vez más los derechos en el ámbito de la sexualidad y reproducción en las políticas públicas.

Referencias bibliográficas

- Arriagada, I. y Aranda, V., comp. (2004) Cambios de las familias en el marco de las transformaciones globales: necesidades de políticas públicas eficaces / CEPAL; UNFPA Santiago, Chile.
- Benavente, M.C. y Vergara, C. (2006) Sexualidad en Hombres y Mujeres. Diversas miradas. FLACSO-Chile.
- Bernstein, S. (2006) Opciones Públicas, decisiones privadas: Salud sexual y reproductiva y los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Millenium Project.
- Buvinic, M. (1998) Costos de la maternidad adolescente en Barbados, Chile, Guatemala y México. Population Council.
- Campos, P. (2007) Salud Sexual y Reproductiva: prevención a las personas que viven con VIH/SIDA. Chief of Latina America Bureau. AISD HEALTH CARE FOUNDATION.
- CEPAL (2005) Salud y Derechos Reproductivos: VIH y Sida e igualdad de Género.
- Condon.pon (2002) Infecciones Transmitidas Sexualmente (ITS). Recuperado de <http://www.condonpunto.com/its.htm>. Accesado: noviembre del 2008.
- Díaz, A.; Sanhueza P. y Yaksic N. (2002) "Riesgos obstétricos en el embarazo adolescente: estudio comparativo de resultados obstétricos y perinatales con pacientes embarazadas adultas". En Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología, vol. 67, N° 6, 481-487.
- Dides, C.; Benavente, M.C.; Guajardo, A. y Morán, J.M. (2007) *Catastro de Instituciones que trabajan en Salud Sexual y Reproductiva y VIH/SIDA en Chile*. Programa Género y Equidad, FLACSO-Chile, con apoyo del UNFPA.
- Dides, C.; Benavente, M.C; Morán, J.M. y Guajardo, A. (2007) Sistematización de investigaciones cualitativas y cuantitativas en Salud Sexual y Reproductiva y VIH/SIDA realizadas desde 1990 al 2007. Programa Género y Equidad, FLACSO-Chile, con apoyo de UNFPA.
- Dides, C.; Márquez, A.; Guajardo, A. y Casas, L. (2007) Chile. Panorama de sexualidad y derechos humanos. CLAM. Río de Janeiro, Brasil.
- Dides, C.; Morán, J.M., Benavente, M.C. y Pérez, M.S. (2008) Salud Sexual y Reproductiva en Chile 2007: actualización de datos estadísticos. Programa Género y Equidad, FLACSO-Chile.

- Dides, C. (2006) Voces de emergencia: el discurso conservador y la píldora del día después. FLACSO-Chile, UNFPA.
- Druce, N. y Dickinson, C. (2006) Strengthening linkages for sexual and reproductive health, HIV and AIDS: progress, barriers and opportunities for scaling up. DFID Health Resource Centre. Londres, Inglaterra.
- Equipo de Apoyo Técnico EAT, UNFPA México 2007.
- Farmer, P. (1996) "Desigualdades Sociales y Enfermedades Infecciosas Emergentes". En Perspectivas, Vol 2, N° 4.
- IDS Health and development information team (s/f) Temas Claves en Salud. Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos.
- INE, CEPAL (s.f.) CHILE: Proyecciones y Estimaciones de Población. Total País 1950-2050. Santiago, Chile.
- INE (2004) *Enfoques Estadísticos*. N° 21, junio.
- INJUV (2007) *V Encuesta Nacional de Juventud*.
- Gobierno de Chile (2007) Consenso de Iquique. Iquique, Chile.
- Gobierno de Chile y ONUSIDA (2008) Informe nacional sobre los progresos realizados en la aplicación del UNGASS Chile *enero de 2006 - diciembre 2007*.
- Global AIDS Alliance, Population Action International, IPPF, Interate, Advocate for Youth (2007) Guidelines for Integrating Sexual and Reproductive Health into the HIV / AIDS Component of Country Coordinated Proposals to be submitted to the global fund to fight AIDS, Tuberculosis and Malaria. Round 7 and Beyond.
- Lahera, E. (2004) Introducción a las políticas públicas. Fondo de Cultura Económica, México.
- Lamas, M. (2000) Usos, dificultades y posibilidades de la categoría de "género" En: El género, La construcción cultural de la diferencia sexual. Programa universitario de estudios de género. México.
- Proyecto Ley Marco sobre Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos (2008), Boletín N° 5933-11 Accesado: www.congreso.cl
- Medline P. (2008) *Enfermedades de Transmisión Sexual*. Recuperado de: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/sexuallytransmitteddiseases.html>. Accesado en: Octubre del 2008.

MERCOSUR/RMS/ACTA N°01/O7 XXII Reunión de Ministros de Salud del MERCOSUR. “Asunción República del Paraguay, 15 de julio 2007.

Molina, R.; Molina, T.; y González, E. (2007) “Madres niñas-adolescentes de 14 años y menos: Un grave problema de salud pública no resuelto en Chile”. *Revista Médica de Chile*, enero, vol. 135, no.1, p.79-86.

Mora, L. (2001) Masculinidades en América Latina y el Caribe: el porte del UNFPA. En Working Paper Series CST/LAC, N.25.

OMS (1995) *Womens Health. Position Paper for the IV World Conference on Women*. Beijing, China.

OMS (2004) Estrategia de Salud Reproductiva para acelerar el avance hacia la consecución de los Objetivos y las Metas Internacionales de Desarrollo. Ginebra.

OMS (2004) The World Health Organization Quality of Life (WHOQOL) - BREF. OMS. Ginebra, Suiza.

OMS (2005) *Salud Sexual y Reproductiva y VIH/SIDA. Un marco de referencia para establecer vínculos prioritarios*. Recuperado de http://www.who.int/reproductive-health/stis/docs/framework_priority_linkages.es.pdf. Accesado: octubre 2008.

OMS, UNFPA, ONUSIDA, IPPF (2006) *Salud Sexual y Reproductiva y VIH/SIDA. Un marco de referencia para establecer vínculos prioritarios*. Recuperado de http://www.who.int/reproductive-health/stis/docs/framework_priority_linkages.es.pdf. Accesado: octubre 2008.

OMS, UNFPA (2007) National-level monitoring of the achievement of universal access to reproductive health. OMS, UNFPA. Ginebra, Suiza.

OMS, UNFPA, ONUSIDA, IPPF (2008) Vías para la integración. Estudio del caso de Kenya. OMS, UNFPA, ONUSIDA, IPPF.

OMS, UNFPA, ONUSIDA, IPPF (2008) Vías para la integración. Estudio del caso de Haití. OMS, UNFPA, ONUSIDA, IPPF.

Palma, I. (2001) *Consideración de la salud y derechos sexuales y reproductivos de los/as adolescentes y jóvenes en el contexto de la reforma a la salud en Chile*. SERNAM.

Parker, R. y Barbosa, R. (1999) Sexualidades pelo avesso. Editorial 34, Brasil.

1ª Reunión de Ministros de Salud y Educación para detener el VIH e ITS en Latinoamérica y el Caribe. Prevenir con Educación. Declaratoria Ministerial Final. México, 1 de agosto, 2008.

- Pérez M.S. y Dides C. (2005) *Salud, Sexualidad y Reproducción. Sistematización de investigaciones y experiencias en pueblos indígenas en Chile 1990-2004*. CORSAPS, UNFPA, Santiago, Chile.
- Schiappacasse, V.; Vidal, P.; Casas, L.; Dides, C. y Díaz, S. (2003) *Chile: Situación de la Salud y los Derechos Sexuales y Reproductivos*. ICMER; CORSAPS y SERNAM, Santiago.
- Scott, J. (1996) El género: una categoría útil para el análisis histórico. En: El género, la construcción cultural de la diferencia sexual. Lamas, M. (compiladora). Las ciencias sociales Estudios de Género. PUEG. Programa Universitario de estudios de Género. Universidad Autónoma de México. México.
- Toledo, V.; Luengo, X.; Murray, N.; Molina, T. y Villegas, R. (2000) "Impacto del programa de educación sexual: adolescencia tiempo de decisiones". En Revista de la Sociedad Chilena de Obstetricia y Ginecología Infantil y de la Adolescencia. Vol. VII, N° 3, p. 73-86.
- UNFPA (2005) *Pobreza, Salud Sexual y Reproductiva y Derechos Humanos*. Equipo de Apoyo Técnico para América Latina y el Caribe, New York.
- UNFPA (2005) *Educación de la Sexualidad, Género y Salud Sexual y Reproductiva en América Latina y el Caribe: Informe de la reunión temática regional del UNFPA*.
- UNFPA, OPS-OMS (2006) *Programa de Cooperación Estratégica UNFPA-OMS-OPS. Relatoría del Taller de Planificación Regional. Región de América Latina y el Caribe* (Ciudad de México, 9-12 mayo 2006).
- Valdés, T. y Guajardo, G. (2006) *Estado del arte Investigación sobre sexualidad y derechos sexuales en Chile (1990-2002)* CLAM, FLACSO-Chile.
- VIVOPOSITIVO (s.f.) *Género y VIH/SIDA*. Recuperado de <http://www.vivopositivo.org/portal/datos/ftp/GeneroVIHSIDA.doc>. Accesado: noviembre del 2008.
- Weeks, J. (1998) *Sexualidad*. Paidós. Programa Universitario de estudios de Género. Universidad Nacional Autónoma de México.

Anexo 1: Listado de participantes en las reuniones de trabajo

Primera reunión de trabajo

1. Alejandro Guajardo, Director, APROFA
2. Guillermo Galán, Junta Directiva, APROFA
3. Jorge Pantoja, APROFA
4. Grace Schmidt, Presidente, APROFA
5. Victoria Valenzuela, OPS en Arica y Parinacota
6. Juan Pablo Sutherland, equipo OPS en Arica y Parinacota
7. Gabriel Guajardo equipo OPS en Arica y Parinacota
8. Ximena Solar, equipo OPS en Arica y Parinacota
9. Ramiro Molina, CEMERA, Universidad de Chile
10. Adela Montero, Directora, CEMERA, Universidad de Chile
11. Carmen Torres, Directora, Instituto de la Mujer
12. Ximena Luengo, ICMER
13. Jorge Rodríguez, CELADE
14. Valentina Fajreldin, Consultora en antropología médica
15. Juan Sepúlveda, SEPADE
16. Helena Olea, Investigadora, Facultad de Derecho Universidad Diego Portales
17. Pamela Oyarzún, Profesora , Universidad de Chile

Segunda reunión de trabajo:

18. Leonardo Arenas, Comité Ejecutivo de ONG, SIDA y Cárceles
19. Adriana Gómez, Red de Salud de las Mujeres de Latinoamérica y del Caribe
20. Camila Maturana, Corporación Humanas
21. Sonia Covarrubias, Educación Popular en Salud (EPES)
22. Alejandra Soto Organización Amanda Jofré
23. Krisna Sotelo, Organización Amanda Jofré

Tercera reunión de trabajo:

24. Fanny Pollarolo, Jefa del Departamento de Responsabilidad Juvenil del SENAME
25. Andrea Aravena, Jefa de Estudios del INJUV
26. Aníbal Hurtado, Director de CONASIDA, Ministerio de Salud
27. Pilar Planet, CONASIDA, Ministerio de Salud
28. Paz Robledo, Encargada Nacional Programa de Salud Adolescente, Ministerio de Salud
29. Juan Baeza, Programa de Salud Adolescente, Ministerio de Salud
30. Carmen Gloria Vega, Miembro del Equipo SEREMI Salud Maule
31. Carol Torres, SEREMI Salud, Región Arica y Parinacota
32. Patricia Montenegro, SEREMI de Salud Arica y Parinacota - Tarapacá
33. Ivelise Segovia, Servicio de Salud Viña del Mar - Quillota
34. María Isabel Flores, Programa de Salud de la Mujer
35. Patricia Weisse, Equipo SEREMI de Salud Temuco
36. Rosa Madrid, SEREMI de Salud O'Higgins
37. Victoria Norambuena, ex encargada de adolescencia y SSR del Servicio de Salud de Osorno

38. Mónica Silva, SERNAM
39. Sandra Vera, Sectorialista Salud, SERNAM
40. Karen Bascuñán, Ministerio de Educación

Participantes en las tres reuniones:

41. Mariela Cortés, Oficial de Enlace UNFPA
42. Luis Toro, OPS
43. Claudia Dides, Directora, Profesora Investigadora, Programa Género y Equidad, FLACSO-Chile
44. M. Cristina Benavente, Investigadora, Programa Género y Equidad, FLACSO-Chile
45. Isabel Sáez, Investigadora Asistente, Programa Género y Equidad, FLACSO-Chile
46. José Manuel Morán, Investigador Asistente, Programa Género y Equidad, FLACSO-Chile
47. María Ignacia Castellón, Ayudante de Investigación, Programa Género y Equidad, FLACSO-Chile

Anexo 2: Metodología

Para realizar el presente diagnóstico se utilizaron varias metodologías, por un lado de carácter cualitativo y por otro cuantitativo, es decir, lo que se denomina una metodología mixta, dependiendo del objeto de estudio.

La metodología cualitativa consistió en una revisión del contenido de las fichas de sistematización de instituciones señaladas en el *"Catastro de Instituciones que trabajan en Salud Sexual y Reproductiva y VIH/Sida en Chile"*⁷⁸, así como los contenidos del documento *"Sistematización de investigaciones cualitativas y cuantitativas en Salud Sexual y Reproductiva y VIH/Sida realizadas desde 1990 al 2007"*⁷⁹. La metodología cuantitativa, por su parte, consistió en la utilización de estadística descriptiva, a través de frecuencias absolutas y simples, para dar cuenta de la presencia de estudios publicados e instituciones que abordan las temáticas señaladas a nivel país, y los vínculos que se han establecido entre estas.

Es importante recalcar que, en términos estrictos, el VIH y Sida es una enfermedad que pertenece a la gama de las infecciones de transmisión sexual, las que a su vez, son una temática específica dentro de la salud sexual y reproductiva, por lo que, conceptualmente, la separación de

estas tres categorías es inadecuada. Sin embargo, para efectos del análisis, se hace necesario realizar esta separación, a fin de lograr establecer si en Chile estas se han abordado o no de manera diferenciada.

Las reflexiones que a continuación se presentan se basan en las investigaciones desarrolladas durante el 2007 que consistió en elaborar un catastro de instituciones del país que trabajen en SSR y/o VIH/Sida; al mismo tiempo se sistematizaron los estudios tanto cualitativos como cuantitativos realizados en el país a partir de 1990 al 2007 en los ámbitos temáticos de violencia de género, educación sexual, embarazo en la adolescencia, infecciones de transmisión sexual, VIH y Sida, anticoncepción de emergencia. Posteriormente se levantaron datos estadísticos de distintas fuentes de información nacional para construir el diagnóstico actualizado de estadísticas en salud sexual y reproductiva. Cabe señalar que la temática de aborto se dejó fuera debido a que no hacía parte de lo requerido por UNFPA y OPS. Además, se realizó un estado del arte de las leyes y proyectos de ley en relación a las temáticas mencionadas.

El análisis de resultados consta de cuatro partes. La primera, dice relación con las instituciones que han trabajado

⁷⁸ Dides, C.; Benavente, M. C.; Guajardo, A.; Morán, J.M. (2007) *Catastro de Instituciones que trabajan en Salud Sexual y Reproductiva y VIH/Sida en Chile*. Programa Género y Equidad, FLACSO-Chile con apoyo del UNFPA. Ver: www.flacso.cl

⁷⁹ Dides, C.; Benavente, M. C.; Guajardo, A.; Morán, J.M. (2007) *Sistematización de investigaciones cualitativas y cuantitativas en Salud Sexual y Reproductiva y VIH/Sida realizadas desde 1990 al 2007*. Programa Género y Equidad, FLACSO-Chile con apoyo del UNFPA.

estos temas en el país; la segunda, con los estudios publicados en el país desde 1990 hasta el 2007; la tercera trata de las estadísticas en la materia y por último las leyes, normativas, reglamentos y proyectos de ley. Todo ello con el objeto de dar una panorámica para establecer los vínculos así como los déficit.

a) Instituciones que trabajan en SSR, VIH/Sida y/o ITS

Utilizando el “*Catastro de Instituciones que trabajan en Salud Sexual y Reproductiva y VIH/Sida en Chile*”⁸⁰, se utilizaron las fichas de sistematización clasificándose a las instituciones según las siguientes categorías:

- **Instituciones que trabajan con VIH y Sida:** Abarcan todas aquellos organismos que realizan intervenciones y/o investigaciones en VIH y Sida, sin abordar ITS ni otros temas de salud sexual y reproductiva.
- **Instituciones que trabajan con VIH y Sida e ITS:** Abarcan todos aquellos organismos que realizan intervenciones y/o investigaciones en ITS incluido el VIH y Sida. Incorpora también a aquellas instituciones que pueden estar abocadas de manera prioritaria a la temática del VIH y Sida, pero que no dejan de lado otras ITS en su trabajo.
- **Instituciones que trabajan con ITS:** Abarcan todas aquellos organismos que realizan intervencio-

nes y/o investigaciones en temáticas de ITS, sin incluir dentro de estas el VIH y Sida ni otros temas de SSR.

- **Instituciones que trabajan con SSR:** Abarcan todas aquellos organismos que realizan intervenciones y/o investigaciones en temáticas de SSR (violencia de género, regulación de la fertilidad, educación sexual, entre otros), sin incluir las ITS ni el VIH y Sida.
- **Instituciones que trabajan con SSR y VIH y Sida:** Abarcan todas aquellos organismos que realizan intervenciones y/o investigaciones en temáticas de SSR, incluyendo el VIH y Sida, pero sin abordar otro tipo de ITS.
- **Instituciones que trabajan con SSR y VIH y Sida e ITS:** Abarcan todas aquellos organismos que realizan intervenciones y/o investigaciones vinculando la SSR con las ITS, incluyendo al VIH y Sida.

De este modo, cada una de estas categorías se presenta como excluyente de las demás, lo que permite diferenciar claramente a las instituciones según los temas que abordan.

b) Investigaciones realizadas en SSR, VIH y Sida y/o ITS

Para realizar el análisis de las investigaciones publicadas en las materias

⁸⁰ Dides, C.; Benavente, M. C.; Guajardo, A.; Morán, J.M. (2007). *Catastro de Instituciones que trabajan en Salud Sexual y Reproductiva y VIH/Sida en Chile*. Programa Género y Equidad, FLACSO-Chile, con el apoyo de UNFPA.

señaladas se ocupó el estudio realizado por el Programa Género y Equidad de FLACSO-Chile para UNFPA, *"Sistematización de investigaciones cualitativas y cuantitativas en Salud Sexual y Reproductiva y VIH/Sida realizadas desde 1990 al 2007"*. El objetivo de este estudio fue recolectar y sistematizar investigaciones cualitativas y cuantitativas en salud sexual y reproductiva y VIH y Sida, en el período señalado sobre las siguientes temáticas: embarazo adolescente, violencia de género, educación sexual, anticoncepción de emergencia, VIH y Sida e ITS.

Para efectos del análisis se considera, al igual que en la primera parte, la temática de SSR como distinta a la del VIH y Sida y a la de las ITS, para así poder evaluar el establecimiento o no vínculos entre estos temas en los diversos estudios realizados en el país.

En este apartado, la SSR, para efectos metodológicos, se restringe únicamente a cuatro temáticas básicas, a saber, embarazo en la adolescencia, violencia de género, educación sexual y anticoncepción de emergencia. Existe conciencia de que esta es una visión restringida del concepto, pero para efectos del análisis, resulta útil mencionar su limitación.

Para la realización del análisis, los estudios fueron clasificados según las mismas categorías expuestas en el apartado anterior, a saber, estudios que tratan sobre exclusivamente sobre VIH y Sida; estudios que tratan sobre VIH y Sida e ITS; estudios que tratan únicamente so-

bre ITS, excluyendo el VIH y Sida; estudios sobre SSR, sin incluir ITS ni VIH y Sida; estudios sobre SSR y VIH y Sida; y estudios que vinculan la SSR con las ITS, incluyendo el VIH y Sida.

c) Estadísticas en SSR, VIH/Sida y/o ITS

En esta parte se analizan las principales estadísticas en materia de SSR incluyendo VIH y Sida y otras ITS. Los análisis son descriptivos, y la información se desagrega de la mayor manera posible, según la disponibilidad de datos existente.

Para ello se revisaron diversas fuentes, tales como estudios publicados en el país relacionado con la materia, así como la base de datos del Departamento de Estadísticas e Informaciones del Ministerio de Salud.

La información se presenta en tres secciones. La primera, trata la SSR, y se incluye en esta la iniciación sexual, el uso de métodos anticonceptivos, las parejas sexuales, la fecundidad (adolescente y adulta), la esperanza de vida al nacer y la mortalidad, incluida la mortalidad materna.

En la segunda parte se trata el tema del VIH y Sida, desagregando la información según todas las variables posibles según la disponibilidad de la información.

Finalmente, la tercera parte trata las ITS, excluido el VIH y Sida.

Anexo 3: Instituciones que trabajan en salud sexual y reproductiva, VIH y Sida

Organismos No Gubernamentales	
1	Asociación Chilena de Protección a la Familia - APROFA
2	Centro de Desarrollo de la Mujer - DOMOS
3	Centro de Estudios de la Mujer - CEM
4	Comité de Refugiados Peruanos en Chile
5	Coordinadora Nacional de Personas Viviendo con VIH/SIDA - VIVO POSITIVO
6	Corporación Chilena de Prevención del SIDA - ACCIONGAY
7	Corporación de Desarrollo de la Mujer - La Morada
8	Corporación Humanas
9	Educación para el Mejoramiento de la Calidad de Vida - Eduk
10	Educación Popular en Salud - Fundación EPES
11	Foro Red de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos - Foro-Red
12	Fundación Instituto de la Mujer
13	Fundación PROSALUD
14	Instituto Chileno de Medicina Reproductiva - ICMER
15	Movimiento Unificado de Minorías Sexuales - MUMS
16	Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y el Caribe - RSMLAC
Centros Académicos- Universidades	
17	Centro de Estudios de Género - CIEG, Universidad de Chile
18	Centro de Estudios de Género y Cultura en América Latina, Universidad de Chile
19	Centro de Excelencia de Biotecnología de la Reproducción - CEBIOR, Universidad La Frontera
20	Centro de Medicina Reproductiva y Desarrollo Integral del Adolescente - CEMERA
21	Centro Interdisciplinario de Estudios en Bioética, Universidad de Chile
22	Departamento de Obstetricia y Ginecología Centro, Universidad de Chile
23	Departamento de Obstetricia y Ginecología Norte, Universidad de Chile
24	Departamento de Obstetricia y Ginecología Occidente, Universidad de Chile
25	Departamento de Obstetricia y Ginecología Oriente, Universidad de Chile
26	Dirección de Estudios Multidisciplinarios de la Mujer - DIEMM, Universidad de Concepción
27	Dirección de Estudios Sociológicos - DESUC, Pontificia Universidad Católica de Chile

28	Escuela de Psicología, Universidad Católica del Norte
29	Instituto de Asuntos Públicos - INAP, Universidad de Chile
30	Instituto de Investigación Materno Infantil - IDIMI, Universidad de Chile
31	Magíster Afectividad y Sexualidad, Universidad de Santiago
32	Observatorio Regional de Desarrollo Humano, Macro Zona Norte - ORDHUM, Universidad Católica del Norte
33	Programa de Estudios de Género - PROGÉNERO, Universidad Academia de Humanismo Cristiano
34	Programa Género y Equidad, Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO - Chile)
Organismos Gubernamentales	
35	Comisión Nacional del SIDA - CONASIDA
36	Corporación Municipal de Rancagua
37	Instituto Nacional de la Juventud - INJUV
38	Ministerio de Educación - MINEDUC
39	Ministerio de Salud - MINSAL
40	Servicio Nacional de la Mujer - SERNAM
41	Servicio Nacional de Menores - SENAME
Organizaciones Sociales	
42	Agrupación Cultural La Cigarra
43	Agrupación de Mujeres Innovadoras de Atacama
44	Agrupación de Personas Viviendo con VIH y Sida, Familiares y Amigos/as Positivamente Activos
45	Agrupación Hain
46	Agrupación Vida Óptima
47	Agrupación Vida, Amor y Esperanza - AVAE
48	AxionHumana
49	Casa de la Mujer Yela
50	Católicas por el Derecho a Decidir - CDD Chile
51	Centro Cultural Voces de Mujer
52	Centro de Apoyo a Personas Viviendo con VIH y Sida - CAPVIH
53	Centro de Atención en Violencia Doméstica (Casa de Acogida), Miraval Pachamama
54	Centro de Investigación y Promoción de Salud y Sexualidad - CIPRESS
55	Centro de Mujeres de Temuco
56	Centro de Salud Familiar Policlínico Metodista
57	Colectiva de Mujeres La Granja

58	Colectiva Feminista Las Seltas
59	Colectivo de Mujeres Desnudando
60	Corporación DA VIDA
61	Corporación de Apoyo y Educación en Sida - CAAES
62	Corporación SERPAJ
63	Fundación de Ayuda Social de las Iglesias Cristianas - FASIC
64	Fundación EPES: Educación Popular en Salud
65	Fundación Grupo Lazos
66	Fundación Margen de Apoyo y Promoción de la Mujer
67	Fundación Rescate (Gente por un amor nuevo)
68	Fundación Salud Vida y Acción Social - SAVIA
69	IKASTOLA
70	Juntos por la Vida
71	NEWENCUCHE
72	Nueva Aura
73	Organización Aki
74	Re - Vivir
75	Red Nacional de Mujeres de Organizaciones Sociales - REMOS
76	Red YPREVE
77	Redes de Orientación en Salud Sexual
78	Sindicato Nacional Independiente Ángela Lina