



# Política Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva

2018

Subsecretaría de Salud Pública  
División de Prevención y Control de Enfermedades  
Departamento de Ciclo Vital

Ministerio de Salud. Política Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva  
Santiago, MINSAL 2018

Esta publicación cuenta con el aporte del MOVILH, en el marco del Acuerdo de Solución Amistosa P-946-12 asumido ante la Comisión Interamericana de Derechos Humanos, CIDH

Todos los derechos reservados. Este material puede ser reproducido total y parcialmente para fines de difusión y capacitación. Prohibida su venta.

1º edición y publicación 2018

Resolución Exenta N° 285 del 2 de marzo de 2018 del Ministerio de Salud

# CONTENIDO

<b>Presentación</b>	<b>8</b>
<b>I. Introducción</b>	<b>9</b>
<b>II. Antecedentes</b>	<b>12</b>
1. Antecedentes históricos en Chile	12
Periodo 1930- 1973	12
Periodo 1973 - 1989	12
Periodo 1990 a 2017	13
2. Antecedentes del marco jurídico	15
2.1. Antecedentes internacionales	15
2.2. Antecedentes Nacionales	15
3. Antecedentes de contexto	17
3.1. Antecedentes sociodemográficos	17
3.2. Antecedentes de salud sexual y salud reproductiva	19
<b>III. Política de Salud Sexual y Salud Reproductiva</b>	<b>29</b>
1. Conceptos de salud sexual y salud reproductiva	29
2. Enfoques	30
3. Visión	34
4. Propósito	34
5. Principios	34
6. Estrategias de Acción	36
7. Ámbitos de seguimiento de la Política de Salud Sexual y Salud Reproductiva	39
<b>BIBLIOGRAFÍA</b>	<b>41</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>44</b>

## JEFATURAS

### **Dra. Carolina Asela Araya**

Jefa Departamento de Ciclo Vital  
División de Prevención y Control de Enfermedades  
Subsecretaría de Salud Pública - Ministerio de Salud

### **Dr. René Castro Santoro**

Encargado Programa Salud de la Mujer  
Departamento Ciclo Vital  
División de Prevención y Control de Enfermedades  
Subsecretaría de Salud Pública - Ministerio de Salud

## EDITORAS

### **Yamileth Granizo Román**

Coordinadora del grupo de trabajo- Programa Salud de la Mujer  
Departamento Ciclo Vital  
División de Prevención y Control de Enfermedades  
Subsecretaría de Salud Pública - Ministerio de Salud

### **Daniela Vargas Guzmán**

Profesional  
Departamento Ciclo Vital  
División de Prevención y Control de Enfermedades  
Subsecretaría de Salud Pública - Ministerio de Salud

## PARTICIPANTES EN GRUPO DE TRABAJO MINISTERIAL EN POLÍTICA DE SALUD SEXUAL Y SALUD REPRODUCTIVA

### **Lissette Alvarado Bustamante**

Profesional-Departamento Epidemiología  
División de Planificación Sanitaria  
Subsecretaría de salud Pública Ministerio de Salud

### **Solange Burgos Estrada**

Profesional-Unidad de Salud de la Mujer y Salud Sexual y Reproductiva-VIH/ITS  
Departamento de Procesos Clínicos Integrados  
División de Gestión de Redes Asistenciales  
Subsecretaría de Redes Asistenciales Ministerio de Salud

### **Javiera Burgos Laborde**

Profesional-Departamento de Estadísticas e Información de Salud  
División de Planificación Sanitaria  
Subsecretaría de Salud Pública- Ministerio de Salud

### **Bárbara Bustos Barrera**

Profesional-Departamento de Salud y Pueblos Indígenas e Interculturalidad  
División de Políticas Públicas Saludables y Promoción  
Subsecretaría de Salud Pública- Ministerio de Salud

### **Natalia Dembowski Sandoval**

Profesional-Departamento Salud Mental  
División de Prevención y control de Enfermedades  
Subsecretaría de Salud Pública - Ministerio de Salud

### **Andrea Fernández Benítez**

Asesora  
Subsecretaría de Salud Pública- Ministerio de Salud

### **Sebastián Godoy Rivas**

Profesional-Departamento de Gestión y Planificación Estratégica  
División de Políticas Públicas Saludables y Promoción  
Ministerio de Salud

### **Carmen Gloria González**

Profesional-Departamento de Promoción de la Salud  
División de Políticas Públicas Saludables y Promoción  
Subsecretaría de Salud Pública- Ministerio de Salud

### **Marie Jossette Iribarne Wiff**

Profesional-Departamento de Salud y Pueblos Indígenas e Interculturalidad  
División de Políticas Públicas Saludables y Promoción  
Subsecretaría de Salud Pública- Ministerio de Salud

### **Cristina Leyton Blanca**

Profesional-Programa Nacional de Salud de la Infancia  
Departamento de Ciclo Vital  
División de Prevención y Control de Enfermedades  
Subsecretaría de Salud Pública- Ministerio de Salud

### **María Ximena Luengo Charath**

Asesora Oficina de Bioética  
Gabinete Subsecretaría de Salud Pública  
Ministerio de Salud

**Edith Ortiz Núñez**

Profesional Programa Nacional de Prevención y Control del VIH/SIDA e ITS  
División de Prevención y Control de Enfermedades  
Subsecretaría de Salud Pública- Ministerio de Salud

**Isabel M. Pacheco Matte**

Asesora Of. de Bioética  
Gabinete Subsecretaría de Salud Pública  
Ministerio de Salud

**Andrea Peña Otárola**

Departamento Enfermedades Transmisibles  
División de Prevención y Control de Enfermedades  
Subsecretaría de Salud Pública  
Ministerio de Salud

**Anita Peña Saavedra**

Profesional Unidad de Género  
Gabinete Ministra  
Ministerio de Salud

**Lorena Ramírez Concha**

Encargada Programa Nacional Adolescentes y Jóvenes  
Departamento Ciclo Vital  
División de Prevención y Control de Enfermedades  
Subsecretaría de Salud Pública - Ministerio de Salud

**Yasmina Viera Bernal**

Profesional  
División Jurídica  
Ministerio de Salud

**Javiera Vivanco Escobar**

Profesional-Departamento de Discapacidad y Rehabilitación  
División de Prevención y Control de Enfermedades  
Ministerio de Salud

## PARTICIPANTES EN ENCUENTROS

**Programa de Salud de la Mujer, nivel central:** Miriam González, Yamileth Granizo, Teresa Soto, Eduardo Soto, Paulina Troncoso.

### Referentes del Programa de Salud de la Mujer de Seremis y Servicios de Salud

*Arica:* Leonardo Núñez, Lorena Tapia, Fernando Candia; *Tarapacá:* Dolores Romero, Yazmin Zagal, Ligia Castillo, Paola Ciocca; *Antofagasta:* Claudia González, Juan Herrera, Karime Viralta; *Atacama:* Richard González; *Coquimbo:* Evelyn del Fierro, Luciana Guzmán; *Valparaíso:* Jessica Hermosilla, Hernán Montiel, Miriam Cabeza, Mario Bravo *Metropolitana:* Rodrigo Neira, Amanda López, Genoveva Pacheco, Diana Godoy, Yazmin García, Salamé Poblete, Claudio Torres, Cynthia Aranguiz, Wilma Schmied, Marisol Prado, Cristina Cerda, Bernardita Fernández, Sebastián Cortez; *O'Higgins:* Gina Lagos, Bernarda Poblete; *Maule:* Carmen Gloria Vega, Claudia Bravo, Elizabeth Mejías, *Biobío:* Lorena Bastías, María Cristina Dobbs, Jaqueline Brevis, Silvia Sepúlveda, Daniela Shuster, María Teresa Higuera, Yanella Vallejos, Erika Ascencio, Roxana Milos; *Araucanía:* Alex Figueroa, Paola Figueroa, Claudia Torres, Claudia Navarro, René Santana, Carolina López; *Los Ríos:* Susan Toro, Johana Poblete, Sara Villalobos; *Los Lagos:* Cristina Olivares, Mauricio López; *Aysén:* Lorena Riquelme; *Magallanes:* María Isabel Velich.

### Representantes de Sociedad Civil

MOVILH, Fundación Savia, Comunidad Camión Rosa, Corporación Queremos Ser Padres, Fundación EPES, Observatorio de DDHH y Legislación, Corporación MILES, Lelikelen, Fundación Iguales, Sindicato Amanda Jofré, ICW Chile, Belona Mujeres, Centro de Educación sexual integral CESI, Observatorio Equidad de Género y Salud,

Instituto chileno de medicina reproductiva ICMER, Red de psicólogos de la diversidad, Fundación Margen, Agrupación Lésbica Rompiendo el Silencio, Asociación chilena de protección de la familia APROFA.

### Representantes de Sociedades Científicas y Academia

SOCHOG, SOCMER, SOGIA, CEMERA, Dpto. Obstetricia Universidad de Chile. Escuelas de obstetricia de: Universidad Mayor, Universidad de la Frontera, Universidad de Chile, Universidad Autónoma, Universidad San Sebastián, Universidad Austral, Universidad Diego Portales, Universidad de Santiago de Chile.

Agradecemos el apoyo del Fondo de Población de Naciones Unidas UNFPA, especialmente a **Mariela Cortés Aliaga**, Oficial de Enlace, UNFPA CHILE, por su revisión externa del documento.

Esta Política de Salud Sexual y Salud Reproductiva ha contado con la revisión y aportes del **Movimiento de Liberación Homosexual (MOVILH)**, en el marco del Acuerdo de Solución Amistosa P-946-12 asumido ante la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH).

## PRESENTACIÓN

Los profundos cambios sociales, demográficos y culturales en los ámbitos de la sexualidad y la reproducción que ha vivido el país durante las últimas décadas, así como los compromisos contraídos por el Estado de Chile en materia de derechos humanos, han hecho evidente la necesidad contar con política de salud sexual y salud reproductiva.

Esta política se enmarca en la Estrategia Nacional de Salud definida por el Ministerio de Salud, en los Objetivos para el Desarrollo Sostenible al 2030 y muy especialmente, en el Consenso de Montevideo sobre la Población y Desarrollo (2013), asumiendo el enfoque de determinantes sociales de la salud y de curso de vida para superar las desigualdades y brechas, así como las necesidades específicas de los distintos grupos poblacionales reconociendo factores de riesgo particulares en la sexualidad y la reproducción.

En la actualidad, la población enfrenta nuevos problemas de salud en estos ámbitos, que condicionan el desarrollo pleno de las personas a lo largo de la vida. En efecto, la salud sexual y la salud reproductiva constituyen procesos ininterrumpidos ligados al desarrollo humano, que están presentes en todos los momentos de la existencia, desde el nacimiento hasta la muerte. La sexualidad abarca al sexo, las identidades y los roles de género, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual y está influida por la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales (OMS, 2006).

Con esta mirada, la salud sexual y la salud reproductiva se construyen en la interacción del contexto social y los comportamientos individuales, familiares y comunitarios y requieren una nueva cultura de cuidado, junto con una nueva respuesta institucional, acorde con el desarrollo humano y con la corresponsabilidad social de los individuos, la comunidad y las instituciones.

Esta política recoge y articula los distintos esfuerzos del Ministerio de Salud encaminados a resolver las necesidades de salud reproductiva de distintos grupos de población e incorpora en forma explícita las necesidades de salud sexual que se han abordado en forma fragmentada. En ese sentido, permitirá una respuesta más consistente desde el sistema público de salud a la población.

Esta política se traducirá en una Programa de Salud Sexual y Salud Reproductiva y en un conjunto de documentos técnicos específicos de implementación, que deberán materializar la anhelada atención en salud sexual y en salud reproductiva de la población.

La Política que presentamos ha sido elaborada con amplia participación, no sólo de profesionales que llevan estos temas dentro del Ministerio, sino de actores de la sociedad civil y de representantes de las sociedades científicas y la academia. Con su participación será posible, además, su pronta implementación.

**DRA. CARMEN CASTILLO TAUCHER**  
**MINISTRA DE SALUD**

## I. INTRODUCCIÓN

Los procesos de modernización y las transformaciones sociales acontecidos en los últimos años, han generado importantes cambios en las pautas culturales y las estructuras sociales existentes. Lo anterior ha repercutido en el ámbito de la sexualidad<sup>1</sup> y la reproducción, en sus prácticas discursivas, la manera en cómo se vive, en los comportamientos sexuales, en las tasas de fecundidad, en la conformación de diversos tipos de parejas y de familias, entre otros. Estos cambios tensionan al Estado y a las políticas públicas, para generar inclusión de la diversidad sexual, tanto de orientación sexual como de identidad de género.

En el marco de estos cambios culturales, sociodemográficos y normativos, se ha modificado el valor social asignado a la sexualidad y la reproducción, incorporando paulatinamente la noción de derechos sexuales y reproductivos. En efecto, de la mano de los procesos de modernización se ha configurado un nuevo escenario para las mujeres y hombres, el que da cuenta de un mayor ingreso a la educación superior, un aumento de la participación laboral femenina, un marcado descenso de las tasas de fecundidad, un retraso en la edad de nacimiento del primer hijo, especialmente en las generaciones más jóvenes y con mayor escolaridad, entre otros ámbitos relevantes.

La difusión masiva de métodos anticonceptivos modernos, a partir de la década de los sesenta, provocó un vuelco en la manera de enfrentar la fecundidad, es decir la posibilidad de determinar el número de hijos a tener y cuándo tenerlos. La fecundidad entonces pasa a ser enfrentada como un proyecto personal, cuyo peso en la organización de la vida es menor y cuya realización demanda preparación y reflexión (Leridon, 1995 citado en Bozon, 2004). En casi la totalidad de los países desarrollados, los índices de fecundidad descendieron a menos de dos hijos/as por mujer (Bozon, 2004), tendencia que Chile comparte desde hace más de una década (INE, 2014).

Esta racionalización de la reproducción no deviene sólo en una nueva norma cultural, sino que se convierte en un derecho a ser protegido. De la misma manera, la norma procreativa, a saber, las “buenas condiciones” (edad, tipo de relación, situación laboral, entre otras) socialmente definidas para tener un hijo/a que prevalecen en una determinada sociedad, también son reconfiguradas (Bajos & Ferrand, 2006).

Las transformaciones observadas en las trayectorias y calendarios sexuales y reproductivos deben situarse en el contexto más global de transformaciones modernizadoras en los planos de la economía, la educación, la política, e individualizadoras en el plano de la cultura, que conectan al mismo tiempo con una alta estratificación social (Robles, 2000; PNUD, 2002), y que se expresan en las relaciones de género, en las trayectorias educacionales y laborales, sexuales, conyugales y reproductivas, entre otros ámbitos de la vida personal y social.

Una de las tesis explicativas más recurridas acerca de las transformaciones en la esfera de la sexualidad, son los procesos de individualización y de menor tradicionalismo, que caracterizan a las sociedades post modernas. De este modo, estos procesos son identificados como la oportunidad de establecer relaciones más igualitarias y democráticas entre los géneros, así como la experiencia de una sexualidad plástica (desligada de la reproducción y más vinculada a la expresión personal y el placer) (Bozon, 2013). Sin embargo, estos procesos también implican una acentuación de la respon-

<sup>1</sup> La sexualidad es un aspecto central del ser humano durante toda la vida y abarca el sexo, identidades y roles de género, orientación, erotismo, placer, intimidad y reproducción. La sexualidad se experimenta y se expresa en pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, comportamientos, prácticas, roles y relaciones. Si bien la sexualidad puede incluir todas estas dimensiones, no todas son siempre experimentadas o expresadas. La sexualidad está influenciada por la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales (OMS, 2006).

sabilidad individual de los actores, que tienen menos soportes institucionales que en el pasado para desplegar sus proyectos de vida (Giddens, 1998).

La separación de la sexualidad de la procreación y su emergencia como dominio autónomo, en la que el deseo y la satisfacción se reconocen como fin en sí mismos, también han posibilitado el cuestionamiento de la norma que tradicionalmente sancionaba su ejercicio dentro del marco obligatorio de la heterosexualidad. De este modo, la autonomización<sup>2</sup> del dominio de la sexualidad ha sido al menos uno de los tantos factores que ha traído consigo la visibilidad de las sexualidades no heterosexuales, especialmente de las sexualidades homosexuales y lésbicas (Bozon, 2013).

Estos antecedentes nos sitúan ante la comprensión de la sexualidad y la reproducción en tanto dos realidades y conceptos que, aunque están muy ligados, representan ámbitos diferentes en la vida de las personas, así como desafíos claves y diferentes para el ámbito de la salud sexual y la salud reproductiva y sus derechos.

Chile no ha estado exento de importantes cambios culturales, económicos, políticos y sociales que han repercutido en la vida íntima de las personas. Dichos cambios han modificado el valor y las representaciones sociales que se le han asignado a la sexualidad y la reproducción. Así también, estos procesos se han desplegado de manera desigual en los sujetos, en relación a los recursos (de diversa índole) que ellos disponen, especialmente aquellos que se vinculan con el género, la orientación sexual, la identidad de género, la clase social, el territorio, las situaciones de discapacidad, la pertenencia a un pueblo indígena y la experiencia migratoria.

La historia de las políticas y programas de salud pública en materia de salud sexual y salud reproductiva en nuestro país, muestra la evolución desde la atención materno-infantil a la de la salud de la mujer. Éstos han incluido el desarrollo de Programas de Prevención y Control del VIH/SIDA e ITS, Manejo Integral del Cáncer, Adolescentes y Jóvenes, entre otros; y los indicadores alcanzados muestran importantes logros. Sin embargo, existen nuevas demandas que plantean importantes desafíos ya que el Programa de Salud de la Mujer es una política dirigida a mujeres heterosexuales, en edad fértil (15 a 49 años), con inclusión de los hombres en tanto parejas. Los hombres no son los destinatarios de prestaciones específicas en salud sexual y salud reproductiva (Faúndez, 1997), como tampoco las mujeres que tienen sexo con mujeres. Esta característica programática está vinculada al paradigma que alude a que la reproducción descansa en la responsabilidad de las mujeres heterosexuales y lo refuerza, invisibiliza las necesidades de salud de los varones en esta área y no contribuye a involucrarlos en su responsabilidad y compromiso con la paternidad. Así también, se mantiene el desafío de reconocer la diversidad sexual y de género, desde una mirada de salud integral.

El Ministerio de Salud reconoce las transformaciones sociales y culturales y sus repercusiones en el campo de la salud sexual y la salud reproductiva, tanto en los planos individuales, como relacionales. Este reconocimiento, tiene como consecuencia dar respuesta a dichos cambios por medio de una política y programa de salud que entregue respuesta a los nuevos requerimientos de las personas a lo largo del ciclo vital.

La formulación de esta Política en Salud Sexual y Salud Reproductiva, ha sido un proceso de construcción colectiva. En el año 2012, se planteó una actualización del Programa de Salud de la Mujer y

---

<sup>2</sup> El concepto de autonomización de la sexualidad refiere al proceso que ha resultado tanto de la introducción de tecnologías anticonceptivas (por ejemplo, preservativo, pastillas, DIU, etc.) como de las nuevas tecnologías reproductivas (por ejemplo, fertilización asistida, in vitro, etc.) y que ha permitido que la sexualidad se desligue de la reproducción. Decimos que la sexualidad se transforma en dominio autónomo, en el sentido de que ya no se encuentra asociado indefectiblemente a la reproducción. La autonomización de la sexualidad alude a un proceso social, mientras que, la autonomía en la sexualidad refiere a una capacidad personal.

se convocó a diversos referentes. Ante el compromiso de Gobierno de la Presidenta Michelle Bachelet, el trabajo comenzó un proceso de complementariedad, ante la necesidad de avanzar en acceso a servicios de salud sexual y salud reproductiva para todas las personas. Durante el 2014 y 2015, se realizaron jornadas con representantes de la sociedad civil, referentes del programa de Servicios de Salud y Seremis, y con representantes de sociedades científicas y universidades, lo que permitió cimentar las bases para la formulación de esta Política de Salud Sexual y Salud Reproductiva del Ministerio de Salud. También se consideraron las instancias del Consejo Consultivo de Género y Salud Ministerial y una jornada nacional de referentes de género de las Seremi y Servicios de Salud, para presentar y discutir los planteamientos. Luego se conformaron mesas de trabajo intraministeriales, para avanzar en los planteamientos de manera institucional con los aportes de diversos referentes.

El presente documento consolida el trabajo realizado durante este proceso el que dio origen a la Política de Salud Sexual y Salud Reproductiva del Ministerio de Salud 2018, que aquí se presenta.

## II. ANTECEDENTES

### 1. Antecedentes históricos en Chile

#### Periodo 1930- 1973

El debate público entorno a la cuestión social, desencadenado a comienzos del siglo XX, planteó una mirada crítica sobre la situación de la infancia y la maternidad, especialmente en el caso de las madres obreras. En este contexto, los agentes médicos y sanitarios del Estado interpretaron las altas tasas de mortalidad infantil y materna (las más altas de América Latina) como una cuestión que afectaba el crecimiento de la nación. De esta manera, las políticas sociales que, implicaban una planificación y cuidados familiares, fueron coordinadas por el Estado de Bienestar, caracterizado por la presencia de un aparato acoplado - el Ministerio de Higiene, Asistencia Social, Previsión Social y Trabajo - encargado de llevar a cabo grandes transformaciones en el plano legal, social y asistencial (Illanes, 2010).

En 1936 se crea la Sección Madre y Niño de la Caja del Seguro Obrero y en 1940 se instala el "Consejo Superior de Protección a la Maternidad, a la Infancia y a la Adolescencia".

En 1953 se unifica el Sistema Nacional de Salud (SNS) y se posiciona la Salud Materno-Infantil como prioridad de la política sanitaria.

En un contexto de alta mortalidad materna fruto de la práctica de abortos en condiciones inseguras, el Servicio Nacional de Salud, en alianza con la cooperación internacional, instaló la primera política de planificación familiar del país, posicionando a Chile a la vanguardia de América Latina y el mundo. Esta política tuvo como fruto el diseño e implementación del Plan de Regulación de la Natalidad y, a partir de 1967, el Programa de Paternidad Responsable. Los objetivos del programa fueron (1) reducir la mortalidad materna por aborto provocado, (2) reducir la mortalidad infantil asociada a la alta fecundidad y (3) promover el bienestar familiar. En un periodo de cinco años (1965 y 1970), el uso de métodos anticonceptivos aumentó de un 6% a un 13,7% entre usuarias del sistema público de salud.

Estas iniciativas continuaron su curso en el gobierno del ex Presidente Salvador Allende, implementándose también la política de salud "Atención Integral a la Mujer" (Valdés, 1995).

#### Periodo 1973 - 1989

Los avances anteriormente mencionados, sufrieron un revés con la instalación del Gobierno Militar (1973 - 1989). Esta nueva apuesta gubernamental se expresó en el documento Política de Población (1979), la cual arguyendo imperativos nacionalistas - como la necesidad de contar con una población numerosa para la defensa nacional - terminó por negar cualquier vínculo entre derechos y reproducción, restringiendo la disponibilidad de anticonceptivos y censurando la información respecto de su uso. Se suspendieron las actividades de información y educación sobre anticoncepción en consultorios, además se redujeron recursos materiales y humanos para programas de planificación familiar. El hecho de que la práctica de anticoncepción estuviera bien enraizada en médicos y matronas, posibilitó que a pesar de las dificultades para el acceso, las acciones de planificación familiar continuaran (Faúndez, 1997).

En el año 1978 se promulgó la ley N° 44, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, que estableció los criterios para el acceso a pago de subsidio pre y posnatal.

En este mismo periodo se dio inicio a la reforma del Sistema Sanitario, se creó el Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS) y se establecieron organismos dependientes, como el Instituto de Salud Pública (ISP), Fondo Nacional de Salud (FONASA) y la Central de Abastecimiento (CENABAST). Se escindió el sistema de salud en uno público y otro privado, se redujo el gasto público en salud y se sentaron las bases para la privatización del sistema.

En materia de salud reproductiva se destaca en 1989 la derogación del artículo N° 119 del Código Sanitario que desde 1931 había regulado el aborto terapéutico, situando a Chile como uno de los pocos países en el mundo que prohíbe el aborto en cualquier circunstancia. Situación recientemente modificada con la entrada en vigencia de la Ley 21.030 que regula la despenalización de la interrupción voluntaria del embarazo en tres causales.

### Periodo 1990 a 2017

Con el retorno a la democracia, el rol del Estado sufre una nueva transformación, de “subsidiario” pasa a entenderse como “regulador”. Se enfatiza la preocupación por las diversas realidades socioeconómicas, culturales y geográficas que conviven en el país, las que pasan a ser consideradas como parte de un todo, y además sugiere que las políticas económicas y sociales se entiendan como complementarias. El gasto social aumenta considerablemente pero siempre sujeto a la mantención de los equilibrios macroeconómicos, y se busca profundizar la descentralización. Se intentó relacionar economía y salud con el objeto de producir un “círculo virtuoso” que incrementara la calidad del capital humano, mejorara la productividad y la competitividad, generara empleo, alentara la investigación y la innovación tecnológica. Además, se consideró que la salud es una condición indispensable para que exista una auténtica igualdad de oportunidades (Moreno, 2017).

En el año 1990 y tras seis años desde la notificación del primer caso de SIDA en el país (en 1984), el gobierno decide enfrentar el tema del VIH/SIDA en su especificidad y complejidad, creando la Comisión Nacional del SIDA, CONASIDA, como organismo técnico, dependiente del Ministerio de Salud (MINSAL), responsable de la definición y coordinación ejecutiva del Programa de Prevención y Control del SIDA y las ITS.

En 1991, se formula el Programa de Salud Materna y Perinatal (1991 - 1997) cuyo propósito fue el de *“Contribuir al desarrollo integral; físico, mental y social de la mujer desde la perspectiva gineco-obstétrica, la gestante, el producto de la concepción y el recién nacido, a través de actividades de fomento, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud”*.

En 1997, ante las recomendaciones de incorporar el enfoque de género en las actividades programáticas, el mencionado programa se reformuló en un Programa de Salud de la Mujer y se planteó por propósito *“Contribuir al desarrollo integral, físico, mental y social de la mujer, en todas las etapas de su ciclo vital, desde una perspectiva que contemple los diversos aspectos relacionados con la salud de la mujer, con un enfoque de riesgo que contemple la promoción, prevención, recuperación, rehabilitación y autocuidado de su salud”* (MINSAL, 1997). Este programa definió un marco conceptual/teórico referido a lo reproductivo.

La Política de Salud y Pueblos Indígenas, publicada en el año 2006, establece un marco de principios donde se reconoce la diversidad cultural, el derecho a la participación y los derechos políticos de los pueblos indígenas.

En marzo de 2016, se publica el Decreto Supremo N°67 que fija la circunstancias y mecanismo para acreditar a las personas carentes de recursos como beneficiario de FONASA, agregándose la circuns-

tancia N°4, personas inmigrantes carentes de recursos sin documento o sin permisos de residencia, con esto se protege a la población en mayor situación de vulnerabilidad en iguales condiciones que la población nacional, siendo una medida de equidad y de importancia desde la salud pública, puesto que con esta medida se protege además a toda la población.

### **Cuadro 1. Principales hitos de políticas y programas en salud, salud sexual y salud reproductiva (1964 - 2017)**

- 1924 - Ley 4.054, que crea la Caja del Seguro Obrero en 1924
- 1931 - Se legalizó el aborto terapéutico contemplándose en el artículo 226 del Código Sanitario
- 1936 - Se crea la Sección Madre e Hijo de la Caja del Seguro Obrero
- 1939 - Se crea "Consejo Superior de Protección a la Maternidad, a la Infancia y a la Adolescencia"
- 1953 - Unificación del Sistema Nacional de Salud (SNS)
- 1966 - Inicio de Plan de Regulación de la Natalidad
- 1967 - Programa de Planificación Familiar y Paternidad Responsable
- 1979 - Política de Población (ODEPLAN)
- 1987 - Programa Nacional de Cáncer Cervicouterino
- 1989 - Derogación del artículo N°119 del Código Sanitario que regulaba el aborto terapéutico
- 1990 - Se crea la Comisión Nacional del SIDA (CONASIDA)
- 1991 - Programa de Salud Materna y Perinatal.
- 1995 - Programa Nacional de Cáncer de Mama
- 1997 - Programa de Salud de la Mujer
- 1998 - Política Nacional de Salud del Adolescente
- 2006 - Normas Nacionales de Regulación de la Fertilidad
- 2007 - Se crea el Sistema Intersectorial de Protección Social e institucionaliza Chile Crece Contigo
- 2008 - Política Nacional de Salud de Adolescentes y Jóvenes
- 2010 - Ley N° 20.418, que fija Normas sobre Información, Orientación y Prestaciones en Materia de Regulación de la Fertilidad
- 2012 - Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes
- 2017 - Ley N° 21.030 que Despenaliza la interrupción voluntaria del embarazo en tres causales

## 2. Antecedentes del marco jurídico

### 2.1. Antecedentes internacionales

La Política Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva se enmarca en un conjunto de principios y normas de carácter jurídico, relacionados con el derecho internacional de los derechos humanos y los principios consagrados en declaraciones internacionales del Sistema Universal y Sistema Interamericano, que a instancias de la ONU y OEA respectivamente, plantean orientaciones y recomendaciones a sus países miembros. Destacan la III Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo<sup>3</sup>, realizada en 1994 en El Cairo (CIPD) y un año más tarde la IV Conferencia de la Mujer en Beijing. Estas conferencias introducen y ratifican el concepto de derechos sexuales y reproductivos.

**Cuadro 2. Acuerdos y Convenciones Internacionales<sup>4</sup>**

<p>1948 – Declaración Universal de Derechos Humanos</p> <p>1966 – Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de 1966</p> <p>1966 – Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (PIDCP)</p> <p>1979 – Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, (CEDAW, por su sigla en inglés)</p> <p>1989 – Convención de los Derechos del Niño</p> <p>1999 – Convención Interamericana para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad</p> <p>1989 – Convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo</p> <p>1994 – Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, Cairo. 1994 – Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer, Belém do Pará</p> <p>2000 – Objetivos Desarrollo del Milenio, Organización de Naciones Unidas (ONU)</p> <p>2004 – Primera Estrategia de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre salud reproductiva</p> <p>2013 – Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo (2013)</p> <p>2016 – Objetivos del Desarrollo Sostenible Organización de Naciones Unidas (ONU)</p> <p>2016 – Estrategia Mundial de Salud de la Mujer, del Niño y del Adolescente</p>
--

### 2.2. Antecedentes Nacionales

En nuestro país, se han dictado una serie de leyes y decretos, que entregan un marco regulatorio en materia de salud sexual y salud reproductiva:

- Decreto con Fuerza de Ley 725; Decreto 725. Código Sanitario (31-01-1968).
- Ley 19.628 sobre protección de la vida privada (28-08-1999).
- Ley N° 19.779. Establece normas relativas al virus de inmuno deficiencia humana y crea bonificación fiscal para enfermedades catastróficas (24-11-2005).
- Ley N° 19.874. Facilita la denuncia en caso de atentados sexuales y permite una mejor investigación del delito (13-05-2003).

<sup>3</sup> En 1967 se crea UNPFA en Naciones Unidas, que ha organizado 3 conferencias Mundiales de Población: Bucarest (1974), México (1984) y Cairo (1994). La III CIPD cuenta con un programa de acción que en septiembre de 2014, en un período extraordinario de sesiones de la Asamblea General respaldó los resultados del examen realizado 20 años después y los gobiernos se comprometieron a redoblar los esfuerzos para abordar las deficiencias y los desafíos emergentes.

<sup>4</sup> Ver anexo N°1

- Ley N° 19.937. Modifica el D.L. 2.763, de 1979, con la finalidad de establecer una nueva concepción de la autoridad sanitaria, distintas modalidades de gestión y fortalecer la participación ciudadana (30.01.2004)
- Ley N° 19.966. Establece un régimen de garantías en salud (03-09-2004).
- Ley N° 20.077. Reestablece la bonificación fiscal para enfermedades catastróficas establecida en la Ley N° 19.779 (24-11-2005).
- Ley N° 20.379. Crea el sistema intersectorial de protección social e institucionaliza el subsistema de protección integral a la infancia “Chile Crece Contigo” (01-09-2009)
- Ley N° 20.418. Fija normas sobre información, orientación y prestaciones en materia de regulación de la fertilidad (02-02-2010).
- Ley N° 20.584. Regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud (01-10-2012).
- Ley N° 20.609. Establece medidas contra la discriminación (24-07-2012).
- Ley N° 20.987. Modifica el procedimiento para el examen del VIH respecto de menores de edad (19-01-2017)
- Decreto N° 206 de 2005. Reglamento sobre infecciones de transmisión sexual (08-05-2007).
- Decreto N° 182 de 2005 Reglamento del examen para la detección del virus de la inmunodeficiencia humana (19-11-2011); y sus modificaciones.
- Decreto N° 10 de 2011. Crea comisión nacional obstétrica y neonatal (14-06-2011).
- Decreto N° 49 de 2013. Aprueba reglamento para el ejercicio del derecho a recibir educación, información y orientación en materia de regulación de la fertilidad (28.03.2013). Éste fue modificado por el Decreto N° 62 de 2015 del Ministerio de Salud (25.09.2015).
- Decreto N° 31 de 2012. Aprueba reglamento sobre entrega de información y expresión de consentimiento informado en las atenciones de salud (26.11.2012).
- Decreto N° 38 de 2012. Aprueba reglamento sobre derechos y deberes de las personas en relación a las actividades vinculadas con su atención de salud (26-12-2012).
- Decreto N° 41 de 2012. Aprueba reglamento sobre fichas clínicas (15.12.2012).
- Decreto N° 158 de 2014. Aprueba reglamento sobre notificación de enfermedades transmisibles de declaración obligatoria (24-01-2015); y el Decreto 13 que lo modifica (19-04-2010).
- Decreto N° 927 de 2015. Aprueba reglamento del examen para la detección del virus de la inmunodeficiencia humana en personas privadas de libertad (03-03-2016).
- Decreto N° 3 de 2016. Aprueba garantías explícitas en salud del régimen general de garantías en salud (01-07-2016).
- Decreto N° 67 de 2015. Modifica decreto n° 110 de 2004, del Ministerio de Salud, que fija circunstancias y mecanismos para acreditar a las personas como carentes de recursos o indigentes (10.03.2016).
- Decreto N° 7 de 2017. Aprueba texto que actualiza las normas nacionales sobre regulación de la fertilidad (03-02-2007).
- Ley N° 21.030 Regula la Despenalización de la Interrupción Voluntaria del Embarazo en Tres Causales (23.09.2017).
- Decreto N° 44 de 2017. Aprueba reglamento de las prestaciones incluidas en el programa de acompañamiento y materias afines de la Ley N° 21.030. (08.02.2018).

Cada uno de estos marcos constituyen regulaciones internas que sumados con acuerdos internacionales y responsabilidades del Estado en materia de Derechos Humanos norman las políticas en salud sexual y salud reproductiva.

### 3. Antecedentes de contexto

#### 3.1. Antecedentes sociodemográficos

##### a. Pirámide poblacional

Se estima que Chile tiene una población de 17.574.003 hab., 8.601.989 hombres y 8.972.014 mujeres, lo que proyecta un índice de masculinidad – número de hombres por cada 100 mujeres de 96 (INE, Censo 2017). Las mujeres son más longevas, la esperanza de vida al nacer es de 79,1 años para los hombres y de 82,2 años para ellas (Instituto Nacional de Estadísticas, Chile, INE, 2014).

Desde un punto de vista demográfico, Chile es un país que transita rápidamente hacia el envejecimiento. En 2014, el número de personas de 60 años o más es de 2,6 millones (adulto mayor); representando un 15% de la población total y superior al 11% del 2002. El número de niños y niñas (0-14 años) es de 3,7 millones, representando un 21% de la población total e inferior al 26% del 2002 (INE - Chile, 2014). El índice de adultos mayores (60+ años) por cada 100 niños y niñas (0-14 años), pasa de 41 en 2002 a 70 en 2014 (INE - Chile, 2014).

Según datos censales del 2002, en Chile un total de 692.192 personas (4,6% de la población total) expresaron pertenecer a uno de los nueve pueblos indígenas reconocidos en la Ley Indígena N° 19.253, los cuales son: Aymara, Mapuche, Atacameños, Quechuas, Rapa Nui, Colla, Diaguitas, Comunidades Kawésqar y Yamana. De éstos, el 49,6% corresponde a mujeres y el 50,5% a hombres. Al analizar la tendencia, es posible identificar que existe un aumento desde el año 1996, donde el 4,4% de la población refirió pertenecer a algún pueblo indígena, mientras que para el 2013 esta cifra alcanzó un 9,1% (CASEN 1996, 2013). Del total de la población indígena del país, el 49,5% (342.881 personas) pertenecen al grupo etario de 25 a 64 años, con un promedio de edad de 30,3 años, un poco menor que la población general (31,7 años) sin diferencias significativas entre mujeres y hombres (INE, 2005).

Chile se ha ido convirtiendo paulatinamente en un país de destino para personas migrantes de países vecinos, situación evidenciada especialmente durante los últimos años. De acuerdo a la estimación de Departamento de Extranjería y Migración del Ministerio del Interior (DEM), el número de extranjeros/as residente en Chile al año 2014 es de 441.592 personas. No existe una cifra de migrantes del CENSO 2017, sin embargo, la tasa de migración neta de 2,28 por mil habitantes, da cuenta del fenómeno, considerando que en el CENSO 2002 ésta fue de sólo 0,9 por mil habitantes. De acuerdo a la Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional, Casen 2013, la población nacida en el extranjero tiene mayor presencia femenina, 55%, lo que se llama la feminización del fenómeno de migración, teniendo una representación superior a la población nacidas en Chile que corresponde al 52,6% (Stefoni, 2011).

Según el Estudio Nacional de Discapacidad (ENDISC II) del año 2015 (MIDESO-SENADIS), un 16,7% de la población chilena mayor de 2 años presenta discapacidad, es decir 2.836.818 personas, cifra coherente con el Informe Mundial de Discapacidad (OMS, 2011) que proyectó que entre un 15,6% y un 19,4% de personas de 15 años o más viven con alguna discapacidad en el mundo.

## **b. Escolaridad**

En promedio los y las chilenos/as han alcanzado un promedio de 10,48 años de escolaridad. Actualmente la cobertura del sistema educacional llega a un 80,8% de los niños, niñas y jóvenes que están en edad de asistir a un establecimiento educacional (Ministerio de Desarrollo Social, Chile, MINDES, 2015a).

La mayor cobertura se encuentra en el nivel de educación básica con un 91,9%, seguido del nivel preescolar con 87,4%. La menor cobertura está en el nivel de educación media, con un 73,3% (INE - Chile, 2014) (MINDES - Chile, 2015a).

La desigualdad social se manifiesta en la brecha de escolaridad existente entre quienes se encuentran en los quintiles de ingreso I y V, es decir, la diferencia en el promedio de años cursados entre las personas de 25 años y más que están en el quintil más pobre de ingresos y quienes están en el quintil más rico, que llega a -5,7 años (MINDES - Chile, 2015a).

En personas pertenecientes a pueblos indígenas, se observa que el promedio de años de escolaridad es cerca de 1 año menos que la población general.

Las personas inmigrantes en nuestro país, cuentan con un promedio de 12,6 años en Chile; mientras que el promedio de los chilenos/as es de 10,7 (CASEN, 2013).

## **c. Trabajo**

Respecto del acceso al trabajo, la tasa de participación laboral alcanzó un 70,7% para los hombres y un 45,6% para las mujeres (MINDES - Chile, 2015b). Es importante notar que la participación laboral femenina aumenta según decil autónomo de ingresos, siendo de un 27,4% y 31,0% para los deciles I y II, respectivamente, en contraste con un 61,3% y 67,5% de los deciles IX y X. Estas diferencias se explicarían por las tareas de crianza y cuidado que deben ejercer las mujeres en sus hogares, y que resultan en un obstáculo para buscar fuentes de ingreso fuera del hogar (MINDES - Chile, 2015b).

En relación a las tasas de ocupación en 2013 eran de 66,3% para los hombres y 41,9% para las mujeres. Si bien se reconoce que la incorporación de la mujer al trabajo ha ido en aumento, los niveles de ocupación son bajos en comparación con otros países de América Latina. Las brechas entre hombres y mujeres se manifiestan también respecto de la desocupación; en 2013, las tasas de desocupación de hombres fue 6,2% y de mujeres de 8,2%. La desocupación afecta especialmente a los jóvenes entre 20 y 24 años (16,6%) y a quienes se encuentran en los primeros deciles de ingreso (25,2% en el decil I y 15,2 en el decil II) (MINDES - Chile, 2015b). Esto es significativo en relación a que mujeres y jóvenes se encontrarían en una posición mucho más precaria respecto de su situación laboral y que, a su vez, son los sectores más pobres quienes padecen más dicha precariedad.

Respecto a la tasa de ocupación laboral, en personas pertenecientes a pueblos indígenas, ésta ha sido entre 0,3 y 1,8 puntos porcentuales más baja durante los últimos 10 años y el 91,3% de la población indígena está adscrito al sistema público de salud, cifra superior al de la población general (81,1%) (CASEN, 2011).

## **d. Pobreza**

Los resultados de la Encuesta Caracterización Socioeconómica (CASEN) 2015 permiten observar que la pobreza sigue una tendencia de sostenida disminución, la cual se confirma tanto en relación a la medición por ingresos, como a la medición multidimensional (MINDES - Chile, 2016a).

Entre 2013 y 2015 se registran disminuciones significativas en el porcentaje de personas en situación de pobreza. La pobreza por ingresos se reduce de 14,4% a 11,7%, y la pobreza multidimensional se reduce de 20,4% a 19,1% (considerando 4 dimensiones en la medición, a saber, Educación, Salud, Trabajo y seguridad social, y Vivienda y entorno). Respecto de la última cifra, el porcentaje aumenta a 20,9% cuando se incluye el entorno y redes como quinta dimensión (medición 2015). Si bien persiste un patrón de marcada desigualdad, los resultados del periodo 2013-2015 reflejan una disminución moderada pero estadísticamente significativa de la desigualdad en la distribución del ingreso (medida por Coeficiente de Gini), tanto de la desigualdad en la distribución del ingreso autónomo (generado por los hogares) que disminuye de 0,504 en 2013 a 0,495 en 2015, como monetario (ingreso autónomo más subsidios entregados por el Estado) que se reduce de 0,491 en 2013 a 0,482 (MINDES - Chile, 2016a).

El porcentaje de pobreza en la población indígena es mayor que el de la población no indígena (19,2% v/s 14%), lo mismo ocurre en la situación de pobreza extrema (4,3% v/s 2,7%).

En síntesis, si bien es posible constatar el progresivo cumplimiento de la garantía de acceso en materia de derechos económicos y sociales, la desigualdad y la condición de vulnerabilidad social al que un porcentaje importante de la población está sometido, persiste como un desafío importante. Si bien la mayoría de los derechos mínimos se encuentra garantizado, la inequidad en términos de acceso a la calidad es uno de los principales problemas que enfrenta el país.

### 3.2. Antecedentes de salud sexual y salud reproductiva

Los indicadores existentes dicen principalmente relación con la salud reproductiva de las mujeres. Esto plantea como desafío plantear indicadores en salud sexual y salud reproductiva para toda la población, incluyendo las necesidades de los hombres y de la diversidad sexual (orientación sexual e identidad de género). En esta misma línea el Ministerio de Salud se encuentra en un proceso reciente de implementación parcial y progresiva de la variable de pertinencia a pueblos indígenas y de personas migrantes en las estadísticas vitales de salud.

#### a. Iniciación sexual y trayectorias sexuales

En la actualidad, asistimos a una sincronización en los calendarios de entrada a la sexualidad activa de hombres y mujeres en las nuevas generaciones. Los calendarios de entrada a la sexualidad activa han cambiado más significativamente para las mujeres que para los hombres. Así, si una mujer nacida en 1920 se inició sexualmente a los 20 años, aquella joven nacida en 1990 lo hizo a los 17 años. Esta diferencia, no es tal en el caso de los hombres, quienes en ambos casos se iniciarían a los 17 años. En relación a la vivencia de la sexualidad, en general es en la adolescencia cuando las personas inician las relaciones sexuales (Palma, 2016).

Según la VIII Encuesta Nacional de Juventud 2015, el 71% de los y las jóvenes se encuentran sexualmente activos, con una edad promedio de iniciación de 16,6 años (INJUV, 2015).

La convergencia en los calendarios de entrada a la sexualidad activa es producto del progresivo descenso de la edad de iniciación sexual de las mujeres ocurrida a lo largo del siglo XX, cuya mediana bajó de los 20 años para las nacidas entre 1929 y 1949, hasta situarse en torno a los 18,8 años para la generación nacida entre 1970 y 1980 (Palma, 2006). Respecto a los varones, la edad de iniciación es fluctuante, mostrando descensos y ascensos, comenzando entre los 16,5 y los 17,7 años para los nacidos entre 1929 y 1949, se estabiliza en las generaciones posteriores en torno a los 17 años, elevándose a 17,2 años para la cohorte entre 1975 y 1980 (Palma, 2006). Siguiendo la misma tendencia, las nacidas en 1990 se iniciaron a los 17,8 años, mientras los varones lo hicieron a los 17,3 años (INJUV, 2010).

Las trayectorias sexuales de las mujeres se hacen más prolongadas. Hoy se observa un retardo en la finalización del periodo de la sexualidad activa, y ello implica un alargamiento de la sexualidad en etapa post-reproductiva. Los procesos de cesación de la sexualidad activa no se organizan en la actualidad en una simple vinculación con los fenómenos de climaterio y envejecimiento, ni tampoco de manera lineal con los cambios en la situación de pareja de las personas. Del mismo modo que los umbrales de entrada a la vida sexual activa se adelantan, los umbrales de salida retroceden (Barrientos, 2006; Bozon, 2004; Palma, 2006).

Aun cuando continúan existiendo normas sociales que regulan el ejercicio de la sexualidad, la evolución de las costumbres modificó profundamente sus funciones. Se presentan cada vez menos con la fuerza de medidas cautelares, fundamentadas en las reglas de una religión o de una comunidad. Pierden su efectividad para controlar o censurar a la juventud, vigilar el matrimonio o proscribir los "actos contra la naturaleza". Las normas sociales fijan, ordenan e interpretan el sentido de los comportamientos con respecto a las situaciones y experiencias vividas, pero también en relación a las coyunturas sociales o sanitarias (Bozon, 2004).

Efectivamente, la norma social que sancionaba la legitimidad de las relaciones sexuales dentro del marco institucional del matrimonio, ha perdido vigor. Sobre el contexto de la iniciación sexual, como es esperable para las mujeres nacidas hasta la década del cuarenta, la primera relación sexual la tuvieron principalmente con el esposo (65,7%), y muy secundariamente con el novio o pololo. A partir de las décadas posteriores se produce una inversión de la tendencia, llegando a establecerse en un 90% la iniciación con el novio/pololo. A diferencia de las mujeres, que inscriben su entrada a la sexualidad activa en el marco de una relación de compromiso afectivo, hasta antes de la década de 1960 los hombres comienzan su vida sexual en tres contextos diferentes: el de ocasionalidad (recién conocida, 20%; trabajadora sexual, 5%), de sociabilidad (amiga, 29%), y de pareja afectiva (novia o polola, 24%). En la generación siguiente se reconfiguran estos contextos aumentando la importancia de la pareja afectiva (polola, 76%), y de la figura de la amiga (18%), la cual es posible comprender como articulación entre distancia afectiva y proximidad social (Palma, 2006).

### **Diversidad sexual**

En la última Encuesta Casen (2015), un 1,51% de hombres mayores de 18 años se declaró gay y un 0,62% mujeres se declaró lesbiana, lo que en conjunto representa al 1,04% de la población; en tanto el 0,52% de los hombres y el 0,24% de las mujeres se declaró bisexual, representando al 0,37% de la población (MINDES - Chile, 2016d). La VIII Encuesta Nacional de la Juventud (2015), la cual arrojó que el 4,0% de los jóvenes entre 15 y 29 años se declara homosexual o bisexual.

En relación a la identidad de género, 6.304 personas descartaron ser parte del sexo femenino o masculino, seleccionando la respuesta "otro". En tanto, 711 personas no aportaron datos al respecto (MINDES - Chile, 2016d).

Las cifras podrían reflejar una sub-declaración propiciada tanto por el hecho de que las preguntas se hicieron en un formato cara a cara, pues la encuesta la responde solo una persona del hogar que podría rechazar a la diversidad, porque considera sólo a mayores de 18 años (en circunstancias que a mayor edad hay más temor a reconocer la orientación sexual o la identidad de género como por la estigmatización, la discriminación y la homofobia que experimentan en lo cotidiano quienes tienen unas identidades y prácticas sexuales no heteronormativas (Barrientos & Cárdenas, 2013; Barrientos, Cárdenas & Gómez, 2014; Barrientos, Silva, Catalán, Gómez & Longueira, 2010; Cárdenas & Barrientos, 2008; Cárdenas, Barrientos, Gómez & Frías-Navarro, 2012; Caro & Guajardo, 1997; Gómez & Barrientos, 2012).

Existen estudios a nivel internacional que dan cuenta de los efectos de la discriminación en las personas con orientaciones sexuales o identidades de género diversas. Se describe que la desinformación y las creencias erróneas, dificultan la atención directa en salud, así como el trato igualitario con una perspectiva de género. Se describe que la discriminación, el rechazo, la invisibilización y la exclusión social tienen como consecuencia el suicidio en adolescentes LGBTI (lesbianas, gays, bisexuales, trans, intersex), en especial en aquellos que se mueven en contextos socioculturales, geográficos, económicos, etarios o educacionales donde la homofobia y la transfobia son mayores al promedio (Arcelus et.al. 2013; Marshal et.al. 2013).

En nuestro país, se plantea como desafíos, contar con mayor investigación, crear leyes y políticas públicas y capacitar a los profesionales para generar un lenguaje común en la temática y brindar una atención inclusiva, adecuada y basada en derechos (Cabieses, Bernales, Obach, Pedrero; 2015).

### **c. Fecundidad**

Generación tras generación, se ha transitado desde un nivel superior de cinco hijo(as) en la década de 1950 a un nivel de 1,82 hijos(as) por mujer al término del periodo reproductivo en 2012 (INE - Chile, 2014). Ya en 1999 la tasa global de fecundidad cayó a 2,08 hijos por mujer, situándose, por primera vez, bajo la tasa de reemplazo (2,1), es decir, el número necesario para que la nueva generación reemplace a sus padres (INE - Chile, 2006).

Así también se han modificado los calendarios reproductivos de las mujeres en el curso de las generaciones: se desplazan y concentran hacia edades cada vez mayores. La mayor fecundidad se concentra en las mujeres que están en el rango de 25 a 29 años de edad y el promedio de edad de las madres es de 28 años, lo que demográficamente se considera una maternidad "tardía" (INE - Chile, 2006).

Se destaca que la sociedad chilena ha asistido a un descenso notable de la fecundidad en las últimas décadas, particularmente en el segmento de las mujeres adolescentes de 15 a 19 años, en que se presentan tasas de fecundidad menores que el resto de los países de la región América Latina y el Caribe.

La tasa global de fecundidad también ha experimentado cambios en el tiempo, entre los años 1979 y 2014, la mayor reducción en el aporte a la fecundidad global se observó entre los 20 a 24 años y entre 25-29 años. En el año 2014 la tasa de fecundidad global presenta un aumento, alcanzando 1,85 hijas e hijos promedio país. El mayor aporte al nivel de fecundidad de la población de mujeres proviene del grupo de edades de 30 a 34 años (23 %), razón por la cual se dice que es de tipo "muy tardía". Las adolescentes de 15 a 19 años representan el 12,5% de aporte a la tasa global (INE, 2014).

### **d. Natalidad**

En 2014 se registraron 250.997 nacidos vivos en el país. La tasa de natalidad es de 14,2 (por cada 1000 hab.), con diferencias de 14,8 y 9,8 entre sectores urbanos y rurales, respectivamente. La atención profesional del parto alcanzó a un 99,83% en 2012 (MINSAL - Chile, 2016).

En el año 2014, el 12,07% (30.306) del total de los nacimientos del país correspondieron a nacidos vivos de madres adolescentes. Al desagregar por grupo etario, observamos que el 11,73% (29.454) corresponden a madres adolescentes de 15 a 19 años y el 0,33% (852) a adolescentes de 10 a 14 años (MINSAL, 2016).

### **e. Mortalidad materna y mortalidad perinatal**

En 2014 se registraron 56 muertes maternas (incluyendo la mortalidad materna tardía), siendo la razón de mortalidad materna de 22,2 por 100.000 Nacidos Vivos (MINSAL - Chile, 2016).

En 2014 se registraron 2.299 muertes perinatales, lo que representa una tasa de mortalidad perinatal de 9,1 por cada 1.000 nacimientos. La tasa de mortalidad perinatal observada por grupos de edad de la madre muestra como este es un factor relevante, 17,5 por 1.000 nacimientos en las madres menores de 15 años, 10 por 1.000 nacimientos en madres de 15 a 19 años, 10,4 por 1.000 nacimientos en madres de 20 a 34 años, subiendo a 12,6 por 1.000 nacimientos en las mayores de 35.

### **f. Cánceres**

#### **Cáncer cervicouterino**

De acuerdo al Informe Salud de las Américas, 2013 de la Oficina Sanitaria Panamericana (OPS) y de la Organización Mundial de la Salud (OMS), Chile encabeza la lista de los 11 países que han descendido significativamente sus tasas de mortalidad por Cáncer Cervicouterino en América, junto a Brasil, Canadá, Colombia, Costa Rica, El Salvador, México, Nicaragua, Panamá, Venezuela y Estados Unidos.

La estimación de la incidencia anual de cáncer cervicouterino en Chile es 1279 (Tasa Bruta Incidencia TBI: 15.6 por 100 mil habitantes) (Fuente: DEIS).

En el año 2014, fallecieron por cáncer 11.878 mujeres tasa observada 1,32. En relación a los hombres en el mismo año, fallecieron por cáncer 13.134 hombres con tasa de mortalidad observada 1,49.

En Chile el cáncer de cuello uterino ocupó el séptimo lugar como causa de muerte por tumores malignos en la mujer. En el año 2014, ocurrieron 539 defunciones por esta causa, (tasa observada 5,99 por 100.000 mujeres) logrando desde el año 1990 al 2014 una reducción de un 57%. Las regiones con las tasas más altas de Incidencia y Mortalidad corresponden a Magallanes, Valparaíso, Araucanía, Bío Bío.

El cáncer cervicouterino tiene demostradas posibilidades de pesquisa y tratamiento precoz con alta costo-efectividad. El tamizaje con Papanicolau cada 3 años en mujeres de entre 25 y 64 años, está incluido en el EMPA (Examen Médico Preventivo del Adulto) desde el 1987 y en el GES desde 2010. Al 2012 se alcanza un 60,7% de cobertura en población objetivo. En 2015 el 58,3% de las mujeres mayores de 15 años afirmó haberse realizado un Papanicolau (PAP) en los últimos 3 años (MINDES - Chile, 2016b).

En las pacientes confirmadas con Cáncer Invasor durante el año 2014, el 72% de estas mujeres tenía PAP anterior, el 39% tenía PAP vigente, 33% tenía PAP atrasado y un 27% nunca se había realizado el examen de PAP esto es lo más importante a destacar: el 60% de las mujeres con cáncer no tiene Papanicolau al día.

Como parte de las acciones para la prevención y control de esta enfermedad, desde el año 2014 se ha incorporado al programa nacional de inmunizaciones, la vacunación contra el virus papiloma humano, (VPH) en esquema de dos dosis (0-1 año) HPV iniciando en las niñas de 9 años.

En Chile, en 1987 se inició el tamizaje trienal con Papanicolaou en mujeres entre 25 y 64 años. La cobertura del programa se ha mantenido alrededor de 60% en los últimos años, cobertura relativamente alta dentro de los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE). Pese a esto, Chile presenta las tasas de incidencia y mortalidad por Cáncer Cervicouterino más altas de la OCDE después de México.

El envejecimiento poblacional pone a la mujer chilena en mayor riesgo de cáncer en general y de cáncer Cervicouterino en particular. En 2002 se estimó una población de 3.975.581 mujeres de 25 a 64 años, mientras que para 2016 se estiman 5.033.738 mujeres, un 21% más de mujeres de este grupo etario, por lo que es esperable un aumento de la incidencia y de la mortalidad general por cáncer cervicouterino, si no se logran coberturas eficientes de mujeres con examen de PAP vigente, lo que permitirá detección precoz con mejor pronóstico.

### **Cáncer de mama**

En Chile entre 2003-2007 la tasa de incidencia por Cáncer de Mama es de (4017) 46.2 por 100.000 habitantes (Fuente: DEIS).

El año 2014, fallecieron por cáncer de mama 1436 mujeres, con tasa de Mortalidad Observada de 15,8/100.000 mujeres, la primera causa de muerte oncológica. En relación a los hombres en el mismo año, fallecieron por cáncer de mama solo 14 representando una tasa de 0.16 /100.000 hombres.

El tamizaje con mamografía, en mujeres de 50 a 54 años (cada 3 años), está incluido en el EMP (Examen Médico Preventivo), alcanza 10% de la población objetivo del Sistema Público de Salud. La Ecografía mamaria de lesiones sospechosas y examen físico de mamas en mujeres mayores a 35 años se ofrece en la Atención Primaria de Salud (APS) desde 1995.

El Programa de Imágenes Diagnósticas de APS, entrega recursos para cubrir mamografías a mujeres de 35 y más años focalizando la toma en mujeres de 50 a 54 años, sin mamografía en los últimos 3 años (según lo garantizado en el Examen de Medicina Preventiva). En 2015, el 56,8% de las mujeres de 35 años y más afirmó haberse realizado una mamografía en los últimos 3 años, y un 35,9% declaró habérsela realizado durante el último año (MINDES - Chile, 2016b).

### **g. Infecciones de Transmisión Sexual (ITS)**

Las infecciones de transmisión sexual afectan a hombres y mujeres jóvenes. Anualmente se registran alrededor de 33 mil consultas médicas por esta causa, de las cuales 18.415 se verifican como ingresos al programa en el sistema público. La principal causa de ingreso es el condiloma acuminado, enfermedad causada por el virus papiloma humano (HPV), virus relacionado con ciertos tipos de cánceres. Según los registros del año 2016 del DEIS, el 52,4% de todos los ingresos a programa son por esta causa, seguido por la sífilis en todas sus formas.

De las enfermedades de notificación epidemiológica obligatoria la sífilis alcanzó una tasa de 22,8 por cien mil habitantes el año 2016, mientras que la gonorrea llegó a una tasa de 11,2 por cien mil habitantes ese mismo año.

Las notificaciones de sífilis se concentran en el grupo de edad de 15 a 49 años, siendo el grupo de entre los 20 a 34 años quienes concentran el mayor riesgo. Al observar la distribución por sexo, los hombres representan 64% del total de casos. La región con la tasa más alta el año 2016 es la de Tarapacá, superando en 2 veces la tasa nacional. Le siguen las regiones de Antofagasta, Valparaíso y Magallanes.

La tasa de sífilis congénita se ha mantenido por debajo de 0,5 por mil nacidos vivos, lo que ubica al país, en vías de eliminación de la infección pediátrica.

En el caso de la gonorrea, las notificaciones son fundamentalmente en hombres, concentrándose en el grupo de 20 a 24 años. Las regiones más afectadas son Tarapacá seguida Aysén, Los Lagos y Antofagasta.

En el caso de la hepatitis B, una de las vías de contagio es la transmisión sexual. La tasa de notificación es de 5,7 por cien mil habitantes, 87% corresponde a hombres (7 hombres por cada mujer). La región de Tarapacá presenta la mayor tasa nacional superando 1,8 veces a la tasa del país. Le siguen las regiones Metropolitana, Antofagasta, Arica- Parinacota y Coquimbo, todas sobre pasando la tasa nacional. La mortalidad por hepatitis B presenta un curso oscilante entre 0,04 y 0,18 muertes por cien mil habitantes en el periodo 1997-2013<sup>5</sup>. Otra de las vías de contagio es la Transmisión Vertical (TV), por lo cual se cuenta con profilaxis de TV con la administración de inmunoglobulina de Hepatitis B (IgHB) y vacuna antihepatitis B antes de las 12 horas de vida del recién nacido. Además, desde el año 2005 se incluye en el Programa Nacional de Inmunización (PNI) la vacunación pentavalente en esquema de 2, 4 y 6 meses a todo lactante.

#### **h. VIH/Sida**

Chile, de acuerdo a la denominación de ONUSIDA, tiene una epidemia de VIH Concentrada, lo que significa que la magnitud de la infección es mayor en grupos de población determinados. Entre 1984 y 2015 se ha notificado un total de 36.820 personas (30.860 hombres y 5.960 mujeres). Esto significa que la relación hombre-mujer es de 5,7; es decir por cada 5,7 hombres notificados, se ha notificado 1 mujer.

El 99% de los casos notificados, ha declarado haber adquirido el VIH a través de relaciones sexuales desprotegidas, siendo la principal práctica de riesgo la relación sexual de hombres con otros hombres, que concentra el 63% de los casos entre 2011 y 2015.

El principal grupo poblacional afectado es el de hombres entre 20 y 49 años, principalmente concentrado en el grupo de 20 a 29 años. El grupo de adolescentes (15 a 19 años) y el de adultos mayores (60 y más años) muestran estabilización de sus tasas en los últimos 5 años.

En el mismo período, del total de casos de VIH/Sida notificados en Chile, el 62% se notificó en etapa VIH mientras que el 38% fue notificado en etapa Sida. Ello se convierte en un gran desafío, pues el país está en la línea de incrementar el diagnóstico oportuno del VIH y otorgar el tratamiento inmediato a la totalidad de las personas diagnosticadas para obtener el beneficio de las terapias que está ampliamente demostrado. Por ello, es necesario un diagnóstico más precoz.

Las muertes por SIDA hasta 2014 fueron 9.327, un 87% de ellas corresponde a hombres. La mortalidad ha experimentado una disminución significativa pasando de 3,6 por 100.000 habitantes en el año 2001 a 2,7 por 100.000 habitantes en el año 2014.

El número de personas en tratamiento antirretroviral en el sistema público de salud alcanza a 27.274 personas, en el privado a 5.464 personas (datos a diciembre de 2016). Este tratamiento está garantizado por Ley GES desde 2005. La garantía considera acceso a diagnóstico, exámenes de seguimiento y monitoreo (CD4, Carga Viral y test de Resistencia) y tratamiento antirretroviral (de primera, segunda línea y esquemas de rescate). Uno de los impactos centrales de esta estrategia es la sobrevivencia a 36 meses de iniciado el tratamiento antirretroviral, que era de 85% en el 2005 y que incrementó a 91,7% en el 2015. Lo anterior, mediado también por la retención a 12 meses de iniciado el tratamiento, que ha pasado de ser de 94,1 en 2008 a 97,4 en el 2015.

El GES garantiza también la prevención de la transmisión vertical del VIH, que incluye el diagnóstico, tratamiento y seguimiento a las gestantes, sus hijas(os) y sus parejas, incluyendo la entrega de sustituto de leche materna para el recién nacido hasta los 6 meses de vida (por suspensión de la

<sup>5</sup> Boletín epidemiológico. Situación epidemiológica de Hepatitis B, Chile 2015. Ministerio de Salud.

lactancia materna). Esta política ha permitido una reducción significativa de la infección pediátrica adquirida por transmisión vertical, que ha pasado de 28% previo a disponer de procedimiento para prevenirla, a 5,9% en 2015.

### **i. Violencia de género y sexual**

Un 8,7% de los niños y niñas en Chile declaran haber sufrido abuso sexual alguna vez en la vida. La edad promedio en que se presenta este evento por primera vez es a los 8 años y medio. El género es un factor de riesgo, puesto que el 75% de las declaraciones son de niñas; otros factores son existencia de agresión física entre los padres (en el 40% de los casos detectados) y nivel socioeconómico bajo (10,8%, casi el doble de los estratos medio y alto). Del mismo modo, al observar las declaraciones por nivel socioeconómico se establece que un 10,8% de los y las niños/as de nivel socioeconómico bajo han sufrido de abuso sexual, un 6,7% del nivel medio y un 5,9% del nivel alto (UNICEF, 2012).

Según la Encuesta Nacional de Victimización y Abusos Sexuales (2012) en relación a la prevalencia de abuso sexual en la población escolar, el 7,3% de los niños y niñas encuestados declararon haber sido tocados o acariciados sexualmente contra su voluntad, o haber sido obligados a tocar sexualmente o a realizar alguna actividad sexual a otro, el 33% declara que le ha ocurrido más de una vez o con frecuencia (Ministerio del Interior y Seguridad Pública, 2013).

Al diferenciar los resultados por el sexo de las y los encuestados, se aprecia que las mujeres señalan haber sido víctimas de abuso sexual en mayor proporción que los hombres, llegando a una prevalencia del 9,9%. En relación a la edad en que ocurrió el primer y último abuso sexual, mientras el primer abuso ocurrió en promedio a los 10,5 años concentrándose entre los 10 y 13 años (51,7%), el último ocurrió en promedio a los 11,5 y se concentra entre los 10 y 14 años (59,5%). Cabe destacar en ambos casos la alta tasa de abusos ocurridos entre los 4 y 9 años de edad (32,8% primer abuso y 25,4% último abuso).

En mujeres adultas, la prevalencia de delitos sexuales varía entre un 5% de mujeres que declaran haber sufrido delitos sexuales durante los últimos doce meses, y un 22% que ha sido víctima de esta situación al menos una vez en la vida, dependiendo del período de vida que se tome como referencia.

### **j. Infertilidad**

La infertilidad es un importante problema de salud, observándose un aumento progresivo de su prevalencia por diversos factores, entre los que se destaca la postergación del primer embarazo.

En la población general, se ha estimado que el 85% de las parejas habrá concebido al cabo de un año de actividad sexual regular no protegida. Esta posibilidad acumulada aumenta a 92% al cabo de 24 meses y a 93% al cabo de 3 años. Un estudio realizado por el Instituto de Investigaciones Materno Infantil (IDIMI), concluye que la infertilidad en Chile afecta al 10,4% de las mujeres en edad fértil al año de matrimonio y que a los 8 años de matrimonio permanece infértil el 4% de las parejas (MINSAL - Chile, 2015b).

Se puede estimar, en base a dichos datos, que unas 411.554 mujeres podrían presentar infertilidad y hasta 158.290 de ellas sufrirían una infertilidad de larga duración en su vida de pareja. Esto las puede llevar a solicitar servicios por infertilidad a lo largo de sus 30 años de vida reproductiva, requiriendo de intervenciones terapéuticas de complejidad variable que deben ser implementadas en cantidad y calidad acorde a la demanda proyectada (MINSAL - Chile, 2015b).

Según los registros de la Red Latinoamericana de Reproducción Asistida (REDLARA) el año 2009 se realizaron en Chile, 1.917 terapias de alta complejidad. Considerando sólo la población de mujeres entre 25 y 40 años (1.810.742 mujeres) se estimó que, asumiendo una prevalencia de la enfermedad de un 10% y un requerimiento de terapias de alta complejidad del 30%, estos cubrieron menos del 3,5% de los requerimientos teóricos de estas terapias (54.322), lo que implica que existe una importante brecha en la cobertura respecto de las necesidades de la población respecto de estos procedimientos (MINSAL - Chile, 2015b).

#### **k. Embarazo adolescente**

El embarazo en adolescentes es considerado un problema social, que tiene múltiples consecuencias en la vida de la adolescente embarazada, el padre cuando es también un adolescente, el hijo o hija y familia. Se vincula a múltiples determinantes sociales, entre los que se encuentran: bajo nivel socioeconómico, bajo nivel de escolaridad, menos información y educación sobre sexualidad y reproducción, así como a conductas de riesgo como inicio precoz de la actividad sexual sin protección anticonceptiva. Se vincula también con ausencia de oportunidades para desarrollar un proyecto de vida distinto a la maternidad temprana que se relaciona con inequidades en el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva, entre otras.

El Estado de Chile ha comprometido disminuir en un 10% la tasa proyectada de embarazo adolescente en mujeres menores de 19 años para el 2020 (Estrategia Nacional de Salud, 2011), es decir que para el año 2020, se debiera observar una tasa de fecundidad de 10 a 19 años de 22,9 por 1000 mujeres en edad fértil.

Durante el periodo 2000 al 2008, la tasa de fecundidad adolescente ha sido irregular, presentando bajas y altas. A partir del año 2008 se observa una tendencia mantenida a la disminución en el grupo de 15 a 19 años, de 10,16 puntos en el periodo 2008-2014, presentando en el año 2014 una tasa de 44,74 (por 1.000 mujeres en ese grupo etario), siendo una de las tasas más bajas de la región América Latina y el Caribe.

En el grupo de 10 a 14 años, no se observa esta tendencia (Razón de fecundidad 2005 = 1.28 /2014 = 1.42 x 1000 mujeres). Si bien el país presenta tasas de fecundidad menores que el resto de los países de la región, aún persisten inequidades entre regiones y por nivel socioeconómico, observándose brechas que el promedio nacional oculta, este fenómeno es similar en todos los países de la región. Al desagregar los datos se observan por regiones con valores por sobre el promedio país. Al analizar el grupo de adolescentes de 10 a 19 años, se observa que es la zona norte -desde Tarapacá hasta Coquimbo- y la región de Aysén las que concentran las mayores tasas de fecundidad en adolescentes a nivel país.

Desde 2009 se han implementado, desde el Programa de Salud de Adolescentes y Jóvenes del MINSAL, Espacios Amigables de atención, cuyo fin es habilitar espacios para la atención de adolescentes de 10 a 19 años, con énfasis en salud sexual y salud reproductiva donde se desarrollan acciones promocionales y preventivas en centros de salud y establecimientos educacionales, con enfoques integradores, en un marco de derechos, con horarios de atención adecuados y salas de espera diferenciados, con resguardo de la privacidad y confidencialidad, atención amigable y personal con competencias en la atención de este grupo.

En el año 2014, con fin de avanzar en el cierre de brechas en la atención de adolescentes, se modificó el indicador de la Estrategia Nacional de Salud para la década (2011-2020), estableciéndose que el 100% de los Establecimientos de Atención Primaria de Salud, cuenten con un espacio amigable para adolescentes (567 establecimientos de salud correspondiendo a 417 CESFAM84 CGU y 66 CGR).

Durante el año 2015 se logró implementar nuevos Espacios Amigables (EA) de atención alcanzado el 16,2 % de implementación (92 EA) y para el año 2016 se aumentó a un 33,9% (192 EA). Actualmente hay 192 Espacios Amigables y se incrementaran en 50 más para el año 2017, logrando el 42,7% (242 EA). Además se ha trabajado en estudio piloto a nivel nacional sobre calidad y cobertura de los servicios de salud para adolescentes, con apoyo de UNFPA.

Las acciones realizadas por el equipo de salud se dividen en: control de salud integral, demanda espontánea y atención programada, priorizándose prestaciones de consejería, autocuidado en salud, salud sexual reproductiva (Prevención embarazo e ITS, Consejería para adolescentes con distinta orientación e identidad sexual y uso preservativos y consejería para hombres) regulación de fertilidad, consulta de salud mental y trabajo comunitario, cuya tarea central es el vínculo con escuelas, liceos y otros espacios de la comunidad, a fin de fortalecer las acciones preventivas, promocionales y la participación en los y las adolescentes.

### **I. Regulación de la fertilidad**

La población de usuarias de anticonceptivos bajo control en establecimientos del SNSS continúa aumentando. Pasó de 600.374 mujeres en 1990 a 1.428.738 en el año 2015, siendo este importante aumento (137%) atribuible principalmente a una mayor demanda espontánea de parte de la población. El uso de métodos anticonceptivos por mujeres en edad fértil de 15 a 54 años entre los años 1990 y 2012, ha presentado variaciones, alcanzando cifras de 31,6% y 38,7% respectivamente, en el sistema público de salud (MINSAL-DEIS, 2016). También la canasta de métodos anticonceptivos disponibles para beneficiarias del sistema público de salud ha cambiado. El año 2005, se disponía de dispositivos intrauterinos con cobre, anticonceptivos orales combinados y de progestina sola, e inyectable combinado mensual y condón masculino (preservativo). El año 2008 se incorporan el inyectable trimestral de progestina y el implante subdérmico de levonorgestrel.

Durante los últimos 10 años, no sólo ha cambiado la disponibilidad de métodos anticonceptivos, sino que también han ocurrido cambios en la elección de los mismos por parte de las usuarias. Del total de mujeres bajo control por regulación de fertilidad en el sistema público de salud, un 53% usaba dispositivo intrauterino de cobre el año 2005, cifra que descendió a 24% el año 2015. Situación contraria ocurre con el implante subdérmico de etonogestrel el cual se inició el año 2008 con 15.568 mujeres usuarias, alcanzando el año 2015 un total de 164.240 mujeres. Esto se traduce en que, actualmente el 11% de las mujeres bajo control en el sistema público de salud, por regulación de la fertilidad, es usuaria del implante subdérmico. Por otro lado, el número de mujeres usuarias de anticonceptivos orales (combinados y de progestina sola) empieza a disminuir a partir del 2013. Estos fenómenos pueden ser atribuidos al aumento de la oferta anticonceptiva, entendiendo que las mujeres tienen más opciones para escoger.

La población adolescente bajo control por regulación de la fertilidad ha presentado un aumento sostenido desde el 2010, aproximadamente el 95% tiene entre 15 a 19 años y el 5% restante es menor de 15 años. Ahora bien, en términos relativos, se observa que el número de adolescentes menores de 15 años en control por regulación de la fertilidad se triplica en los últimos 5 años, mientras que en el caso del grupo de adolescentes de 15 a 19 años el aumento relativo registrado es de un 40% (MINSAL-DEIS, 2016). Para el año 2013, la población de adolescentes bajo control por regulación de la fertilidad, representaba un 14% de la población total bajo control.

En relación a la anticoncepción de emergencia, esta puede ser entregada, tanto en atención primaria (APS) como en servicios de urgencias. Durante el año 2015 se entregaron 25.391 dosis de anticoncepción de emergencia en APS, de las cuales 4.718 (19%) corresponden a entregas a adolescentes.

Situación diferente se evidencia en los servicios de urgencia, donde durante el 2015, se entregaron 8.854 dosis, de las cuales 4.136 (48%) corresponden a adolescentes.

Desde el año 2015 se realizó un proceso de actualización de las Normas de regulación de fertilidad, que fueron aprobadas por el Decreto N° 7 de 2017 del Ministerio de Salud. Sin embargo, se mantiene el desafío contar con datos sobre necesidades insatisfechas en métodos de regulación de la fecundidad en Chile.

### III. POLÍTICA DE SALUD SEXUAL Y SALUD REPRODUCTIVA

#### 1. Conceptos de salud sexual y salud reproductiva

Según la OMS, “la **salud sexual** es un estado de completo bienestar físico, emocional, mental y social en relación con la sexualidad, no es solamente la ausencia de enfermedad, disfunción o malestar. La salud sexual requiere un enfoque positivo y respetuoso hacia la sexualidad y las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras, libres de coerción, discriminación y violencia. Para que la salud sexual se logre y se mantenga, los derechos sexuales de todas las personas deben ser respetados, protegidos y cumplidos” (WAS/OMS, 2002).

A su vez, “la **salud reproductiva** es un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia” (OMS, 2003).

Este estado de bienestar de la salud reproductiva relacionado con la salud sexual de una persona, implica “la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no, cuándo y con qué frecuencia”, según el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, CIPD (párr. 7.2). Así, la salud reproductiva se entrelaza con la salud sexual, reconociéndose el derecho de las personas a acceder a servicios de salud adecuados, independientemente de cuál sea su situación reproductiva.

Las actuales conceptualizaciones de la salud sexual y la salud reproductiva van más allá de la sexualidad y la reproducción, pues incorporan un marco ético de derechos humanos (DDHH). Existe documentación que plantea ambas temáticas como un todo inseparable, entendiendo que, si se fomenta la salud reproductiva, la salud sexual también estaría incluida; sin embargo y en contraposición, existen otras experiencias que indican que es necesario plantear políticas, programas y acciones en salud sexual y salud reproductiva, de manera separada, de tal forma de hacer visible y avanzar de igual manera en ambas (Ministerio de Sanidad España, 2011). En consonancia con el planteamiento mencionado, representantes de la sociedad civil en nuestro país, han sido enfáticos en plantear la necesidad de abordarla en estrategias y programas de salud de manera diferenciada (Ministerio de Salud, 2015).

Abordar la salud sexual y salud reproductiva desde un enfoque de DDHH, amerita también tener presente a la diversidad sexual (LGBTI); y en esta línea los conceptos de orientación sexual e identidad de género.

La orientación sexual se define como “la capacidad de cada persona de sentir una profunda atracción emocional, afectiva y sexual por personas de un género diferente al suyo, o de su mismo género, o de más de un género, así como a la capacidad mantener relaciones íntimas y sexuales con estas personas” (Principios de Yogyakarta, 2007). En esta perspectiva se ubican los términos heterosexualidad, homosexualidad (lésbica o gay) y bisexualidad.

De conformidad con los Principios de Yogyakarta la identidad de género “...se refiere a la vivencia interna e individual del género tal como cada persona la siente profundamente, la cual podría corresponder o no con el sexo asignado al momento del nacimiento, incluyendo la vivencia personal del cuerpo (que podría involucrar la modificación de la apariencia o la función corporal a través de medios médicos, quirúrgicos o de otra índole, siempre que la misma sea libremente escogida) y

*otras expresiones de género, incluyendo la vestimenta, el modo de hablar y los modales*" (Principios de Yogyakarta, 2007). En esta perspectiva se ubican los términos trans y cisgénero.

La salud sexual y la salud reproductiva se entienden como procesos ininterrumpidos ligados al desarrollo humano, están presentes en todos los momentos de la existencia, desde el nacimiento hasta la muerte. Es así que en esta conceptualización, la sexualidad abarca al sexo, las identidades y los papeles de género, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual. Se vivencia y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas, roles y relaciones interpersonales. La sexualidad puede incluir todas estas dimensiones, no obstante, no todas ellas se vivencian o se expresan siempre. La sexualidad está influida por la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales (OMS, 2006).

Bajo este paradigma, la salud sexual y la salud reproductiva se convierten en procesos de construcción relacional donde intervienen el contexto social y los comportamientos individuales, familiares y comunitarios; que exigen una nueva cultura de cuidado y de una nueva respuesta institucional, acorde con el desarrollo humano y con la corresponsabilidad social de los individuos, la comunidad y las instituciones. En esta perspectiva, se fortalece el concepto de que la contribución para el logro de una salud sexual y salud reproductiva saludables, es una responsabilidad multisectorial y resultado de un abordaje interdisciplinario.

## 2. Enfoques

### a. Enfoque de Derechos Humanos (DDHH)

La Declaración Universal de los DDHH adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas y ratificadas por el Estado de Chile es un marco ético fundamental en el desarrollo de políticas de salud.

Los DDHH se definen como "las condiciones básicas, reconocidas universalmente, que permiten el desarrollo integral de las personas". De acuerdo a la Observación General N° 14 de la ONU sobre el derecho a la salud *"La salud es un derecho humano fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos. Todo ser humano tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud que le permita vivir dignamente"*. El enfoque de DDHH compromete a que las acciones del Estado en el marco de un sistema de derechos y obligaciones, fundado en la legislación internacional en la materia.

En la IV Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (Cairo, 1994) y la Conferencia Internacional de la mujer de Beijing (1995) se planteó el debate de considerar como parte de los DDHH a los derechos sexuales y reproductivos.

Así los derechos sexuales, contemplan el derecho de todas las personas a tener control respecto de su sexualidad, incluida la Salud sexual y la Salud reproductiva, derecho a decidir libre y responsablemente sin ser sometidos a discriminación, coerción o violencia. A su vez, supone relaciones igualitarias entre hombres y mujeres, sea cual sea su orientación sexual o identidad de género, asumiendo compartidamente las responsabilidades y las consecuencias de su comportamiento sexual. Por su parte los derechos reproductivos, se refieren al derecho de todas las personas y las parejas a decidir libre y responsablemente el número y espaciamiento de hijos y a disponer de información, educación y los medios para ello; sin ser sometidos a discriminación, coerción o violencia (CIPD, 1994).

Los DDHH consagrados en la Declaración Universal de Derechos Humanos, incluido el derecho a un nivel de vida adecuado, que le asegure a él o ella y su familia, la salud y bienestar; corresponden a todas las personas. Las personas que viven situaciones de mayor vulnerabilidad, frecuentemente tienen problemas para el ejercicio de sus derechos. En salud sexual y salud reproductiva entre los grupos claves a considerar, destacan: adolescentes y adultos/as mayores, personas con discapacidad, LGBTI, personas viviendo con VIH, migrantes, personas privadas de libertad, personas pertenecientes a pueblos indígenas y personas que viven violencia.

### **b. Enfoque de Desarrollo Humano**

El desarrollo humano es un proceso mediante el cual una sociedad mejora sus condiciones de vida, generando un entorno social en el que se respetan los DDHH de sus integrantes. Alude a la promoción para desarrollar el máximo potencial de las personas, permitiendo el disfrute de una vida larga, saludable y creativa; situando en el centro del desarrollo a las personas. El PNUD define al desarrollo humano como *“el proceso de expansión de las capacidades de las personas que amplían sus opciones y oportunidades”* (PNUD, 2005).

Según Amartya Sen (1998), *“El desarrollo humano, como enfoque, se ocupa de lo que yo considero la idea básica de desarrollo: concretamente, el aumento de la riqueza de la vida humana en lugar de la riqueza de la economía en la que los seres humanos viven, que es sólo una parte de la vida misma”*. El enfoque de desarrollo humano propone evaluar las instituciones, las políticas públicas o el cambio social en función de la expansión de “capacidades”, entendidas como libertades para alcanzar estados del ser y el hacer que las personas valoran, y de la agencia humana como la capacidad de las personas al actuar y perseguir los fines que consideran valiosos. Este enfoque es útil para mostrar que dependiendo de las características personales, ambientales, sociales, culturales e institucionales, las personas y grupos requerirán distintos recursos para alcanzar igualdad de libertades en términos de oportunidad.

El enfoque de desarrollo humano está orientado a enfatizar la integralidad de la dependencia de los logros factibles de alcanzar por las personas con el contexto de oportunidades económicas, las libertades políticas, las fuerzas sociales y las posibilidades que brindan la salud, la educación básica y el ingreso, entre otros.

Atendiendo la importancia del respeto de los DDHH, Martha Nussbaum (2000) reafirma la importancia de la dignidad de las personas y el reconocimiento de sus necesidades y diferencias como un derecho básico para avanzar en el proceso de desarrollo humano. Reconocer la dignidad y las especificidades tiene como propósito que las personas puedan vivir sin discriminación, sin riesgos, sin violencia y que puedan disfrutar de su sexualidad y reproducción.

### **c. Enfoque de Curso de Vida**

La epidemiología del curso de vida se basa en la premisa de que diversos factores biológicos y sociales a lo largo de la vida de forma independiente, acumulativa e interactiva, influyen en la salud y la enfermedad en la vida adulta (Barker, 1992). Además, esta perspectiva implica comprender los efectos de los entornos cambiantes en el tiempo y en la trayectoria de vida de las personas.

Este enfoque releva la perspectiva de trayectoria de vida y contexto social, siendo utilizado ampliamente para estudiar e intervenir los factores biológicos, psicológicos y sociales que se presentan en el proceso salud-enfermedad durante la gestación, niñez, adolescencia, adultez (etapa laboral) y vejez, y que pueden influir en la probabilidad de que surjan enfermedades, principalmente crónicas

y mentales, y afecten el nivel de salud de las etapas posteriores de la vida. Se ha estudiado que hay efectos a largo plazo sobre la salud con relación al riesgo de enfermar, por exposiciones físicas o sociales adversas durante la gestación, infancia, adolescencia y edad adulta, las que tienen implicancias en etapas posteriores de la vida (Giele & Elder, 1998).

La perspectiva del curso de vida intenta superar la dicotomía crecimiento - declinación, reconociendo que en cualquier momento de nuestras vidas hay pérdidas y ganancias (Dulcey-Ruiz & Uribe Valdivieso, 2002).

Abordar la salud sexual y la salud reproductiva desde el enfoque de curso de vida, plantea el desafío de reconocer los significados, las necesidades, los comportamientos y las expectativas en la sexualidad y la reproducción que ocurren en el paso de la infancia, la pubertad, la adolescencia y juventud y en las etapas más maduras de las personas.

#### **d. Enfoque de Género**

El género es una construcción cultural que asigna, jerárquicamente, en las esferas públicas y privadas, formas de comportamiento, de poder y de roles a las mujeres y a los hombres sobre la base de su diferenciación sexual (OPS, 2009).

El enfoque de género, como parte del enfoque de derechos, comienza con el reconocimiento de la construcción sociocultural de lo "femenino" y "masculino" en un sistema de relaciones sociales, construyendo además un sistema de relaciones simbólicas para unas y para otros. Determinando así, una diferente valoración social de las funciones asignadas a mujeres, hombres y personas de género no binario en las distintas etapas de sus vidas.

La "perspectiva o enfoque de género" es una categoría de análisis de las relaciones sociales que estudia los roles, responsabilidades, limitaciones y oportunidades de hombres y mujeres en una sociedad determinada; centrándose, fundamentalmente, en el análisis de las relaciones de poder.

Los roles masculino y/o femenino en la salud sexual y la salud reproductiva, establecen representaciones que actúan como determinantes de la salud ya que definen tanto la toma de riesgos, como el goce o el disfrute en el ejercicio de la sexualidad y la reproducción.

Las diferencias e inequidades en salud se han manifestado en la presencia de enfermedades o eventos tan negativos como la violencia; así también en los ámbitos de la salud sexual y la salud reproductiva se expresan con mayor fuerza las desigualdades e inequidades de género. Por esto, el diseño y la provisión de servicios de salud sexual y salud reproductiva deben considerar, junto a los aspectos biomédicos, las formas de vivir que caracterizan y diferencian a personas en las distintas etapas de sus vidas, las vulnerabilidades y las afectaciones diferenciadas de distintos fenómenos para hombres y mujeres, incluso en situaciones de emergencia y desastres. Así también, deben considerar las relaciones de poder e inequidades entre los géneros, que se manifiestan en diversas formas de violencia basada en género, incluyendo la violencia sexual y femicidios como expresiones de dominación.

Esta política busca generar una respuesta sanitaria para apoyar la expresión de la sexualidad y reproducción de las personas, reconociendo las particularidades del género en estas experiencias, pero también los requerimientos específicos de las personas en atención a su género y no sólo a su sexo. En este sentido, se plantea un desafío al paradigma paternalista pues convoca a los equipos de salud a deconstruir los estereotipos de género y omitir la manifestación de opiniones valóricas sobre las creencias y opciones de las personas. A la base de este enfoque está el reconocimiento y respeto a la autonomía de las personas.

Incorporar la perspectiva de género al enfoque de derechos permite identificar las causas y los factores de diferente orden que impiden, obstaculizan o promueven, a las mujeres y otras construcciones de género, el ejercicio pleno de sus derechos y la realización de dos principios básicos de los derechos humanos, el de la igualdad y la no discriminación.

#### **e. Enfoque de Interculturalidad**

El primer paso para comprender la interculturalidad es reconocer que existen variadas formas de definir este concepto. El enfoque intercultural ha sido objeto de actualizaciones y redefiniciones conceptuales. Por lo tanto, lo que hace 20 años se entendía por interculturalidad, difiere mucho de los enfoques actuales y hoy día no necesariamente es materia de consenso entre los distintos actores sociales.

La interculturalidad en la Política de Salud y Pueblos Indígenas de MINSAL es definida como *“un proceso social interactivo, de reconocimiento, respeto y colaboración entre dos o más culturas, en un espacio geográfico y clínico determinado. Interculturalidad significa entonces la promoción de relaciones de confianza, reconocimiento mutuo, comunicación efectiva, cooperación y convivencia y derecho a la diferencia”* (MINSAL, 2006).

Hoy en día este enfoque requiere ser ampliado, considerando la configuración social del Chile actual, los procesos migratorios y las transformaciones sociales y culturales de los pueblos indígenas, lo que sin lugar a dudas coloca una serie de exigencias en materia de adecuación y pertinencia de los servicios de salud.

Asimismo, el enfoque intercultural, en su versión más actualizada, exige ampliar la mirada y entender que la interculturalidad requiere del involucramiento de todos, más allá de las personas pertenecientes a pueblos indígenas y de las personas migrantes. En este sentido, es fundamental la participación de quienes son parte del sector salud, profesionales, administrativos, equipos de salud en general, entre otros. La aplicación de este enfoque requiere, sin lugar a dudas, un cambio en la cultura institucional del sector salud, lo que implica relativizar el modelo de salud convencional desde el cual se ejerce la medicina occidental.

Trabajar desde un enfoque intercultural conlleva necesariamente un proceso de negociación y mediación permanente con las personas usuarias del sistema salud. Esto significa un reconocimiento abierto a la necesidad de construir espacios de participación y trabajo permanentes los aportes de las culturas de las personas y sus colectivos, viendo estos aportes como elementos que pueden ayudar a resolver sus problemáticas de salud en términos de constituir un recurso determinante en el diagnóstico de presencia o ausencia de padecimientos. (MINSAL, 2016).

En síntesis, la interculturalidad en salud, se propone como un enfoque de vinculación, integración y articulación en el que la diferencia cultural debe ser considerada como una forma de enriquecer la sociedad, en que no se considera que un grupo social esté por sobre otro(a) y que permita favorecer el respeto, la inclusión y la buena convivencia.

#### **f. Enfoque de Determinantes Sociales (DDSS)**

Los determinantes sociales de la salud se entienden como las condiciones sociales en que las personas nacen, viven y trabajan, que impactan sobre su salud. También se ha fraseado como *“las características sociales en que la vida se desarrolla”*. De manera que los determinantes sociales de la salud se refieren tanto al contexto social como a los procesos mediante los cuales las condiciones sociales se traducen en consecuencias para la salud. Los determinantes sociales objetos de políticas públicas son aquellos susceptibles de modificación mediante intervenciones efectivas.

Los determinantes sociales de la salud aparecen hoy, como las causas detrás de las causas, explicando en gran parte el proceso salud-enfermedad, por lo tanto, las inequidades en materia de salud como desigualdades injustas y prevenibles, se deben a las condiciones de la sociedad en la que una persona nace y se desarrolla. Ello abarca las experiencias de los primeros años, la educación, la situación económica, el empleo y el trabajo digno, la vivienda y el medio ambiente, y sistemas eficaces de prevención y tratamiento de los problemas de salud. Estas condiciones sociales en las cuales las personas viven y trabajan, reflejan sus diferentes posiciones de jerarquía de poder, de prestigio y recursos. Ahora bien, estas características o caminos a través de los cuáles las condiciones sociales afectan la salud, pueden ser intervenidas por acciones informadas y direccionadas (Tarlov, 1996).

El enfoque de DDSS se funda en la premisa de que la justicia social afecta la forma en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, así como la probabilidad de enfermar o morir, por lo que una sociedad puede medirse por la calidad del estado de salud de su población. Este enfoque reconoce la justicia social como un factor preponderante, ya que afecta el modo en que vive la gente, la probabilidad de enfermar y el riesgo de morir precozmente.

En salud sexual y salud reproductiva, si bien corresponde abordar las condiciones individuales, es fundamental potenciar la lectura de sus característica y condicionantes desde el mundo colectivo, como lo permite el enfoque de DDSS.

### 3. Visión

La Política de Salud Sexual y Salud Reproductiva aspira a que todas las personas, a lo largo de su ciclo vital, vivan su sexualidad y reproducción de forma plena y que encuentren una adecuada respuesta de salud; todo ello en un marco de derechos humanos, curso de vida y equidad de género, en el ejercicio de sus identidades culturales, orientaciones sexuales, identidades y expresiones de género, diversidad de funcionamiento, libres de toda forma de discriminación y violencia; favoreciendo el bienestar personal, de la familia, comunidad y sociedad en general.

### 4. Propósito

El propósito de esta política es contribuir al desarrollo integral y saludable de la Salud Sexual y la Salud Reproductiva de las personas, a lo largo del curso de vida, con un enfoque de derechos humanos y género, a través de un Programa de Salud Sexual y Salud Reproductiva así como a la transversalización de las temáticas en otros programas de salud y promoviendo el compromiso y contribución intersectorial.

Esta Política de Salud Sexual y Salud Reproductiva pretende constituir un marco de referencia nacional que define prioridades y orienta los recursos, para la implementación de intervenciones sectoriales e intersectoriales que contribuyen a mejorar la salud sexual y salud reproductiva de la población.

### 5. Principios

#### a. Autonomía

La autonomía, derecho esencial de las personas, es un eje fundamental en la salud sexual y la salud reproductiva. Forma parte del proceso evolutivo de los individuos y se construye socialmente. En las primeras etapas del ciclo vital (infancia y adolescencia), se considera el principio de autonomía progresiva, en el entendido que este principio apunta a la posibilidad de que los niños, niñas y adolescentes, sujetos de derechos, puedan ejercerlos de acuerdo a la evolución de sus facultades, su edad y madurez.

La autonomía hace referencia a las habilidades que poseen las personas para ser independientes y responsables, estableciendo la capacidad que tienen las personas para determinar por sí mismas lo que es mejor para su vida sexual y reproductiva. Es decir, implica el respeto a las decisiones de las personas y su autodeterminación.

Sin embargo, este punto de vista de autonomía moral debe considerar que las decisiones están mediadas por las complejidades de las negociaciones y los contextos que impactan en las elecciones de determinadas personas. Entre ellos, los factores culturales, sociales, económicos y la influencia del discurso médico juegan un rol significativo en la toma de decisiones (Sabsay, 2016), los cuales impactan de manera diferenciada en las personas. En este sentido este principio debe orientar un Programa de Salud Sexual y Salud Reproductiva a considerar las condiciones fácticas que pueden limitar el desarrollo de la autonomía de las personas en su especificidad (Zuñiga, 2013).

### **b. Equidad**

El concepto de equidad apunta a otorgar un trato igualitario a las personas, respetando y teniendo en cuenta sus diferencias, contribuyendo a eliminar las inequidades que generan desigualdades. Las personas deben contar con igualdad de oportunidades para acceder a los servicios de salud sexual y salud reproductiva sin discriminación alguna, de género, edad, estado civil, religión, etnia, pertenencia cultural, situación de discapacidad, orientación sexual, identidad de género, situación migratoria y de recibir las intervenciones y/o prestaciones según sus necesidades específicas.

Se trata de garantizar que cada individuo tenga la misma oportunidad de sacar el máximo partido de sus vidas. El concepto de equidad reconoce que, históricamente, algunos grupos de personas con características particulares como por ejemplo, la raza, la discapacidad, la orientación sexual, la identidad de género, el sexo y la sexualidad, han experimentado la discriminación (EHRC, 2017).

### **c. Igualdad y no discriminación**

Todas las personas que habitan en el país, sin distinción de ningún tipo, ni discriminación arbitraria, contarán con igualdad en el goce, ejercicio y protección de sus derechos, para contar con acceso a servicios de salud sexual y salud reproductiva.

Para asegurar la inclusión de todas y todos, y la igualdad de derechos, esta estrategia identifica algunos grupos que requieren especial consideración como personas pertenecientes a pueblos indígenas, migrantes, privadas de libertad y/o en situación de discapacidad y los adolescentes. De igual forma con quienes son discriminados por causa de su orientación, expresión o identidad de género (LGBTI); con las víctimas de diversas formas de violencia o en razón de cualquier otra condición y/o actividad.

Además, en la línea de seguir trabajando contra la discriminación de género, deberá considerarse especial atención a situaciones que afecten en mayor medida a las niñas, las adolescentes y las mujeres, como son la violencia y explotación sexual, muy en concordancia con las recomendaciones de los comités de derechos humanos y la Ley N° 20.609 que establece medidas contra la discriminación.

### **d. Integralidad: sectorial e intersectorial**

Las acciones de salud deben abordar a las personas comprendiéndolas como un ser integral, biopsicosocial. Es por ello que para el logro de esta política es fundamental la articulación entre las acciones sanitarias, de forma tal que la preocupación por la expresión saludable de la sexualidad y la

reproducción sea compartida por todos los prestadores de salud, de todos los programas y de todos los niveles de atención. Además la integralidad se hace efectiva en todas las acciones de salud, como son: promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.

La integralidad corresponde también a la búsqueda de soluciones pertinentes a la multifactorialidad de los diversos problemas de salud sexual y reproductiva, a través de la articulación, integración y relaciones de colaboración entre los diversos sectores, servicios, programas y/o actores. De esta forma, el abordaje de la integralidad fortalece sus potencialidades en la intersectorialidad, al convocar a variadas instituciones y áreas de conocimientos, quienes desde sus especialidades convergen para atender la multicausalidad de los complejos problemas sociales (UNESCO, 2016).

### e. Participación

Se refiere al involucramiento de las personas en un espacio colectivo, que implica “ser parte activa” en una acción social en la que se incorporan diversos actores que tienen diferentes opiniones, decisiones y responsabilidades en la acción (MINSAL, 2009).

La Ley N° 20.500 sobre Asociaciones y Participación Ciudadana en la gestión pública, institucionaliza la Participación Ciudadana en el País, para promover una cultura de corresponsabilidad, fortaleciendo los espacios de comunicación entre el gobierno y la ciudadanía, aumentando la transparencia, eficacia, eficiencia y efectividad de las políticas públicas.

La importancia de este instrumento legal radica en que orienta y organiza los principales lineamientos gubernamentales en la temática y compromete a los órganos de la Administración del Estado a implementar acciones en materia de participación ciudadana, en un ambiente de corresponsabilidad, entendida como la relación de compromiso mutuo que se establece entre el Estado y la ciudadanía, para avanzar en pos del mejoramiento de los servicios que éste le entrega.

Establecer procesos de construcción social con participación en las políticas públicas en salud sexual y salud reproductiva, conforme al interés general de una sociedad democrática, conduce, entrega respuestas y amplía los derechos de las personas.

## 6. Estrategias de Acción

Las estrategias de acción buscan visibilizar aquellas áreas entendidas como prioritarias para lograr el cumplimiento del propósito declarado; conjuntamente contribuyen a alcanzar su logro, por medio de acciones concretas.

Es importante, considerando la realidad nacional, que la planificación operativa de las estrategias propuestas, incorpore aspectos transversales, como son la diversidad de contextos y/o circunstancias de vida. En particular, aquellos que pueden situar a las personas en “situaciones de mayor vulnerabilidad” y que pueden modificarse si se alteran las circunstancias en que se producen. Entre los grupos claves a considerar, destacan: adolescentes y adultos/as mayores, personas con discapacidad, personas LGBTI, personas viviendo con VIH, migrantes, personas privadas de libertad, trabajadoras(es) sexuales, personas pertenecientes a pueblos indígenas y personas que viven violencia.

Además, es imperativo reconocer que el diseño e implementación de nuevos modelos de gestión de salud pública en salud sexual y salud reproductiva, presentan un gran desafío, que consiste en contribuir a armonizar las políticas públicas con el marco normativo, e involucrar participativamente a las instituciones a cargo de desarrollar las prestaciones de servicios, para garantizar la integralidad entre el flujo discursivo, lineamientos programáticos, la norma y la realidad de la atención.

Las estrategias de acción deben contemplar las funciones propias del sector salud y su desarrollo articulado en cada una de estas áreas. A saber: regulación y rectoría, gestión institucional, participación social, promoción de la salud, provisión de servicios, gestión de la información y coordinación intra e intersectorial.

En este contexto, se considera indispensable avanzar en tres estrategias de acción que se detallan a continuación:

### **I. Establecer un Programa de Salud Sexual y Salud Reproductiva en la red de prestadores públicos de Salud**

Formular, implementar y evaluar un Programa de Salud Sexual y Salud Reproductiva, que permita, dar respuesta a las necesidades relacionadas a éstos ámbitos de la vida que la población requiere; no sólo a las circunscritas a mujeres, sino también a los requerimientos de hombres y en el contexto de orientaciones sexuales e identidades de género diversas, con enfoque de curso de vida. En la formulación de este programa se debe tener presente, que ya existen prestaciones en salud que tributan en esta materia y que hay claramente otras que están pendientes.

Este trabajo deberá incorporar a la sociedad civil, a los profesionales de salud relacionados con la atención directa y también a planificadores y gestores sanitarios. Todo ello en miras a una formulación participativa, con énfasis en la viabilidad de implementación y aceptabilidad de la población beneficiaria. Ante el desafío de transitar desde un enfoque centrado principalmente en la salud reproductiva de la mujer, hacia el enfoque centrado en la salud sexual y la salud reproductiva de todas las personas, se deberá identificar vacíos regulatorios y normativos, así como actualizar o reformular regulaciones vigentes en el marco del nuevo paradigma. Será necesario poner a disposición de los profesionales y técnicos de la red de salud, mecanismos de formación que les permitan incorporar en sus marcos de referencia los nuevos estándares de atención, las características del programa, así como también las nuevas prestaciones disponibles y las vías de referencia y contra referencia. Por otra parte, se deberán modificar los sistemas de información y registro con el fin de contar con información que permita la gestión adecuada del programa. Esta información deberá seguir los estándares de seguridad e interoperabilidad definidos por el Departamento de Estadísticas e Información en Salud (DEIS). El análisis y monitoreo de la información deberá ser el pilar fundamental de mejora continua del programa.

Para el logro de esta estrategia se plantea dar cumplimiento a los siguientes objetivos:

- Desarrollar un conjunto de prestaciones actualizadas y pertinentes a las demandas de la población en relación a salud sexual y salud reproductiva, incorporando las necesidades de diversidad sexual.
- Elaborar, actualizar o reformular, difundir e implementar orientaciones técnicas, protocolos y estándares de atención, pertinentes en temas de salud sexual y salud reproductiva.
- Impulsar las capacidades de las instituciones: desarrollo, infraestructura, dotación de recursos humanos, equipamiento, organización y sistemas administrativos que permitan el cumplimiento de las normas y orientaciones técnicas en la atención en salud sexual y salud reproductiva.
- Fomentar el desarrollo de competencias y la capacitación de los equipos de salud necesarios, a modo de garantizar un personal con capacidad técnica y relacional para el reconocimiento de la legitimidad de todos los seres humanos y sus respectivas particularidades.
- Fortalecer la red pública asistencial, en relación al acceso, la oportunidad, calidad e integralidad de la atención en los eventos de salud sexual y salud reproductiva conducentes a la pro-

moción, prevención, recuperación y rehabilitación de ésta.

- Realizar las modificaciones necesarias en relación a la información, a modo de contar con una gestión adecuada de datos y registros que permita fortalecer la vigilancia epidemiológica de las necesidades en salud sexual y salud reproductiva de la población.
- Estimular la participación activa y permanente de las personas, sin discriminación alguna, en todas las instancias en que se traten asuntos relacionados con la sexualidad y la reproducción por medio de los mecanismos de participación.

## II. Transversalizar la Salud Sexual y la Salud Reproductiva

Ante el desafío de que la salud sexual y salud reproductiva sea parte de las acciones y las conceptualizaciones de todos quienes componen la red de prestadores públicos de salud, es de vital importancia avanzar en incorporar en los diferentes programas de salud las temáticas de salud sexual y salud reproductiva.

El desafío para instalar la temática, es avanzar en transversalizar al interior de los diferentes programas de salud existentes en el sector, de modo de promover estilos de vida saludables, prevenir enfermedades y sus consecuencias, pesquisar necesidades oportunamente y otorgar la atención de salud pertinente.

Para el logro de esta estrategia se plantea dar cumplimiento a los siguientes objetivos:

- Contribuir, desde todos los niveles del sector salud, a favorecer condiciones que posibiliten las decisiones de las personas sobre reproducción y sexualidad, reconociendo las particularidades de los diferentes grupos y respetando la diversidad individual, social y cultural.
- Elaborar, actualizar, difundir e implementar orientaciones técnicas, protocolos y estándares de atención, pertinentes en temas de salud sexual y salud reproductiva.
- Impulsar la implementación de políticas locales en promoción de salud y prevención de enfermedades que permitan acceder a entornos y estilos de vida saludables en salud sexual y salud reproductiva.
- Implementar una estrategia de comunicación social para la difusión de una conceptualización de la salud sexual desde una perspectiva positiva, vinculándola a los conceptos del buen vivir, del bienestar y calidad de vida a través de todo el ciclo vital.
- Establecer un marco normativo y consolidar un modelo de información que permita la captura, mantención y producción de los datos necesarios para generar información sobre los diferentes aspectos que abarca la salud sexual y salud reproductiva.

## III. Relevar intersectorialmente los ámbitos de la salud sexual y la salud reproductiva

Posicionar la salud sexual y salud reproductiva a nivel intersectorial debe ser una prioridad. Es importante sensibilizar en el reconocimiento de estas temáticas como ámbitos fundamentales de la vida que repercuten en la construcción colectiva de una sociedad: saludable, libre de violencia, justa, diversa, inclusiva y en armonía con su entorno.

Releva intersectorialmente la salud sexual y salud reproductiva en el trabajo colaborativo con otros organismos públicos o privados, implica realizar un trabajo colaborativo y participativo con el fin de desarrollar estrategias intersectoriales, con enfoque de determinantes sociales y salud en todas las políticas, que permitan fomentar ambientes sociales adecuados para el ejercicio saludable de

la sexualidad y la reproducción. En este ámbito resulta fundamental la vinculación con educación, trabajo, equidad de género, entre otros afín de establecer estrategias concertadas de estrategias o iniciativas relacionadas con la materia.

Para el logro de esta estrategia se plantea dar cumplimiento a los siguientes objetivos:

- Fomentar y participar en diversas mesas de trabajo intersectoriales y posicionar la temática en los territorios.
- Promover articulación de la oferta pública de servicios de salud sexual y salud reproductiva y derechos sexuales y derechos reproductivos en los distintos niveles territoriales.
- Difundir y promover la corresponsabilidad intersectorial en la promoción y el abordaje de una salud sexual y una salud reproductiva saludables, a través del desarrollo de actividades vinculantes.
- Desarrollar estrategias intersectoriales con enfoque de DDSS y Salud en todas las Políticas para integrar a diversos sectores en la Política de Salud Sexual y Salud Reproductiva.

## 7. Ámbitos de seguimiento de la Política de Salud Sexual y Salud Reproductiva

Teniendo en cuenta la importancia de abordar la salud sexual y la salud reproductiva en las políticas de salud pública, es estratégicamente importante considerar mecanismos que garanticen el seguimiento permanente a su implementación. Así mismo, se deberán considerar los procesos de monitoreo que hagan posible tomar las medidas necesarias para (re)orientar las acciones en función del gran desafío de toda política pública, como es satisfacer necesidades y resolver los problemas en función de contribuir al bienestar de las personas. En este sentido, cobra vital importancia la realización de encuestas nacionales y el registro adecuado de información y estadísticas en la materia.

**Control institucional:** El control y gestión, deberán desarrollarse a partir de los procedimientos institucionales, tales como: Programa de mejoramiento de la gestión y sus respectivos indicadores transversales (PMG de género, descentralización, etc.), Metas por equipo de trabajo, Compromisos de Gobierno, Plan Institucional y Estrategia Nacional de Salud, entre otros. Además, se considerará la evaluación del avance en la implementación de esta política y su impacto.

**Participación ciudadana:** Los aportes de la sociedad civil se pueden realizar a través de mecanismos de participación ciudadana establecidos, como por ejemplo: consejos consultivos, diálogos ciudadanos, consultas ciudadanas, OIRS, acceso a la información pública, entre otros. En participación ciudadana cobra especial relevancia la rendición de cuentas, que pueda cuestionar las relaciones de poder, legitimar a los grupos excluidos y transformar a las y los actores involucrados; es decir, en un proceso que permita reconocer la real participación de sujetos que enfrentan relaciones desiguales de poder con las instituciones públicas.

**Cumplimiento de acuerdos y recomendaciones internacionales:** Nuestro país, ha adherido al derecho internacional de los derechos humanos y los principios consagrados en declaraciones internacionales del Sistema Universal y Sistema Interamericano, que a instancias de la ONU y OEA respectivamente, plantean orientaciones y recomendaciones a sus países miembros.

En virtud del derecho internacional, los Estados se comprometen y obligan a respetar, proteger y facilitar el ejercicio de los derechos humanos. La obligación de respetarlos significa que los Estados no deben interferir o limitar el disfrute los derechos humanos. La obligación de protegerlos demanda a que los Estados impidan los abusos de los derechos humanos contra grupos o individuos. Facilitar

su ejercicio significa que los Estados deben adoptar medidas positivas para posibilitar el disfrute de los derechos humanos básicos.

Las orientaciones y recomendaciones al Estado provenientes de los compromisos y los acuerdos internacionales, deben ser consideradas en todo momento del ciclo de la Política de Salud Sexual y Salud Reproductiva.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Arcelus, J., Claes, L., Witcomb, G.L., Marshall, E. & Bouman, W.P. (2016) "Risk factors for non suicidal self injury among trans youth", *The Journal of Sexual Medicine*, vol. 13, pp. 402-412
2. Bajos, N. & Ferrand, M. (2006). L'interruption volontaire de grossesse et la recomposition de la norme procréative. *Sociétés Contemporaines*, 61(1), 91. Recuperado en: <http://doi.org/10.3917/soco.061.0091>
3. Barker, DJP. (1992) *Fetal and infant origins of adult disease*. London: British Medical Publishing Group.
4. Barrientos, J. (2006). ¿Nueva normatividad del comportamiento sexual juvenil en Chile? *Última Década*, 24, 81-97.
5. Barrientos, J. & Páez, D. (2006). Psychosocial Variables of Sexual Satisfaction in Chile. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 32(5), 351-368.
6. Barrientos, J., & Cárdenas, M. (2013). Homofobia y calidad de vida de gay y lesbianas: Una mirada psicosocial. *Psykhé*, 22(1), 3-14.
7. Barrientos, J., Cárdenas, M., & Gómez, F. (2014). Características sociodemográficas, bienestar subjetivo y homofobia en una muestra de hombres gay en tres ciudades chilenas. *Cadernos de Saúde Pública*, 30(6), 1259-1269.
8. Barrientos, J., Silva, J., Catalán, S., Gómez, F., & Longueira, J. (2010). Discrimination and victimization: parade for lesbian, gay, bisexual, and transgender (LGBT) pride, in Chile. *Journal of Homosexuality*, 57(6), 760-775.
9. Barker, DJP. (1992) *Fetal and infant origins of adult disease*. London: British Medical Publishing Group.
10. Blakely, T; Hales, S; Woodward, A. (2004) *Povert: assessing the distribution of health risks by socioeconomic position at national and local levels*. Geneva, World Health Organization, 2004. (WHO Environmental Burden of Disease Series, No. 10).
11. Cabieses B, Bernaldes M; Obach A; Pedrero V. (2015). Vulnerabilidad social y su efecto en salud en Chile: Desde la comprensión del fenómeno hacia la implementación de soluciones. Universidad del Desarrollo, Equipo de Estudios Sociales en Salud.
12. Cárdenas, M. & Barrientos, J. (2008a). Actitudes explícitas e implícitas hacia los hombres homosexuales en una muestra de estudiantes universitarios en Chile. *Psykhé*, 17(2), 17-25.
13. Cárdenas, M., Barrientos, J., Gómez, F., & Frías-Navarro, D. (2012). Attitudes toward gay men and lesbians and their relationship with gender role beliefs in a sample of Chilean university students. *International Journal of Sexual Health*, 24(3), 226-236. doi:10.1080/19317611.2012.700687
14. Cárdenas, M. & Barrientos, J. (2008b). The Attitudes toward Lesbians and Gay Men Scale (ATLG): Adaptation and testing the reliability and validity in Chile. *Journal of Sex Research*, 45(2), 140-149. doi:10.1080/00224490801987424
15. Caro, I. & Guajardo, G. (1997). *Homofobia cultural en Santiago de Chile: un estudio cualitativo*. Santiago de Chile: FLACSO-Chile
16. Elder GH, Jr. (1998) *The life course and human development*. In: Damon W, Lerner RM, eds. *Handbook of child psychology volume 1: theoretical models of human development*. New York: Wiley, 1998:939-91.
17. Encuesta Nacional de Primera Infancia (2010). *Informe de Resultados Encuesta Nacional de Pri-*

- mera Infancia (ENPI 2010). Santiago de Chile: JUNJI; UNICEF; UNESCO.
18. Faúndez, A. (1997). Género, salud y políticas públicas. Del binomio madre-hijo a la mujer integral. (Documentos de Trabajo MGPP No. 15). Santiago de Chile.
  19. George, Asha. (2003) Accountability in Health Services, Transforming relationships and contexts. Working Paper Series. Vol. 13 N°1. Harvard Center for Population and Development Studies, Harvard School of Public Health.
  20. Giele J.Z.; Elder G.H. (1998) Methods of Life Course Research Qualitative and Quantitative Approaches, Thousands Oaks, CA: Sage Publications.
  21. Giele JZ, Elder GH Jr. (1998) Life course research: development of a field. In: Giele JZ, Elder GH Jr, eds. Methods of life course research: qualitative and quantitative approaches. Thousand Oaks, CA: Sage, 1998:5-27.:5-27.
  22. Giddens, Anthony. (1998). La Transformación de la intimidad. Sexualidad, amor y erotismo en las sociedades modernas, trad. de Benito Herrero Amaro, Cátedra, Madrid
  23. Gómez, F. & Barrientos, J. (2012). Efectos del prejuicio sexual en la salud mental de gays y lesbianas, en la ciudad de Antofagasta, Chile. Sexualidad, Salud y Sociedad, (10), 100-123.
  24. Illanes, María Angélica - (2010) - En el nombre del pueblo, del estado y de la ciencia. Historia social de la salud pública, Chile 1880 - 1973
  25. Instituto Nacional de Estadísticas, INE (Chile). (2006). Fecundidad en Chile. Situación reciente. Retrieved in: [http://www.ine.cl/canales/chile\\_estadistico/demografia\\_y\\_vitales/demografia/pdf/fecundidad.pdf](http://www.ine.cl/canales/chile_estadistico/demografia_y_vitales/demografia/pdf/fecundidad.pdf)
  26. Instituto Nacional de Estadísticas, INE (Chile). (2014). Anuario de Estadísticas Vitales 2012. En: [http://www.ine.cl/canales/menu/publicaciones/calendario\\_de\\_publicaciones/pdf/completa\\_vitales\\_2012.pdf](http://www.ine.cl/canales/menu/publicaciones/calendario_de_publicaciones/pdf/completa_vitales_2012.pdf)
  27. Instituto Nacional de la Juventud, INJUV (Chile). (2010). VI Encuesta Nacional de la Juventud. Santiago de Chile: INJUV.
  28. Instituto Nacional de la Juventud, INJUV (Chile). (2015). VIII Encuesta Nacional de la Juventud. Santiago de Chile: INJUV.
  29. Jiles, X. & Rojas, C. (1992). De la miel a los implantes. Historia de las políticas de regulación de la fecundidad en Chile. Santiago de Chile: CORSAPS.
  30. Kuh D, Ben-Shlomo Y, eds. (1998). A life course approach to chronic disease epidemiology; tracing the origins of ill-health from early to adult life. 2nd edn. Oxford: Oxford University Press (in press)
  31. Krieger, N. (2010) Social inequalities in health. In: Olsen J, Saracci R, Trichopoulos D (eds). Teaching Epidemiology: A Guide for Teachers in Epidemiology, Public Health, and Clinical Medicine. 3rd ed. Oxford: Oxford University Press, 2010; 215-239.
  32. Marshal, M., Dermody, S., Cheong, J., Burton, C., Friedman, M., Aranda, F. & Hughes, T. (2013) "Trajectories of Depressive Symptoms and Suicidality among Heterosexual and Sexual Minority Youth", Journal of Youth and Adolescence; A Multidisciplinary Research Publication, vol. 42, no. 8, pp. 1243-1256.
  33. Ministerio de Salud y Deportes, Bolivia. (2009) Plan estratégico Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 2009-2015. Bolivia
  34. Ministerio de Salud, Chile. (2015) Informe de sistematización: Propuestas para un Programa de Salud Sexual y Salud Reproductiva. Chile

35. Ministerio de Salud, Chile. (1997) Programa de Salud de la Mujer. Santiago, Chile
36. Ministerio de Salud, Chile. (2015). Orientaciones Técnicas Piloto de Salud Inmigrantes, Santiago
37. Ministerio de Salud, Chile. (2016) Orientaciones Técnicas para la Atención de Salud Mental con Pueblos Indígenas: Hacia un enfoque intercultural. Santiago, Chile.
38. Ministerio de Salud, Nicaragua (2008) Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Nicaragua
39. Ministerio de Salud, San Salvador. (2012) Política de salud sexual y reproductiva. San Salvador
40. Ministerio de Salud y Protección Social, Colombia. (2014) Política Nacional de Sexualidad Derechos Sexuales y derechos reproductivos. Colombia
41. Ministerio de Sanidad, política social e igualdad (2011). Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. España
42. Moreno C, Álvarez A (2017). Informe consultoría asistencia técnica al proceso de formulación de la Estrategia Nacional en Salud Sexual y Reproductiva y la revisión y mejoramiento del actual Programa Nacional de la Mujer del Ministerio de Salud UNFPA/Ministerio de Salud, Chile.
43. Nussbaum, Martha (2000) Women and Human Development: The capabilities approach. Nueva York: Cambridge University Press.
44. Organización Mundial de la Salud (2003) Salud Reproductiva: Proyecto de estrategia para acelerar el avance hacia el logro de los objetivos y metas internacionales de desarrollo. Recuperado: [http://apps.who.int/gb/archive/pdf\\_files/EB113/seb11315a1.pdf](http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/EB113/seb11315a1.pdf)
45. Organización Mundial de la Salud. (2006) Defining sexual health. Report of a technical consultation on sexual health 28–31 January 2002. Ginebra: OMS.
46. Organización Panamericana de la Salud (2009). Política de igualdad de género. Recuperado en: [http://www.paho.org/hq/dmdocuments/2009/OPS\\_politica%20de%20igualdad%20de%20genero.pdf](http://www.paho.org/hq/dmdocuments/2009/OPS_politica%20de%20igualdad%20de%20genero.pdf)
47. Principios de Yogyakarta (2007) Principios de Yogyakarta: Principios sobre la aplicación de la legislación internacional de derechos humanos en relación con la orientación sexual y la identidad de género. Recuperado en: <http://www.refworld.org/cgi-bin/texis/vtx/rwmain/opendocpdf.pdf?reldoc=y&docid=48244e9f2>
48. Sabsay, Leticia (2016). The political imaginary of sexual freedom: subjectivity and power in the new sexual democratic turn. Londres: Palgrave Macmillan
49. Solar O, Irwin A. (2007) A conceptual framework for action on the social determinants of health. Ginebra, Organización Mundial de la Salud.
50. Stefoni, Carolina. (2011). Perfil Migratorio de Chile. Argentina: OIM, Organización Internacional para las Migraciones.
51. Tarlov, A. (1996). Social determinants of health: The sociobiological translation. In D. Blane, E. Brunner & R. Wilkinson (Eds.), Health and Social Organization: Towards a Health Policy for the 21st Century (pp. 71–93). London UK: Routledge.
52. UNESCO (2016), Contenido, integralidad y coherencia en las políticas de primera infancia: aportes desde el currículo.
53. Valdés, Teresa y otras. (1995). Género y políticas de población en Chile. Documento de Trabajo. Flacso-Sernam. No publicado. Chile.

## ANEXOS

### ANEXO 1: Acuerdos y Convenciones Internacionales

En el contexto de los acuerdos y convenciones internacionales suscritos por Chile, el Estado debe garantizar la provisión de servicios en salud, educación y justicia, de modo que las personas puedan contar con adecuada protección de la salud y de derechos sexuales y reproductivos. El Estado debe velar por su cumplimiento y responder ante la comunidad internacional por su inobservancia. Destacan la **Declaración Universal de Derechos Humanos** (1948), el **Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales** de 1966 (promulgado en Chile en 1989), que en el artículo 12 señala que los Estados Partes reconocen “el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental”, concepto que se desarrolla y profundiza en la Observación General 14 del año 2000 emitida por el Comité del Pacto del mismo nombre.

El **Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos** (PIDCP) de 1966 (promulgado en 1976) donde se reconoce la igualdad en el goce de los derechos de todas las personas y también el derecho a la libertad de manifestar las propias creencias, el cual sólo puede ser limitado para proteger la seguridad, el orden, la salud o la moral pública, y cuando obstaculiza los derechos y libertades fundamentales de los demás.

La **Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer**, (CEDAW, por su sigla en inglés) de 1979 (promulgada en 1989) que señala la necesidad de establecer acciones públicas destinadas a eliminar la discriminación hacia las mujeres y lograr la igualdad formal, planteando en su artículo 12 la necesidad de adoptar medidas por los Estados para eliminar la discriminación contra la mujer en la atención médica. Destacamos que el protocolo facultativo de la CEDAW no ha sido ratificado por Chile.

La **Convención de los Derechos del Niño** de 1989 (promulgada en 1990), que vela por los derechos humanos de niños y niñas y adolescentes (hasta 18 años), reconociéndoles el derecho “al disfrute del más alto nivel posible de salud”, en lo que debe entenderse comprendida prestaciones en salud sexual y salud reproductiva.

La **Convención Interamericana para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad** de 1999 (promulgada en 2002) y la Convención de Naciones Unidas sobre los derechos de las personas con discapacidad de 2007 (promulgada en 2008) se focalizan en promover, proteger y asegurar el goce pleno y en condiciones de igualdad de todos los derechos humanos y libertades fundamentales de las personas con discapacidad, incorporando el derecho de las personas con discapacidad a decidir libremente y de manera responsable el número de hijos y el espaciamiento entre los nacimientos, basado en el acceso a la información, educación sobre reproducción y planificación familiar apropiados para su edad.

El **Convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo** (OIT) de 1989 (promulgada en 2008) donde los Estados se comprometen a desarrollar, con la participación de los pueblos indígenas, acciones para proteger sus derechos políticos, civiles, económicos, sociales y culturales y respetar su integridad. En su artículo 7 establece que el mejoramiento de las condiciones de vida, trabajo y nivel de salud y educación deberá ser prioritario en los planes de desarrollo regional. Este Convenio establece en su artículo 25 normas relativas a salud física y mental de los pueblos indígenas, reconociendo y promoviendo la disposición de servicios, los que deberán organizarse en la medida de lo posible a nivel comunitario, teniendo en consideración las características de los pueblos indígenas.

Por medio de la Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas (2007), amplía los contenidos del derecho a la salud de los pueblos indígenas, especialmente en materia de propiedad intelectual y patrimonio cultural.

El hito histórico que establece un cambio de paradigma, es la **Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo**, realizada en 1994 en El Cairo (CIPD), la cual incorpora el concepto de Derechos Sexuales y Reproductivos (DSR), como parte de los Derechos Humanos, entendidos como el acceso a información, servicios y apoyo para alcanzar una vida sana, libre y plena en el ámbito de la salud sexual y reproductiva. Estos conceptos fueron ratificados en la Cuarta Conferencia Mundial de la Mujer realizada en 1995 en Beijing.

Durante los 20 años posteriores a la CIPD, a nivel internacional se han desarrollado múltiples estrategias encaminadas a consolidar la Salud Sexual y Reproductiva de las personas, entre ellos, el año 2000 las Naciones Unidas impulsan las **"Metas del Milenio"** para contribuir a erradicar la extrema pobreza y el hambre, fortalecer la educación universal, empoderamiento de la mujer y equidad de género, reducir la mortalidad infantil y materna, y combatir el VIH/SIDA. Para el logro de estas metas, la Asamblea Mundial de la Salud elabora, el año 2002, la Resolución WHA 55.19 que establece que es clave aumentar el acceso universal a la salud reproductiva, proporcionando información y servicios de calidad suficiente, siendo uno de sus indicadores el grado en que se ha atendido la necesidad de métodos anticonceptivos (ONU, 2013).

La Asamblea Mundial de la Salud adoptó en 2004 la primera **estrategia** de la OMS sobre salud **reproductiva** que aborda distintos elementos, entre ellos, los servicios de regulación de fertilidad de alta calidad y la promoción de la salud sexual, señalando: "a fin de velar por el respeto de esos derechos, las políticas, los programas y las intervenciones deben promover la igualdad entre los sexos, asignar prioridad a las poblaciones de bajos recursos y grupos de población subatendidos, en particular los adolescentes, y proporcionar un apoyo especial a aquellos países en los que la carga atribuible a la mala salud reproductiva y sexual sea particularmente importante (OMS, 2014)".

La **Comisión Interamericana de Derechos Humanos** (CIDH) ha desarrollado una serie de estándares para la protección de la salud materna y el acceso a la información en salud sexual y reproductiva (CIDH, 2011). Se destacan las Resoluciones de la OEA sobre Derechos Humanos, Orientación Sexual e Identidad de Género desde el año 2008.

El **Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo** (2013) es la pieza fundamental del proceso de revisión del Programa de Acción de la CIPD y su seguimiento después de 2014. Este Consenso reconoce los derechos sexuales y reproductivos como derechos humanos y establece 108 medidas prioritarias agrupadas en 10 capítulos.

Así mismo, el Consenso de Montevideo se articula con los **Objetivos de Desarrollo Sostenible**. Dentro de los 17 Objetivos planteados, los objetivos 3 (Salud y bienestar) y 5 (Igualdad de género) plantean desafíos para avanzar en salud sexual y salud reproductiva. El objetivo 3 plantea "Garantizar una vida saludable y promover el bienestar para todos para todas las edades". El objetivo 5 propone "Alcanzar la igualdad entre los géneros y empoderar a todas las mujeres y niñas".

Alineada con los ODS, se estableció la **Estrategia Mundial de Salud de la Mujer, del Niño y del Adolescente** (2016–2030). La Estrategia Mundial se consagra a lograr que todas las madres que lo deseen puedan vivir en plena salud el embarazo y el parto, todos los niños sobrevivan a sus primeros cinco años de vida y todas las mujeres, niños y adolescentes puedan crecer y desarrollarse plenamente, lo cual implicaría una enorme ganancia social, demográfica y económica.

A pesar de que no todos los acuerdos internacionales tienen un carácter vinculante, se les reconoce como fuentes generadoras de consenso a los cuales han llegado los Estados, y sirven para que los mismos diseñen las bases de las políticas públicas y desarrollen acciones tendientes a alcanzar los objetivos internacionalmente acordados.

Variados son los informes que entregan importantes estándares y observaciones generales sobre el derecho a la salud sexual y salud reproductiva de las personas y que entregan recomendaciones específicas al Estado de Chile. Al acoger el marco de Derechos Humanos en el cual se encuentran insertos los derechos sexuales y reproductivos, el Estado Chileno se ha comprometido a que su accionar respete, garantice y promueva la Salud sexual y la Salud Reproductiva.