

**Primer Informe
Salud Sexual
Salud Reproductiva y
Derechos Humanos
En Chile**



III.

**Regulación
de la fertilidad**

Por Constanza Fernández, Claudia Dides, Eduardo Soto¹

Desde una perspectiva de los derechos humanos, es fundamental que cada mujer y hombre puedan tomar las decisiones sobre su vida sexual y reproductiva de manera libre e informada garantizando el respeto a la conciencia y dignidad de las personas. Así también es importante que la decisión de comenzar una familia sea resultado de la reflexión y la planificación. La finalidad de los programas de regulación de la fertilidad es hacer posible que las parejas y personas individuales decidan con libertad y responsabilidad el número de hijos y el espacio de tiempo que desean que pase antes de tener otro hijo/a, que tengan la información y los medios necesarios, garantizar que hacen una elección bien informados y poner a disposición toda una serie de métodos efectivos y seguros².

En Chile existe un número importante de organizaciones e instituciones vinculadas a la investigación, a la docencia superior, a la provisión de servicios, a la difusión de derechos, etc. que expresan la importancia que la sociedad otorga a este aspecto de la vida de las personas, y que han jugado y juegan un rol relevante en la gestión de iniciativas legislativas y en la generación y seguimiento de programas y servicios públicos. El Ministerio de Salud ha venido desarrollando un trabajo en conjunto con representantes de organizaciones de la sociedad civil y personas interesadas y expertas en salud sexual y salud reproductiva y valora el significativo rol que juegan en el desarrollo de políticas y en el control social de su implementación.

Los servicios de regulación de la fertilidad reflejan grandes problemas de desigualdad de género, económica, social y cultural que están influidos por múltiples determinantes sociales, como pobreza, nivel educacional, e inequidades en el acceso a servicios de salud sexual y salud reproductiva. Las mujeres se encuentran en mayor desventaja que los hombres ya que, por ejemplo tienen menos oportunidades laborales cuentan con menos recursos, y por tanto disponen de menos recursos que los hombres para financiar los servicios de regulación de la fertilidad y métodos anticonceptivos, limitando su autonomía, y en algunos casos las hacen más dependiente de sus parejas. El factor económico afecta principalmente a las adolescentes de sectores económicos desfavorecidos y que se encuentran en condiciones de vulnerabilidad.

Las mujeres presentan menores oportunidades para su desarrollo personal y una insuficiencia de información y conciencia de sus derechos, además tienen menores recursos económicos para implementar sus decisiones, sumado al costo biológico y por razones de género al corte social de la reproducción que deben asumir. No obstante, tienen menor control que los hombres sobre las decisiones que involucra el ejercicio de su sexualidad y la regulación de su propia fertilidad, exponiéndose a mayores riesgos para su salud y vida, entre ellos, debido a los embarazos, abortos y los problemas asociados al uso del método anticonceptivo. Los hombres por su parte, tienen menor estigma social que las mujeres al desentenderse de la crianza y cuidado de los hijos/as³. Además, los roles de género imponen la responsabilidad de la anticoncepción en las mujeres. Es importante superar estos estereotipos y que la responsabilidad de regular la fertilidad disminuya para las mujeres y sea compartida por hombres.

1 Constanza Fernández, Socióloga, Diplomada en Universidad Diego Portales, Coordinadora Área de Investigación Corporación Miles. Claudia Dides, Socióloga, Magister en Estudios de Género y Cultura, Universidad de Chile. Directora Corporación Miles. Eduardo Soto, Matrón, Universidad La Frontera. Encargado del Programa de la mujer, Servicio Araucanía Norte del 2006 al 2014. Director Nacional del Colegio de Matronas y Matrones de Chile. Socio Miembro Corporación Miles.

2 Acciones clave para la realización ulterior del Programa de acción de la CIPD, UNFPA, 2004.

3 Ministerio de Salud (2014) Normas Nacionales sobre Regulación de la Fertilidad. Programa Nacional de Salud de la Mujer; Instituto Chileno de Medicina Reproductiva (ICMER); Asociación Chilena de Protección de la Familia (APROFA). Ver en: <http://web.minsal.cl/sites/default/files/files/27%2005%202014%20%20NRF%20edici%C3%B3n%202014%20FINAL%20.pdf> En Revisión.

Las relaciones de género afectan la negociación para el uso de ciertos métodos anticonceptivos. La participación de los hombres en la responsabilidad de la regulación de la fertilidad está aumentando lentamente en Chile, comparado con países más desarrollados en donde más de un tercio de las parejas recurren a método de regulación de la fertilidad que requiera participación masculina, como la vasectomía, el condón masculino, la abstinencia periódica y el coito interrumpido⁴. Las relaciones de género entre usuarios/as y proveedores puede verse influenciada por factores de género, ya que la desigualdad de poder es mayor cuando la usuaria es mujer y el prestador de salud un hombre, particularmente en servicios de regulación de la fertilidad.

Las actividades de planificación familiar que actualmente están enfocadas en la regulación de la fertilidad, han tenido impacto en el cambio demográfico de la población chilena. El periodo de transición que ha caracterizado al país en el último tiempo se ha determinado por un envejecimiento de la población y una menor tasa de crecimiento poblacional.

Entre los factores que han determinado este proceso, es posible destacar la creación del Servicio Nacional de Salud (SNS) en 1952, como uno de los hitos más importante para la atención de salud reproductiva de mujeres. Si bien esta iniciativa contribuyó a disminuir problemas de salud correspondientes al área materno-infantil, no se logró disminuir las altas cifras de mortalidad materna, y mortalidad por aborto que causaba alrededor del 40% de todas las muertes maternas⁵. Por tanto, el contexto chileno en materia de regulación de la fertilidad en ese entonces reflejaba grandes deficiencias y obstáculos en el desarrollo económico y social del país. Por ejemplo, se utilizaba como control de la natalidad el aborto en condiciones inseguras e infanticidio, la utilización de técnicas anticonceptivas poco seguras, la vulnerabilidad de la familia obrera, el trabajo infantil y en definitiva

las malas condiciones de salud de los sectores populares⁶.

Así también una serie de transformaciones han posibilitado mayores medidas de planificación familiar para el bienestar de la población, entre ellas la implementación de tecnología médica y métodos anticonceptivos.

En el periodo de 1967, el MINSAL impulsa la Política de Planificación Familiar con la finalidad de disminuir la morbimortalidad por aborto inseguro. Se integraron actividades de regulación de la fertilidad a programas de atención materno-infantil sobre la base de que las familias tengan derecho a decidir solamente por el número de hijos/as que serán integralmente formados.

Con el retorno de la democracia en 1990, se formulan las Bases para una Política de Planificación Familiar. A partir de este momento, se ha considerado un nuevo enfoque de derechos que entiende a las mujeres como sujetos de derecho con autonomía que desempeño de distintos roles en la sociedad. De esta manera, académicos, movimientos de mujeres y feministas han logrado incorporar la construcción progresiva de los conceptos de Salud Reproductiva y Salud Sexual en las actividades de planificación familiar y la provisión de servicios de salud materno-infantil. Se reconoce la promoción y respeto por los derechos humanos mediante el aporte de la Organización Mundial de la Salud, y el compromiso del Estado chileno con la comunidad internacional y una serie de Acuerdos, Convenios y Pactos Internacionales que se ha comprometido en materia de derechos en salud sexual y salud reproductiva.

En 1997 se ha reconocido el rol esencial de las/los matronas/es en la regulación de la fertilidad, modificándose el Código Sanitario a través de la Ley N° 19.536 que entrega las actividades de planificación familiar a estas/os profesionales como función propia y ya no dependiendo de la delegación

4 ibid, 2014.

5 ibid, 2014.

6 Memoria chilena. Biblioteca Nacional Chilena. Políticas de control de la natalidad y planificación en el siglo XX.

médica⁷. Actualmente, las matronas/es realizan más del 90% de las actividades preventivas de salud sexual y salud reproductiva dirigida a mujeres en servicios públicos de atención primaria.

Desde ese entonces, los servicios de regulación de la fertilidad centran la atención en mejorar la salud de las mujeres que puede verse afectada por el proceso reproductivo, así también entregar la opción de disminuir el número de hijos/as y el intervalo entre ellos, a modo de mejorar la crianza y salud de niños/as. Estas políticas de regulación intentan además responder al principio ético de equidad y justicia en el sentido de erradicar la inequidad existente entre la distribución del riesgo reproductivo y de los embarazos no deseados, que afecta principalmente a mujeres con menos recursos. Los servicios de regulación de la fertilidad intentan responder también al principio ético de autonomía de las personas respecto a las decisiones libres sobre su sexualidad y reproducción, lo cual se encuentra vinculado a los derechos ciudadanos y se vincula con el contexto de “paternidad y maternidad responsables” en el sentido de que las personas tengan sólo el número de hijos/as que puedan criar y cuidar⁸.

Debido a las acciones de esterilización forzada realizadas en gobiernos de democracia que atentaron contra los derechos humanos, en el 2000 se dictó la Resolución N° 2.326 del Ministerio de Salud sobre esterilización quirúrgica voluntaria, que permite a todas las mujeres realizarse esterilización quirúrgica sin que medie la voluntad de terceros y expresando únicamente su voluntad.

En el marco de los Objetivos Sanitarios Nacionales en el año 2000, se reformularon tres Objetivos Sanitarios Específicos sobre Regulación de la Fertilidad:

- Disminuir la inequidad reproductiva producto de la desigualdad de género y de algunos grupos con mayor condición de vulnerabilidad (de menor nivel socioeconómico, pueblos originarios, niños(as), adolescentes y adultos(as) mayores), posibilitando efectivamente una fecundidad sin ningún tipo de discriminación.
- Disminuir la incidencia del aborto inseguro provocado, mediante la promoción de los servicios de salud sexual y salud reproductiva, que esté focalizada en mujeres con mayor vulnerabilidad, ya que se encuentran en mayor riesgo de realizarse un aborto inseguro. Resulta fundamental una prevención de la recurrencia abortiva, mediante una relación coordinada entre servicios hospitalarios que atienden mujeres por complicaciones de aborto inseguro y los establecimientos de atención primaria, donde se entregan métodos de Regulación de la Fertilidad.
- Disminuir el embarazo no deseado en adolescentes, quienes hay que recordar que se encuentran en mayor vulnerabilidad que otros sectores de la población, por lo que es fundamental brindar servicios apropiados y sin barreras de acceso.

En base a esto, el año 2006, el MINSAL elabora en conjunto con instituciones y organizaciones de la sociedad civil, elaboran las Normas Nacionales sobre Regulación de la Fertilidad, para alcanzar los Objetivos Sanitarios planteados, firmadas como Decreto Supremo N°48 del Ministerio de Salud en 2007. Estas normas incorporan la perspectiva de género, e intentan disminuir las desigualdades existentes entre hombres y mujeres sobre su capacidad de ejercer control y poder decidir sobre su propia salud sexual y salud reproductiva, a modo de promover el embarazo deseado desde una decisión libre, informada y responsable y que todas las niñas y niños que nazcan en Chile, tengan igualdad de oportunidades y de un pleno desarrollo afectuoso y seguro, incluyendo la paternidad responsable⁹.

7 Ley N° 19.536 “Concede una bonificación extraordinaria para enfermeras y matronas que se desempeñan en condiciones que indica, en los establecimientos de salud”. Biblioteca del Congreso Nacional, Chile. Fecha Publicación: 16-DIC-1997

8 Op. Cit. Minsal (2014).

9 Op. Cit Minsal (2014)

Los Principios Normativos definidos por el MINSAL para el cumplimiento de los Objetivos Sanitarios, sobre acceso y calidad a servicios de Regulación de la Fertilidad se enfocan en disminuir la mortalidad materna, mediante reducción de embarazos no deseados y de alto riesgo. Servicios públicos o privados encargados de atender personas que desean voluntariamente regular su fertilidad deben cumplir con estos principios normativos¹⁰.

Posteriormente, se han acordado leyes o normativas relevantes a las actividades de Regulación de la Fertilidad que garantizan derechos y deberes explícitos en relación a personas que se atienden en servicios de salud. Esta nueva perspectiva ha considerado la sexualidad como un ámbito de la calidad de vida de las personas, la familia y la sociedad, mediante el reconocimiento y respeto de sus derechos sexuales y derechos reproductivos, comprendiendo la atención en salud no sólo como una indicación, sino que se debe brindar orientación y acompañamiento.

No obstante, hubo parlamentarios(as) que se opusieron a estas Normas presentando un requerimiento al Tribunal Constitucional (TC) solicitando la eliminación del contenido de Anticoncepción de Emergencia (AE) y dispositivos intrauterinos, y solicitando eliminar la confidencialidad en la entrega de AE, ya que argumentaban que eran métodos que inducían un aborto¹¹.

Luego de varios esfuerzos por parte de la

sociedad civil y los distintos actores involucrados en la lucha por la AE, en el 2010 entra en vigencia la Ley N° 20.418 que “Fija normas sobre Información, Orientación y Prestaciones en materia de regulación de la fertilidad”, que debe garantizar la provisión de métodos anticonceptivos y de la anticoncepción de emergencia. Indica que toda la población tiene derecho a recibir educación, información y orientación en materia de regulación de la fertilidad de manera clara de acuerdo a sus creencias, de forma clara, exhausta y confidencial, para que puedan elegir y acceder libremente a los métodos de regulación de la fertilidad.

La Estrategia Nacional de Salud (ENS) 2011-2020, para el cumplimiento de Objetivos Sanitarios, en base a la epidemiología de la población, se ha enfocado en disminuir el embarazo en adolescentes, y disminuir la mortalidad materna mediante la reducción de embarazos no deseados y de alto riesgo.

En la actualidad, el Ministerio de Salud ha incorporado en la definición de sus políticas de fertilidad, el concepto de Salud Sexual y Salud Reproductiva, y se están actualizando las Normas Nacionales de Regulación de la Fertilidad.

10 Para alcanzar estos objetivos, han sido necesarias nuevas formas de proveer servicios, como también un cambio cultural en la relación entre proveedores(as) de salud y la población usuaria. Para fomentar las actividades de planificación familiar y mejorar la calidad de vida de las personas, es importante fomentar una educación sexual y reproductiva integral, como así también mejorar los servicios de salud sexual y salud reproductiva. Se debe asegurar la entrega adecuada de información e insumos en salud reproductiva, acceso a servicios de salud de acuerdo a las necesidades del ciclo vital, promover decisiones responsables e informadas de planificación familiar, prevención de embarazos no deseados, reducir embarazos de riesgo y mortalidad materna. Para ello resulta fundamental integrar la participación del hombre en la planificación familiar. Así también es importante prevenir y disminuir la incidencia de infecciones de transmisión sexual y el VIH, promoviendo un desarrollo adecuado de la sexualidad responsable para lograr una adecuada salud sexual concerniente a la procreación. Para los adolescentes, en el campo de la salud sexual y reproductiva, se debe tratar el tema de embarazo no deseado, aborto e infecciones de transmisión sexual, fomentando una conducta sexual y reproductiva responsable y sana.

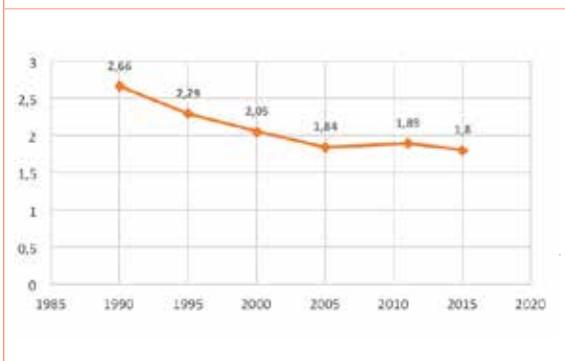
11 Op. Cit MINSAL (2014)

Estado de situación

En Chile entre los quinquenios de 1960-1965, y 2005-2010 las tasas de fecundidad disminuyeron en todos los grupos de edad. En 1990 la tasa de fecundidad era de 2,66 hijos/as por mujer, y para el año 2000 disminuyó a 2.

La tasa global de Fecundidad para el 2015 ha sido calculada por el Instituto Nacional de Estadísticas (INE) en 1,8. Es decir, se estima que los chilenos tengan entre uno a dos hijos/as por mujer. El INE ha estimado para el 2020 una tasa de fecundidad de 1,76 lo cual evidencia la misma tendencia a una disminución en la tasa de fecundidad con el aumento de los años.

Gráfico N°1: Tasa global de fecundidad 1990-2015



Fuente: elaboración propia, Corporación Miles 2016, a partir de datos obtenidos por el Instituto Nacional de Estadística, INE.

Al hacer una comparación en las proyecciones por año, es posible establecer que la Tasa de Fecundidad disminuirá con el tiempo, ya que se ha proyectado una menor Tasa de Fecundidad para el 2020 en comparación con los años anteriores. La tasa global de fecundidad estimada hasta el 2013 es de 1,85¹², y una Tasa neta de reproducción de 0,90. No obstante, la disminución de la tasa de fecundidad en mujeres de 15 a 19 años ha sido menor que el resto de los grupos etarios, lo cual evidencia una serie preocupante ya que puede implicar mayores tasas de embarazo adolescente.

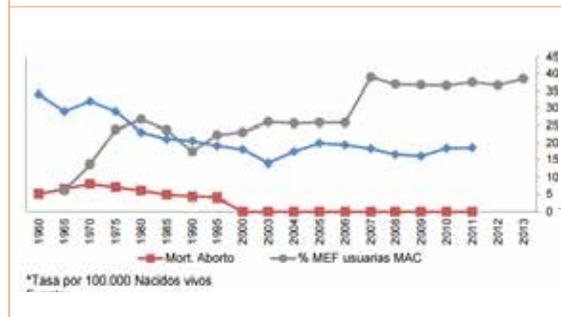
En el sistema público de salud chileno, existe disponibilidad gratuita de 8 métodos anticonceptivos: dispositivo intrauterino con cobre, píldoras combinadas, píldoras de progestina sola, inyectable combinado mensual, inyectable combinado trimestral de progestina sola, implante subdérmico de etonogestrel, preservativo masculino de látex y anticoncepción de emergencia de levonorgestrel.

El uso de MAC por mujeres en edad fértil según rango etario presenta variaciones. En 1990 el grupo de mujeres de 45 a 54 años fue de un 31,6% aumentando a un 37,5% en el 2010. La población adolescente bajo control de regulación de la fertilidad ha tenido un aumento sostenido desde el 2008 hasta la actualidad.

De acuerdo al Departamento de Estadísticas e Información en Salud (DEIS) del MINSAL, el número de mujeres en edad fértil usuarias de métodos anticonceptivos (MAC) pasó de 600.374 mujeres en 1990 a 1.385.901 en el año 2014, reflejándose un importante aumento (de un 123% aproximadamente)¹³.

En definitiva, tal como se evidencia en el gráfico a continuación, en las últimas décadas se ha registrado una disminución de la mortalidad materna por aborto y un aumento en las mujeres en edad fértil usuarias de métodos anticonceptivos.

Gráfico N°2: Porcentaje de mujeres en edad fértil usuarias de métodos anticonceptivos, Mortalidad Materna y Mortalidad entre los años 1951-2013.



Fuente: Anuarios Demografía INE

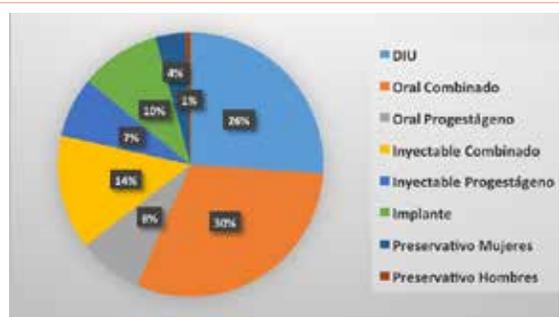
12 Instituto Nacional de Estadísticas (INE) (s/f) Proyecciones y Estimaciones de Población. 1990-2020. Santiago, Chile.

13 Op. Cit Minsal (2014)

Al contextualizar la población chilena en materia de regulación de la fertilidad, para el año 2014, hay un total de 1.385.901 de población en control que se encuentran bajo un método de regulación de la fertilidad, de los cuales 38.914 corresponden a pueblos originarios, representando un 2,8%¹⁴.

De acuerdo a los tres tipos de métodos anticonceptivos que se entregan -D.I.U; Hormonal y Preservativo- el método más utilizado por la población femenina es el método hormonal oral combinado (30,6%), seguido del método D.I.U. (26%), método hormonal inyectable combinado (14%), implante (9,7%), oral progestágeno (7,8%), inyectable progestágeno (7,6%).

Gráfico N°3: Distribución de la población bajo control según método de regulación de fertilidad a diciembre 2014, Sistema Público de Salud, Chile.



Fuente: DEIS, Ministerio de Salud, 2014.

El método de regulación de la fertilidad menos solicitado por la población chilena es el preservativo, ya que sólo un 4,2% lo utiliza, siendo las mujeres quienes más solicitan este método, representando un 3,6% en comparación con sólo un 0,6% de los hombres que lo solicitan en el servicio de salud.

También es importante señalar que el uso de métodos anticonceptivos de larga duración (implantes subdérmicos y dispositivos intrauterinos) ha ido aumentando considerablemente durante los últimos años, particularmente en la población adolescente. Para el año 2015, el 22% de las

adolescentes bajo control utilizaban métodos de larga duración¹⁵.

Según datos del MINSAL, en el año 2015, al desagregar la población en control por grupo etario, el grupo que tiene entre 20 y 24 años de edad es el más alto, con un 20,6% en comparación con los otros grupos de edad, ocupando en su mayoría el método hormonal Oral combinado (33,9%). Lo sigue la población que tiene entre 25-29 años (18%) y quienes tienen entre 30- 34 años (15%).

Por su parte, la población que se encuentra en menor proporción bajo algún método de regulación de la fertilidad son los menores de 15 años (0,8%), seguido del grupo que tiene 50-54 años (2%) y del grupo que tiene 45 a 49 años (7%).

A nivel de las regiones del país, tal como lo señala la Tabla N°2 la región que tiene mayor población bajo control es la Metropolitana de Santiago (35,3%), seguida de la VIII región del BíoBío (12,4%), y de la V región de Valparaíso (12,1%). Por otra parte, las regiones que tienen una menor población bajo algún método de control de la fertilidad corresponden a la XI región de Aisén del Gral. C. Ibañez del Campo (0,6%), seguida de la XII región de Magallanes y de La Antártica chilena (0,7%) y de la XV región de Arica y Parinacota (1%)¹⁶.

Según el tipo de método de regulación de la fertilidad, el método hormonal es el que más se utiliza, alcanzando (60%). El segundo método más utilizado es el D.I.U. (26%), y el menos utilizado es el preservativo (4%).

14 Datos proporcionados por Ley de Transparencia al Ministerio de Salud en junio del 2015. Los datos enviados son registrados hasta diciembre de 2014.

15 DEIS, Ministerio de Salud, (2014)

16 Hay que considerar que estos porcentajes se han estimado en base al N total de la población registrada bajo algún método de regulación de la fertilidad. Estos porcentajes no se calcularon en comparación con el N total de población en cada región y el N total de población en control. Por tanto en las regiones con mayor población se condice un mayor porcentaje de población bajo control de algún método de regulación de la fertilidad.

Tabla N°1: Población total en control, según método de regulación de fertilidad y rango etario, SNSS 2014.

Métodos	Pueblos Originarios	Menor de 15 años	15 - 19 años	20 - 24 años	25 - 29 años	30 a 34 años	35 a 39 años	40 a 44 años	45 a 49 años	50 a 54 años	%	Total	
D.I.U	11.992	210	12.457	47.847	59.717	61.846	57.034	54.725	44.721	22.274	26%	361.224	
Hormonal	Oral Combinado	10.415	4.314	67.436	96.908	79.030	64.798	51.697	37.750	18.375	3.693	30,6%	424.161
	Oral Progestágeno	3.278	404	5.620	14.587	15.667	13.686	13.186	18.216	20.435	6.663	7,8%	108.970
	Inyectable Combinado	5.575	3.661	46.600	51.414	37.252	26.004	16.071	9.450	3.185	435	14%	194.216
	Inyectable Progestágeno	3.734	583	12.738	24.484	19.982	15.158	10.841	9.849	6.735	1.405	7,6%	102.044
	Implante	2.618	1.663	28.071	40.332	29.534	18.778	9.802	5.386	1.682	266	9,7	135.622
Preservativo	Mujeres	1.219	640	5.483	7.927	7.557	6.916	6.414	6.492	6.079	3.005	3,6%	51.067
	Hombres	83	389	3.031	2.026	1.105	694	428	365	227	169	0,6%	8.597
Porcentaje	2,8%	0,8%	13%	20,6%	18%	15%	11%	10%	7%	2%	100%		
Total	38.914	11.864	181.436	285.525	249.844	207.880	165.473	142.233	101.439	37.910		1.385.901	

Fuente: Elaboración propia, Corporación Miles, 2016, en base a datos entregados por Ley de Transparencia, Ministerio de Salud, junio 2015. N° Solicitud: AO001Q001405.

Tabla N°2: Población en control, según tipo de método de regulación de fertilidad, por Región, 2014.

Región	Método			Porcentaje	Total
	D.I.U.	Hormonal	Preservativo		
Total	361.224	829.391	59.664		1.385.901
Porcentaje	26%	60%	4%	100%	
Arica y Parinacota	5.065	7.767	881	1%	13.713
De Tarapacá	4.070	15.306	638	1,4%	20.014
Antofagasta	8.141	18.793	1.170	2%	28.104
Atacama	4.407	16.818	1.147	1,6%	22.372
Coquimbo	23.973	37.418	1.541	4,5%	62.932
De Valparaíso	42.120	117.475	8.342	12,1%	167.937
Metropolitana De Santiago	129.684	338.163	22.052	35,3%	489.899
Del Libertador B. O´Higgins	20.701	48.320	2.406	5%	71.427
Del Maule	31.438	75.781	5.462	8,1%	112.681

Del Biobío	33.704	129.977	7.657	12,4%	171.338
De La Araucanía	23.645	62.716	3.865	7%	90.226
De Los Ríos	11.911	25.684	1.478	3%	39.073
De Los Lagos	19.213	57.193	2.424	5,3%	78.830
De Aisén del Gral.C.Ibañez del Campo	1.527	5.975	439	0,6%	7.941
De Magallanes y de La Antártica chilena	1.625	7.627	162	0,7%	9.414

Fuente: Corporación Miles, elaboración propia en base a datos entregados por Ley de Transparencia, Ministerio de Salud, junio 2015. N° Solicitud: AO001Q001405.

Respecto a los pueblos originarios en el año 2014, un total de 38.914 personas están usando algún método de regulación de la fertilidad, correspondiente al 2,8% del total de la población en control de la fertilidad.

Existen algunas diferencias de la población pueblos originarios en comparación con la tabla anterior, ya que el mayor porcentaje se concentra en la IX región de la Araucanía (48,5%), seguida de la X región de Los Lagos (12,7%) y la VIII región del Biobío (8,8%), de lo cual se infiere que la población pueblos originarios que se encuentra mayormente bajo algún método de regulación de la fertilidad se sitúa en el sur de Chile.

En la Tabla N°4, se observan las mujeres en control según método de regulación de la fertilidad según rango etario en el año 2014. Existen 46.058 mujeres registradas en control que padecen enfermedad cardiovascular (DM-HTA), correspondiente en su mayoría a mujeres que tienen entre 45 a 49 años de edad (28,8%). Así también, se ha registrado un total de 24.357 mujeres que utilizan método de regulación de la fertilidad más preservativo, siendo las que se encuentran entre el rango 15-19 años (31,6%) las que más utilizan este método. Se han registrado 1.950 mujeres con retiro de Implante Anticipado en el semestre (antes de los 3 años), siendo las mujeres entre 20 a 24 años (30,1%) las que más se han retirado implante anticipado.

Tabla N°3: Población pueblos originarios en control, según método de regulación de fertilidad, por Región, 2014.

Región	Método			Porcentaje	Total
	D.I.U.	Hormonal	Preservativo		
Total	11.992	25.620	1.302		38.914
Porcentaje	30%	67%	3%	100%	
De Arica y Parinacota	679	1933	158	5,4%	2.091
De Tarapacá	27	206	2	0,6%	235
De Antofagasta	205	811	61	2,7%	1.077
De Atacama	0	0	0	0%	0

Coquimbo	43	43	32	0,3%	118
De Valparaíso	68	356	13	1,1%	437
Metropolitana De Santiago	1.130	2.233	112	9%	3.475
Del Libertador B. O'Higgins	75	174	15	0,6%	264
Del Maule	22	95	6	0,3%	123
Del Biobío	795	2.503	111	8,8%	3.409
De La Araucanía	5.905	12.373	562	48,5%	18.840
De Los Ríos	1.212	1.798	62	7,8%	3.072
De Los Lagos	1.670	3.107	155	12,7%	4.932
De Aisén del Gral.C.Ibañez del Campo	31	100	1	0,4%	132
De Magallanes y de La Antártica chilena	130	567	12	1,8%	709

Fuente: Elaboración propia, Corporación Miles, 2016, en base a datos entregados por Ley de Transparencia, Ministerio de Salud, junio 2015. N° Solicitud: AO001Q001405.

Tabla N°4: Mujeres en control, según método de regulación de fertilidad, SNSS por rango etario 2014.

Método	Menor de 15 años	15 - 19 años	20 - 24 años	25 - 29 años	30 a 34 años	35 a 39 años	40 a 44 años	45 a 49 años	50 a 54 años	Pueblos Originarios	%	Total
Mujeres en control que padecen enfermedad cardiovascular (DM-HTA)	21	305	1.190	2.203	4.022	6.465	10.626	13.253	6.777	1.196	64%	46.058
Mujeres con Retiro de Implante Anticipado en el semestre (antes de los 3 años)	16	314	587	495	274	128	77	41	18	0	3%	1.950
Método de Regulación de Fertilidad más Preservativo	847	7.704	5.197	3.788	2.550	1.762	1.201	647	193	468	33%	24.357
Porcentaje	1,3%	11,5%	9,6%	9	9	11,6%	16,4%	19,2%	10%	2,4%	100%	
Total	884	8.323	6.974	6.486	6.846	8.355	11.904	13.941	6.988	1.664		72365

Fuente: Elaboración propia, Corporación Miles, 2016, en base a datos entregados por Ley de Transparencia, Ministerio de Salud, junio 2015. N° Solicitud: AO001Q001405.

Por su parte, la Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria (AQV) refiere a los procedimientos de esterilización femenina y masculina. Ambos métodos son de alta eficacia y son utilizados por millones de parejas en el mundo¹⁷.

En el año 2013, se registraron un total de 14.234 esterilizaciones en Chile, el 99% corresponden a esterilizaciones en mujeres (14.153 casos), en relación a 0,6% de los hombres esterilizados correspondiente a 81 casos.

De acuerdo al rango etario, el grupo de 20 a 34 años ocupa el mayor porcentaje de esterilizaciones en el 2013 (51%), seguido del grupo de 35 y más años (48,5%). En las/os menores de 20 años no es frecuente realizarse esterilizaciones ya que se registra un 0,5% de esterilizaciones de menores de 20 años y sólo en mujeres.

Cabe señalar que en Chile se carece de campañas y oferta generalizada de esterilización para hombres.

Tabla N°5. Esterilizaciones según sexo, por región, SNSS 2013. (acumulado enero a diciembre)

Sexo	Edad			%	Total
	Menor de 20 años	20 - 34 años	35 y más años		
Mujer	69	7.214	6.870	99,4%	14.153
Hombre	0	50	31	0,6%	81
Porcentaje	0,5%	51%	48,5%	100%	
Total general	69	7.264	6.901		14.234

Fuente: Corporación Miles, elaboración propia en base a datos entregados por Ley de Transparencia, Ministerio de Salud, junio 2015. N° Solicitud: AO001Q001405.

La esterilización masculina, conocida como Vasectomía, es un procedimiento simple y económico en comparación con la esterilización femenina; además de ser seguro y efectivo. Refiere a “(...) un procedimiento quirúrgico electivo que pretende obstruir o eliminar una parte de ambos conductos deferentes impidiendo así que los espermatozoides se trasladen de los testículos a los conductos eyaculatorios y es la causa más frecuente de azoospermia obstructiva”¹⁸.

Más de 30 millones de hombres utilizan la Vasectomía como método anticonceptivo. La tendencia del uso de Vasectomía en América Latina y el Caribe tiene un alza de 4 veces en los últimos 15 años. En Chile ha aumentado entre un 30% a 40% en los últimos años, debido a distintas razones, entre ellas el mayor manejo de la información, y mayor conciencia de los hombres de asumir una paternidad responsable, porque sus parejas no desean utilizar MAC por los problemas que estos acarrearán. El 2002 fue el primer año donde se realizaron vasectomías en el sistema público de salud, periodo en que se realizaron alrededor de 134 vasectomías y 16.344 ligaduras de las trompas¹⁹.

Se estima que un 6% de los hombres que se han sometido a Vasectomía desean que sea revertida²⁰. No obstante, la tasa de post reversión puede llegar al 80% y sólo un 30% logra embarazar a su pareja después.

Es posible inferir que el hecho de que en Chile exista más del doble de esterilizaciones femeninas en comparación con las esterilizaciones masculinas, es por las altas tasas de cesáreas, en que las mujeres

18 Siddiqui MM, Wilson KM, Epstein MM, Rider JR, Martin NE, Stampfer MJ, Giovannucci EL, Mucci LA. “Vasectomía y riesgo de cáncer prostático agresivo: 24 años de seguimiento”. Revista chilena de obstetricia y ginecología. vol.80 no.1 Santiago 2015; versión On-line ISSN 0717-7526. Análisis crítico: Camila Fernández N.1, Jorge Carvajal C. PhD1, Claudio Vera PG. MSc.1. Unidad de Medicina Materno-Fetal, División de Obstetricia y Ginecología, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile.

19 “Primer anticonceptivo masculino seguro en cinco años más” 17 de mayo 2007, EMOL. Ver en: <http://www.emol.com/noticias/Tendencias/2007/05/17/729216/primer-anticonceptivo-masculino-seguro-en-cinco-anos-mas.html>

20 Dr. Felipe Aguila B.; Dr. Juan Pablo Hidalgo V.; Dr. Raúl Valdevenito S.; Dr. Joaquim Sarquella G.; Dr. Cristian Palma C. “Vasovasotomía y Epididimovasotomía: Cirugía Urológica Microquirúrgica.” REVISTA CHILENA DE UROLOGÍA. Volumen 80, N° 1 año 2015. Departamento de Urología Hospital Clínico Universidad de Chile, Departamento de Urología Clínica Las Condes. Video Presentado en el XXXVI Congreso Chileno de Urología, Viña del Mar, Chile 2014.

17 Eisen, David; Díaz, Soledad (2009) “Anticoncepción quirúrgica voluntaria.” Instituto Chileno de Medicina Reproductiva ICMER, Santiago, Chile.

aprovechan de ligarse las trompas en la misma intervención. Debido a la instalación de los derechos sexuales y reproductivos en la mayoría de los casos es posible mencionar que se realiza esterilización de manera voluntaria y por decisión propia.

El MINSAL indica que la eficacia en los métodos anticonceptivos se puede determinar principalmente por la tasa de embarazos por 100 mujeres en los primeros 12 meses de uso de MAC. La tasa de embarazo implica el uso del método en forma rutinaria por el periodo de 1 año. De acuerdo a la tabla a continuación, las mujeres en edad fértil que no utilizan ningún método anticonceptivo, tienen una tasa de 85 por cada 100 embarazos.

Los métodos que tienen una tasa de embarazo entre 0 y 1 son muy efectivos, los que tienen una tasa de 2-9 son efectivos y los que tienen tasas de embarazo entre 10-30 son los menos efectivos. En este sentido, tal como se observa en la Tabla N° 6, los métodos más efectivos son los Implantes de progestágeno solo con una tasa de embarazo de 0,05 en casos de uso típico de MAC, seguido del método Vasectomía con una tasa de embarazo de 0,1; Sistema intrauterino liberador de levonorgestrel (0,2); Esterilización femenina (0,5); Dispositivo intrauterino TCU 380A (0,8); Anticonceptivos orales de progestágeno solo (en lactancia) (1); Método de la amenorrea de la lactancia (MELA) (2); Inyectables combinados e Inyectable progestágeno sólo (AMPD) (3); Anticonceptivos combinados orales, anillo vaginal y parche transdérmico combinado, anticonceptivos orales de progestágeno solo (sin lactancia) (6-8); Condón masculino (15); Diafragma con espermicida (16); Coito interrumpido (19); Condón femenino (21) y Abstinencia periódica (25).

Tabla N°6. Eficacia de los Métodos Anticonceptivos (MAC)

Método anticonceptivo	Tasa de embarazos por 100 mujeres en los primeros 12 meses de uso (Uso típico)
Sin método	85
Implante de progestágeno solo	0,05
Vasectomía	0,1
Sistema intrauterino liberador de levonorgestrel	0,2
Esterilización femenina	0,5
Dispositivo intrauterino Tcu 380A	0,8
Anticonceptivos orales de progestágeno solo (en lactancia)	1
Método de la amenorrea de lactancia (MELA)	2
Inyectables combinados	3
Inyectable progestágeno solo (AMPD)	3
Anticonceptivos combinados orales	6-8
Anillo vaginal y parche transdérmico combinado	6-8
Anticonceptivos orales de progestágeno solo (sin lactancia)	6-8
Condón masculino	15

Diafragma con espermicida	16
Coito interrumpido	19
Condón femenino	21
Abstinencia periódica	25
Fuente: Elaboración propia, Corporación MILES, 2016, a partir de datos obtenidos a través del Ministerio de Salud.	

En la Tabla N°7, se especifica la eficacia de los métodos anticonceptivos de acuerdo a distintos criterios. Los MAC utilizados por hombres y mujeres son: abstinencia, método de ritmo y preservativo. Los métodos anticonceptivos utilizados sólo por las mujeres son el diafragma, espermicidas, Implante hormonal, inyección hormonal, dispositivo intrauterino, anticonceptivos orales, ligadura tubaria. Por otra parte, los MAC que usan sólo hombres son coitos interrumpidos y vasectomía.

Los métodos que tienen una duración efectiva a largo plazo o permanente tienen un menor % de tasas de embarazo, como por ejemplo el método implante hormonal (0,2%), inyección hormonal (0,4%) o dispositivo intrauterino (0,5-5%).

Anticoncepción de Emergencia (AE)

Chile tiene una larga tradición en materia de planificación familiar hoy conceptualizada como regulación de la fertilidad. No obstante, y a pesar de todos los avances en materia de normativas y leyes, existen una serie de situaciones que dan cuenta de las tensiones, retrocesos e incluso de falta de voluntades políticas para enfrentar problemas históricos en este ámbito.

La distribución de la anticoncepción de emergencia (AE) ha sido un tema de constante pugna dentro de las políticas públicas en nuestro país. En enero de 2010 se promulgó en nuestro país la Ley N° 20.418 que Fija las Normas sobre Información, Orientación y Prestaciones en materia de Regulación de Fertilidad²¹, como resultado de varios años de trabajo tanto de la sociedad civil, expresada en organizaciones no gubernamentales, centros académicos, organizaciones sociales, actores gubernamentales y parlamentarios. Esta ley es la primera que establece garantías en materia de derechos sexuales y reproductivos en nuestro país, y su cumplimiento se enmarca dentro de los acuerdos e instrumentos internacionales suscritos por Chile que involucran los derechos en materias de salud sexual y salud reproductiva.

La entrega de la AE en los servicios de salud del país está garantizada por normativa legal, sin embargo, su cumplimiento no ha estado exento de barreras y obstáculos.

Desde el 2008 se ha realizado una encuesta de seguimiento a los servicios de salud municipal a lo largo del país, respecto al acceso de AE. La información fue recolectada a través de consulta telefónica a los consultorios del país de manera aleatoria; se consideraron 327 municipios. En

21 Dides, C.; Nicholls, L; Bozo, N; Fernández, C. "Provisión de Anticoncepción de Emergencia en el Sistema de Salud Municipal de Chile". Estado de situación 2013. Documento de Trabajo N°3. Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública (CESOP), Facultad de Ciencias Sociales, Universidad Central; Consorcio Latinoamericano de Anticoncepción de Emergencia (CLAE).

Tabla N°7: Tabla Comparativa de Eficacia Anticonceptiva

Método	Usado por	Tipo	Evaluación Médica o Receta	Efectos adversos	Tasa de embarazo	Duración Efectiva	¿Es reversible?
Ningún método	Hombre y Mujer	n/c	No	No	Mayor de 85%	n/c	n/c
Abstinencia	Hombre y Mujer	Natural	No	No	0,00%	Corto o largo plazo	Sí
Coitos interrumpidos	Hombre	Natural	No	No	19%	Corto plazo	Sí
Método de ritmo	Hombre y Mujer	Natural	No	No	14-47%	Corto plazo	Sí
Preservativo	Hombre y Mujer	Barrera	No	No	1-33%	Corto plazo	Sí
Diafragma	Mujer	Barrera	Sí	Sí	1-21%	Corto plazo	Sí
Espemicidas	Mujer	Barrera	No	No	13-28%	Corto plazo	Sí
Implante hormonal	Mujer	Hormonal	Sí	Sí	0,20%	Largo plazo	Sí
Inyección hormonal	Mujer	Hormonal	Sí	Sí	0,40%	Largo plazo	Sí
Dispositivo intrauterino	Mujer	Intrauterino	Sí	Sí	0,5-5%	Largo plazo	Sí
Anticoncep. Orales	Mujer	Hormonal	Sí	Sí	0,16-3%	Corto plazo	Sí
Ligadura tubaria	Mujer	Quirúrgico	Sí	Sí	0,2-0,4%	Permanente	Eventual
Vasectomía	Hombre	Quirúrgico	Sí	Sí	0,02-0,2%	Permanente	Eventual

Fuente: Trussell J, Hatcher RA, Cates W, Stewart FH, Kost K. A Guide to Interpreting Contraceptive Efficacy Studies. *Obstetrics and Gynecology* 1990; 76:558-67. / Mishell DR, Jr. *Contraception. New England Journal of Medicine* 1989; 320: 777-787.

*La tasa de embarazo implica el uso del método en forma rutinaria por un periodo de 1 año.

cada uno de los municipios, se eligió un consultorio al azar el que fue encuestado telefónicamente. La información que se analiza considera siete variables: Situación de entrega o no entrega de anticoncepción de emergencia (AE), circunstancias de entrega de la AE, nombre comercial de la AE que se entrega, motivos de no entrega de AE, regiones y distribución de la AE, Alcaldes y distribución de la AE, partido político del/la Alcalde.

En el último estudio realizado en el año 2013 sobre Provisión de Anticoncepción de Emergencia en los Servicios de Salud Municipal³, las razones que dificultan el acceso a la AE han ido variando a través de los años. Inicialmente, las dificultades se relacionaban en gran medida con las confusiones asociadas a la falta de información respecto de su situación y procedimiento de entrega (años 2008 y 2009). Luego de la promulgación de la ley, la falta de información seguía siendo un argumento en algunos centros de atención en salud municipal, lo que fue disminuyendo con el paso de los años.

En la actualidad, una de las principales razones por las cuales no se entrega adecuadamente la AE es la falta de recurso humano para su entrega, puesto que principalmente es administrada por matrones/as, y muchos de los servicios de atención en salud municipal disponen solo de algunas horas de estos profesionales, que también cumplen con visitas a terreno a otras comunas, por lo tanto durante esos lapsos de tiempo la comuna queda sin distribución de AE.

Durante el 2015 se volvió a realizar la misma encuesta de los años anteriores para diagnosticar si la situación de distribución ha mejorado y detectar las barreras y obstáculos que tienen las mujeres. Cabe señalar que este mismo año, el Instituto de Salud Pública (IPS) dictó una resolución que autoriza la venta en farmacias de la píldora del día después sin receta médica.

Los resultados del estudio sobre la Provisión de Anticoncepción de Emergencia en el Sistema de Salud Municipal de Chile en el 2015, realizado por la Corporación MILES, dan cuenta de un aumento en la

entrega y distribución de la AE. No obstante se siguen observando algunos obstáculos en la provisión de AE en el sistema de Salud Municipal.

Tal como se señala en la Tabla N°8, de un total de 327 Servicios de Salud Municipal consultados, 295 entregan la Anticoncepción de Emergencia pertenecientes al 90,2% y 5 no la distribuyen, representando un 1,5%. El porcentaje restante no entrega información telefónica (3,4%), no sabe/no responde (3,7%), o bien no se obtuvo información (1,2%).

Tabla N°8: ¿Entrega la píldora del día después?

	n	%
Sí	295	90,2
No	5	1,5
No entrega información telefónica	11	3,4
No sabe/No responde	12	3,7
Sin información	4	1,2
Total	327	100

Fuente: Dides, C.; Fernández, C. (2016) "Provisión de Anticoncepción de Emergencia en el Sistema de Salud Municipal de Chile. Estado de situación 2015". Corporación Miles Chile, Santiago.

En comparación con estudios anteriores sobre la Provisión de Anticoncepción de Emergencia en el Sistema de Salud Municipal, es posible mencionar que ha aumentado el porcentaje de entrega de la PAE de un 41,4% en el año 2009 a un 90,2% en el 2015.

También se puede dar cuenta que ha disminuido el porcentaje de no entrega de la AE de un 41,4% en el 2009 a un 1,5% en el 2015.

Los Servicios de Salud Municipal (SMM) que no entregan la Anticoncepción de Emergencia en el 2015 son 5, de los cuales 1 se sitúa en la Región Metropolitana y los 4 restantes en la Zona Sur del país. Los SSM que no entregan la PAE es por la falta de stock de píldoras tal como se señala en la Tabla N°10. Por su parte, la Posta de Salud Rural Río

Tabla N°9: Situación de los municipios respecto a la entrega de la PAE, 2009-2015

¿Entrega la píldora del día después?	2009		2010		2011		2013		2015	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Sí	162	50,5	212	66,3	249	77,8	277	86,3	295	90,2
No	133	41,4	96	30	35	10,9	19	5,9	5	1,5
No entrega información telefónica	-	-	8	2,5	7	2,2	13	4	11	3,4
No sabe/No responde	26	8,1	4	1,3	1	0,3	12	3,7	12	3,7
Sin información	-	-	-	-	28	8,8	-	-	4	1,2
Total	321	100	320	100	320	100	321	100	327	100

Fuente: Dides, C.; Fernández, C. (2016) "Provisión de Anticoncepción de Emergencia en el Sistema de Salud Municipal de Chile. Estado de situación 2015". Corporación MILES Chile, Santiago.

Verde ubicada en la comuna Río Verde, XII región de Magallanes no entrega la PAE porque no hay demanda. Esto se debe a que la población se compone mayoritariamente de adultas mayores. Al hacer la comparación del estado de situación del 2013 es posible inferir un retroceso en la distribución de la PAE, puesto que el 2013 entregaban la píldora 4 de los 5 servicios señalados.

Dos servicios que no entregan la anticoncepción de emergencia pertenecen a comunas cuyos alcaldes son de la Unión Demócrata Independiente (UDI), uno de Renovación Nacional (RN) y dos independientes.

Si bien ha mejorado la provisión de Anticoncepción de Emergencia en el Sistema de Salud Municipal, resulta preocupante que pese a la legislación vigente sobre la Ley N° 20.418 que Fija las Normas sobre Información, Orientación y Prestaciones en materia de Regulación de Fertilidad, aún existan centros de salud municipal que no entregan la PAE. Por tanto, para cumplir con la legislación y normativas vigentes en materia de regulación de la fertilidad, todos los Servicios de Salud Municipal debieran tener stock disponible, socializar la normativa vigente entre las/los matronas/nes y distribuir la PAE sin restricción alguna.

Respecto a la anticoncepción de emergencia, que más se distribuye en los consultorios, tal como se indica en la Tabla N°11, estos son Escapel 2, seguida por Pregon y Postinor 2 que concentran el 84% del stock de los consultorios municipales. Actualmente, según datos de la encuesta no se entrega el método yuzpe.

Tabla N°10: Alcaldes/sa que NO entregan PAE según partido político y coalición en 2015

Región	Comuna	Nombre Consultorio	Alcalde/sa	Partido político	Motivos por los cuales no entrega	Situación de entrega en años anteriores	
						2010	2013
Región Metropolitana	Colina	CESFAM Colina	Mario Antonio Olavarría	Unión Demócrata Independiente (UDI)	No hay stock	sí	sí
X región de Los Lagos	Palena	PSR El Malito	Aladín Delgado	Renovación Nacional (RN)	No hay stock	no	sí
XII región de Magallanes	Río Verde	Posta de Salud Rural Río Verde	Tatiana Vázquez	Unión Demócrata Independiente (UDI)	No hay demanda	sí	no
XII región de Magallanes	Torres del Paine	PSR Cerro Castillo	Anahí Cárdenas	Independiente	No hay stock	no	sí
XIV región de Los Ríos	Corral	Posta de Salud Rural Isla del Rey	Gastón Pérez	Independiente	No hay stock	no	sí

Fuente: Dides, C.; Fernández, C; (2016) "Provisión de Anticoncepción de Emergencia en el Sistema de Salud Municipal de Chile. Estado de situación 2015. Corporación MILES Chile. Santiago.

Tabla N°11: Si entrega la PAE, ¿cuál entregan?

	2015	
	n	%
Escapel 2	152	51,5
Pregnon	65	22
Postinor 2	31	10,5
Levonorgestrel	19	6,4
Postinor	19	6,4
Escapel 1	6	2
Receta Médica	2	0,8
Postday	1	0,4
Yuzpe (Anulette)	0	0
Total	295	100

Fuente: Dides, C.; Fernández, C; (2016) "Provisión de Anticoncepción de Emergencia en el Sistema de Salud Municipal de Chile. Estado de situación 2015. Corporación MILES Chile. Santiago.

Violación y situación de entrega de Anticoncepción de Emergencia

El embarazo por violación es una de las violencias de género más graves ejercidas contra la mujer. Afecta a la víctima en su integridad psíquica, física, social, sexual y existencial. De los múltiples impactos de la violación, sin duda el embarazo es uno de los más críticos por todas las crisis que conlleva en momentos de gran fragilidad emocional. Más aún, cuando la víctima no quiere continuar su embarazo y se le prohíbe su interrupción producto de la penalización total del aborto en Chile, siendo esta una decisión obligada que va a repercutir en el proyecto de vida de la mujer como también de su hijo/a. Por tanto, el someterse hoy en día a un aborto de manera ilegal puede implicar grandes inseguridades, riesgos para la víctima y hasta sanciones legales.

Un embarazo por violación puede generar diversos conflictos y estigmas sociales para la víctima, como es el caso de la maternidad y crianza obligada que puede activar el síndrome de estrés post traumático.

Si bien no hay datos estadísticos que reflejen el total de embarazos por violación, es posible mencionar algunos datos a través de los registros de servicios públicos a los que han recurrido mujeres, niñas y adolescentes víctimas de violación sexual, como es el caso de los datos de atenciones médicas asociadas a violencia de género del MINSAL.

En la Tabla N°12, se observa el registro de atenciones médicas asociadas a violación entre el periodo 2010-2014. Al respecto, es posible señalar que se atendieron en los servicios públicos de salud un total de 5.110 casos por violación, de los cuales se entregó anticoncepción de emergencia a 3.059. Los restantes 2.051 casos no recibieron anticoncepción de emergencia por encontrarse fuera de los plazos requeridos.

El 2012 fue el año que registra mayores atenciones médicas por violación, alcanzando 1.143 casos. Cabe señalar que a los 2.051 casos no se les ofreció la posibilidad de elegir un aborto como medida de solución terapéutica, dado el contexto de penalización y criminalización del aborto en Chile.

Tabla N°12: Atenciones Médicas asociadas a Violencia de Género-Atención por Violación 2010-2014

Año	Glosa prestación		Total
	Con entrega de Anticoncepción de Emergencia	Sin entrega de Anticoncepción de Emergencia	
2010	516	478	994
2011	763	336	1.099
2012	774	369	1.143
2013	390	397	787
2014	616	471	1.087
Total general	3.059	2.051	5.110

Fuente: Elaboración propia, Corporación Miles, 2013. A partir de datos entregados por Ley de Transparencia del Ministerio de Salud.

Es importante investigar sobre este método de regulación de la fertilidad en materia de salud sexual y salud reproductiva, ya que mediante la PAE también es posible dar cuenta de una problemática poco documentada en Chile, referida a la violencia sexual vinculada a los casos de embarazo no deseado y maternidad forzada en nuestro país, comprendidos desde su estado de salud y desde un enfoque de derechos humanos²².

²² Los datos sobre embarazo por violación y entrega de PAE se encuentran en el capítulo de Violencia Sexual de este Informe.

Presupuesto destinado a regulación de la fertilidad en Chile

El Ministerio de Salud cuenta con un Programa de Regulación de la Fertilidad dedicado exclusivamente a planificación familiar; se enfoca significativamente en la igualdad de género y el empoderamiento de la mujer y cubre grupos de edad entre 10 a 54 años. Entre sus objetivos destaca:

1. Informar a la mujer y/o su pareja sobre tipos, características y disponibilidad de los métodos de regulación de la fecundidad y aspectos relacionados con planificación familiar.
2. Permitir que la mujer y/o su pareja decidan libre e informadamente sobre la práctica de la regulación de la fecundidad y el método a usar.

La ubicación del Programa es a nivel nacional, y desde el nivel central se distribuyen los recursos. El MINSAL no recibe fondos internacionales destinados a la regulación de la fertilidad.

La prestación de regulación de la fertilidad se realiza en la Atención Primaria de Salud (APS). La distribución de recursos que financian la APS en los municipios se estructura de la siguiente forma: per cápita, por financiamiento de Leyes y por reforzamiento municipal.

Los datos que se han registrado, corresponden a los recursos de fármacos e insumos APS, anticonceptivos y otros programas ministeriales que se distribuyen a los Servicios de Salud (en base a la programación que los propios Servicios de Salud hacen en la página de CENABAST), para que ellos gestionen la entrega de los mismos, en todo su ámbito territorial (establecimientos de dependencia comunal o del propio Servicio de Salud).

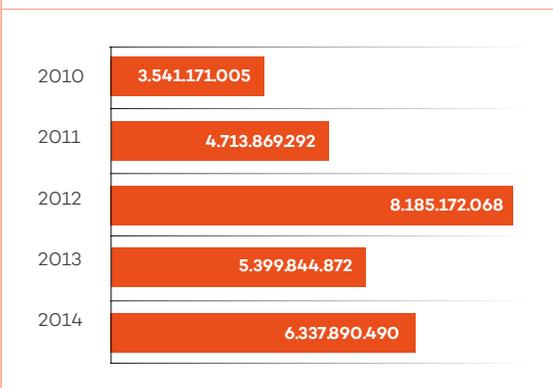
La Central Nacional de Abastecimiento (CENABAST), es un servicio público de Chile que depende del Ministerio de Salud. Está encargado

de las adquisiciones y distribución de los fármacos, insumos médicos y bienes del sistema de salud público

De acuerdo a un informe proporcionado por CENABAST²³, la compra de anticonceptivos creció en un 79% desde el año 2010, de acuerdo a los registros en el gasto por la adquisición de anticonceptivos para el sistema público de salud.

Del total de anticonceptivos comprados por CENABAST entre el periodo 2010-2014, (en pesos chilenos):

Gráfico N°4: Gastos en \$ métodos de regulación de la fertilidad.

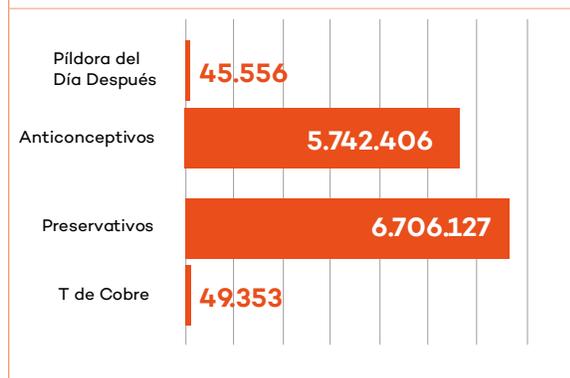


Fuente: Instituto de Políticas públicas en Salud, Universidad San Sebastián (IPSUSS). Escrito por Cenabast-Mercurio.

De acuerdo a las cifras proporcionadas, es posible inferir que el año en que CENABAST invirtió mayor presupuesto para la compra de anticonceptivos fue durante el 2012 con un total de \$8.185.172.068-, observándose cifras considerablemente mayores en comparación con los otros años descritos.

Durante el año 2014, la CENABAST compró un total de 6.706.127 Preservativos, 5.742.406 de Anticonceptivos, 45.556 Píldora del día después y 49.353 T de cobre, tal como se evidencia en el gráfico a continuación.

23 Instituto de Políticas públicas en Salud, Universidad San Sebastián (IPSUSS). (2014) Escrito por Cenabast-Mercurio. Disponible en la web en: [<http://www.ipsuss.cl/ipsuss/estadisticas-e-indicadores/compra-de-anticonceptivos-crecio-79-desde-el-2010/2015-01-05/095425.html>]

Gráfico N°5: Total de métodos de regulación de la fertilidad comprados por CENABAST, 2014

Fuente: Instituto de Políticas públicas en Salud, Universidad San Sebastián (IPSUSS). Escrito por Cenabast-Mercurio.

De acuerdo a las compras de CENABAST en el 2015, que aparecen en su plataforma web, es posible señalar que se incluye la compra de Preservativos al Laboratorio EUROMED Chile S.S. Compró un total de 495.504 condones lubricados (caja de 144 unidades) con un precio unitario de 32,00. Compró además 833.760 preservativos resistentes (caja de 144 unidades), con un precio unitario de 30,00. Por tanto, CENABAST compró un total de 1.329.264 preservativos a Laboratorios Euromed Chile S.A., lo cual equivale a un total de \$40.868.928 en el año 2015.

Por otra parte, de acuerdo al gasto en anticoncepción de emergencia, no existen cifras oficiales sobre el consumo de levonorgestrel en el sector privado, pero sí en la red pública, en que se ha evidenciado un aumento de ingesta de la píldora del día después de haber asistido a urgencias de hospitales. En 2012, se entregó un total de 8.863 dosis de manera gratuita, y el 2014 esta cantidad subió a 13.474 unidades²⁴.

24 La Tercera. "ISP dicta resolución que autoriza venta en farmacias de píldora del día después sin receta". 04 de septiembre, 2015.

Tabla N°13: Compras De Preservativos Realizadas Por Cenabast En El Año 2015

Producto	Proveedor	Cantidad Comprada	Precio Unitario	Precio Total
Lubricante (Preservativo) Caja 144 Un.	Laboratorios Euro-med Chile S.a.	495.504	32,00	15.856.128
Preservativo Resistente Caj 144 Un	Laboratorios Euro-med Chile S.a.	833.760	30,00	25.012.800
Total		1.329.264		40.868.928

Fuente: Corporación Miles, elaboración propia en base a información obtenida en compras efectuadas 2015, Cenabast. Información actualizado al 13 de enero de 2016.

De acuerdo a la distribución de la pastilla en la atención primaria, según la Subsecretaría de Redes, los servicios de salud han solicitado 59.475 píldoras para el 2016 en todo el país. De estos, el Servicio de Salud Metropolitano Norte es el que más ha solicitado para sus establecimientos asistenciales: 6.000 unidades.

La base de datos entregada por Aduanas²⁵ proporcionó información del importador de los productos solicitados, así también, país origen, almacenaje, forma de pago, cobertura, tipo de bulto, cantidad, como también los distintos valores, montos, impuestos y porcentajes.

Tabla N° 14: Anticonceptivos importados por Aduanas de Chile entre 2010-2014.

Mercancía	Importador
Etonogestrel	Laboratorios recalcine s.a.
Progesterona	Sigma-aldrich química ltda.
Algestona acetofenido	Laboratorios andromaco s.a.
Ciproterona acetato	Laboratorios andromaco s.a.
	LABORATORIOS SILESIA S.A.
Drospirenona	Laboratorios silesia s.a.

25 Solicitud Ley de Transparencia AE007W-0008049

Desogestrel	Sigma-aldrich quimica ltda.
	LABORATORIOS ANDROMACO S.A.
Etinil estradiol	Laboratorios recalcine s.a.
Norgestimato	Laboratorios recalcine s.a.
Acetati de clormadinona	Sigma-aldrich quimica limitada
Norgestrel micronizad	Laboratorios andromaco s.a.
Gestodeno	Laboratorios andromaco s.a.
	LABORATORIOS RECALCINE S.A.
Dienogest	Laboratorios andromaco s.a.
	LABORATORIOS RECALCINE S.A.
Algestona acetofenido	Laboratorios andromaco s.a.
Gestodeno	Laboratorio chile s.a.
	LABORATORIOS RECALCINE S.A.
Noretisterona	Bayer s.a.
	NOVARTIS CHILE S.A.
Drospirenona	Laboratorios andromaco s.a.
	TECNOFARMA S.A
	LABORATORIOS RECALCINE S.A.
Ethinilestradiol clormadinopna	Laboratorio chile s.a.
Drospirenona	Laboratorios andromaco s.a.
	LABORATORIOS RECALCINE S.A.
Algestona acetofenido	Laboratorios andromaco s.a.
Drospirenona	Laboratorios andromaco s.a.
Etinilestradiol micronizado	Laboratorios andromaco s.a.

Estradiol	Laboratorios andromaco s.a.
	MERCK S.A.
Levonorgestrel	Laboratorios recalcine s.a.
	MERCK S.A.
Clormadinona	Laboratorios recalcine s.a.
	LABORATORIO CHILE S.A.
Estrogenos conjugados	Biosyntec s.a.
Desogestrel	Sigma-aldrich quimica ltda.
Uliprisnil acetato	Laboratorios recalcine s.a.
Linestrenol	Laboratorios recalcine s.a.
Fuente: Corporación Miles, elaboración propia en base a información entregada por Ley de Transparencia. Solicitud AE007W-0008049	

Como se observa en la tabla anterior, se importan distintos tipos de anticonceptivos y los mayores importadores son Laboratorios Andromaco S.A y Laboratorios Recalcine S.A.

Tabla N°15: Preservativos importados por Aduanas de Chile entre 2010-2014.

Importador	Cantidad
Acam s.a.	4
Aprofa	19.144
Com. Carolina obreque e.i.r.l	1.601
Comerc.diuana y bercovich ltda_	183
Comercial laon ltda.	24.166
Comercial lbf ltda	8.081
Comercial r.o.b. y cia.ltda.	1.254
Comercial urrutia e hijos ltda	7.296
Distrib. B y v y.cia.ltda.	5.586
Dmed s.a.	26
Emp.d/desarrollo pesq.d/chile	5
Esam s.a.	3.710
Essen spa	1.538

Farmaceutica esan ltda.	21.300
Farmaceutica medcell ltda.	34.326
Fedex/distribuidora farmage	1
Flavia woloszyn y cia ltda.	7.449
Glass lab ltda.	6.973
Imp.y dist.de ins.med.zubimed	3.418
Ivd s.a.	3
Laboratorio prater s.a.	74.809
Laboratorio volta s.a.	56.209
Laboratorios euromed chile s.a	4.461
Laboratorios prater s.a.	51.971
Leon borzutzky fridman s.a.	5.195
Pharmavita s.a.	1.261
Qualix farmaceutica ltda.	180
Reckitt benckiser chile s.a.	35.019
Soc. De ense.anzas educativas	5.463
Soc.com.improfar ltda.	2.409
Tecnoskin s.p.a.	3.069
Ts group spa	7.792
Vesalius pharma s.a.	82.455
Total	476.357
Fuente: Corporación Miles, elaboración propia en base a información entregada por Ley de Transparencia. Solicitud AE007W-0008049	

De acuerdo a las importaciones de preservativos, es posible mencionar que se ha importado una cantidad total de 476.357 preservativos. Al respecto, VESALIUS PHARMA S.A. es el mayor importador de preservativos, con una cantidad de 82.455; seguido de LABORATORIO PRATER S.A. con 74.809, LABORATORIO VOLTA S.A. con 56.209, LABORATORIOS PRATER S.A. con 51.971 y RECKITT BENCKISER CHILE S.A. con 35.019.

No obstante, hay que tener en consideración el contexto contingente que vivió Chile durante el 2015, respecto a la colusión de las farmacias,

inflando los precios de los medicamentos. De acuerdo al MINSAL e IPS, entre el año 2008 y 2012, se presentó un alza de un 26,2% en los medicamentos con receta y un 17,3% sin receta. En este marco, se está desarrollando una iniciativa legislativa respecto un Proyecto de ley de Fármacos, que reforma al Código Sanitario en la inclusión de una indicación que autorice la comercialización de medicamentos de venta directa en establecimientos comerciales, ampliando así la cobertura y reduciendo los precios. Se estima que un 8,2% promedio bajarían los precios de medicamentos de venta directa.

De acuerdo al relato de una mujer en el Portal Zancada²⁶, existe una diferencia entre los precios del mismo anticonceptivo en las distintas farmacias de grandes cadenas comerciales en comparación con farmacia del barrio, ya que la farmacia Salcobrand vende el anticonceptivo a \$17.290, la farmacia Ahumada y Cruz Verde lo venden a un valor de \$17.250 y la farmacia del barrio lo vende a 15.290, existiendo una diferencia de \$2.000 entre las cadenas comerciales de farmacias y las farmacias del barrio.

Esta pequeña evidencia refleja la gran problemática en las alteraciones de precios de las farmacias y laboratorios de grandes cadenas comerciales, lo cual estaría alterando el flujo presupuestario de los métodos de regulación de fertilidad que disponen en el mercado.

Por otra parte, se ha podido evidenciar a través de los datos enviados por Aduana de Chile, que existe ingreso de mifepristona en Chile entre 2010 y 2013, con la entrega de 2.000 frascos y 10.000 unidades. El importador del fármaco es Sigma Aldrich, catalogado como “El mayor proveedor mundial de Reactivos Bioquímicos, Químicos Orgánicos y Kits para la Investigación y la Industria”.

26 Colusión de las farmacias: ahora, los anticonceptivos, Marzo, 2014. Ver en: <http://www.zancada.com/2014/03/colusion-de-las-farmacias-ahora-los-anticonceptivos/>

Sobre Leyes, Normas y Reglamentos

El Estado chileno se ha comprometido con la protección de los derechos en salud reproductiva, firmando distintos Acuerdos, Pactos, Convenios y siendo partícipe de diversos encuentros y Conferencias Internacionales. El principio que resguarda la regulación de la fertilidad, ha sido ratificado en diversas Conferencias Internacionales que la ONU ha realizado en materia de Población y Desarrollo, de Derechos Humanos, Derechos Sexuales, Derechos Reproductivos y sobre la Mujer²⁷.

Los instrumentos internacionales vinculantes de las Naciones Unidas obligan al Estado de Chile hace más de 40 años a incorporar diversas opiniones y perspectivas valóricas en las políticas públicas sobre sexualidad y reproducción, y establecer derechos humanos fundamentales, como el derecho a la integridad física y emocional y a la libertad de pensamiento. Los acuerdos de conferencias no son jurídicamente vinculantes, no obstante establecen compromisos de realizar acciones políticas que contribuyan a garantizar derechos humanos comprometidos.

Respecto a los derechos reproductivos, a partir de los años 90 se deja de considerar a las mujeres como meras reproductoras para considerarlas como ciudadanas, periodo en que se estableció que la salud y autodeterminación sexual y reproductiva son derechos humanos.

Ya en 1968, la Conferencia Mundial sobre Derechos Humanos manifiesta que “Las parejas tienen el derecho humano fundamental de decidir el número y espaciamiento de sus hijos y el derecho a obtener la educación y los métodos necesarios para hacerlo”²⁸.

Otros instrumentos internacionales que comprometen al Estado chileno a brindar servicios de control de la fertilidad a la población son el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, y la Convención para la Eliminación de toda forma de Discriminación Contra la Mujer (CEDAW) ratificada por Chile en 1989, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales ratificado por Chile en 1990, la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD, El Cairo 1994), la Cuarta Conferencia Mundial de la Mujer (Beijing, 1995), la Resolución de la Asamblea Mundial de la Salud 2002 y las Metas para el Milenio (Naciones Unidas, 2000), las Metas de Desarrollo Sostenible al 2030 y el Consenso de Montevideo del 2013.

Estos acuerdos establecen que las alternativas de anticoncepción resultan esenciales para contribuir en el respeto de los derechos fundamentales de las personas, ya que atraviesa por una serie de derechos humanos que están implícitos en los derechos reproductivos.

Derechos Asociados al Uso de Métodos Anticonceptivos¹

Derecho a la Vida

El uso de anticonceptivos puede evitar un embarazo no deseado y por ende abortos realizados en condiciones de riesgo, como también puede evitar embarazos que exponen a riesgo a una mujer con ciertas patologías. Protege la salud de las mujeres al prolongar el intervalo entre los embarazos, disminuyendo la mortalidad infantil ya que las tasas de mortalidad infantil son más altas cuando se producen embarazos en menores de edad, y cuando se producen intervalos de embarazo de menos de dos años.

1 El personal de salud tiene derecho a considerar que el mecanismo de acción de alguno de estos métodos puede no ser aceptable de acuerdo a sus propias creencias y concepciones, permitiendo la objeción de conciencia, pero sólo en el caso que pueda derivar a quién solicita este método a otro profesional de salud que no manifieste esta objeción, asegurando atención a la persona para que pueda ejercer sus derechos. La no entrega de información o de servicios requeridos para asegurar una salud integral de la sexualidad y la reproducción, constituye una violación de los derechos humanos de las usuarias, comprometiendo la responsabilidad de los servicios y del Estado. Normas Nacionales sobre Regulación de la Fertilidad 2014. Op cit. Minsal (2014) En revisión.

27 Resolución XVIII de la Asamblea General de las Naciones Unidas

28 Conferencia Internacional de Derechos Humanos. Teherán, 22 de abril al 13 de mayo de 1968.

<p>Derecho al cuidado de la salud</p>	<p>La anticoncepción contribuye a proteger, preservar y promover la propia salud, evitando embarazos no deseados o de alto riesgo. Este derecho implica que las personas tengan acceso a la información adecuada acerca de alternativas anticonceptivas, para así elegir la más conveniente y segura desde el punto de vista biomédico y de sus creencias y valores personales. Para aquello, es fundamental potenciar el derecho a la garantía y respeto del derecho a la salud, mediante accesibilidad, aceptabilidad y calidad, en sintonía con los estándares internacionales de derechos humanos, considerando el principio de justicia y equidad.</p>	<p>Derecho a la privacidad y confidencialidad</p>	<p>Resulta fundamental para fortalecer la autonomía de las personas y su proceso de toma de decisiones, como ejercicios básicos para quienes trabajan en torno a los derechos en salud sexual y salud reproductiva. Cabe mencionar que el derecho a la privacidad se encuentra consagrado en la Ley 20.548 sobre Derechos y Deberes de los Pacientes², de la legislación chilena que entró en vigencia en el año 2012. De acuerdo a lo señalado por el Ministerio de Salud en el 2014, se debe asegurar una atención de regulación de la fertilidad en un ambiente privado, dando certeza de la confidencialidad sobre la entrega de información en la atención. Hay que tener precauciones con la presencia de la pareja en la atención, ya que en algunos casos puede limitar la libre expresión de la usuaria o usuario, en especial de las mujeres que se encuentran más vulnerables a vivir situaciones de violencia íntima de parte de sus parejas.</p>
<p>Derecho a la libertad individual,</p>	<p>Se protege mediante el uso de anticoncepción es el ya que cada persona tiene derecho a expresar su sexualidad y tomar decisiones en su conducta reproductiva según su propia percepción, de acuerdo a sus principios y valores y según su situación de vida. En este sentido, cada persona tiene derecho de formar una familia, tener hijos/as o no tenerlos, ligado al concepto de maternidad o paternidad voluntaria, deseada y responsable, desligando el ejercicio de la sexualidad de la reproducción.</p>	<p>Derecho a la equidad y a la dignidad,</p>	<p>El fomento el respeto mutuo y no discriminación en la relación médico/usuario(a) y comprendiendo la situación personal de cada persona; este derecho se entrelaza con el Derecho a vivir libre de maltrato o tortura, que impone el deber de asegurar el respeto, dignidad y no coacción en la atención sobre regulación de la fertilidad, sin maltrato físico, psicosocial y/o legal de parte del personal de salud. Especialmente en mujeres que han interrumpido su embarazo de manera voluntaria, tal como se menciona en las</p>
<p>Derecho a la libertad de pensamiento, de conciencia y de religión,</p>	<p>Se protege el que permita una sociedad pluralista, sin imponer el uso de anticonceptivos, pero entregando todas la información y acceso necesario para tomar las decisiones respectivas en torno a la fecundidad, según el pensamiento de cada persona, su propia conciencia, creencias personales y su religión.</p>		

2 Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. Ley 20.584: "Regula los Derechos y Deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud. Con vigencia diferida por fecha de: 01-10-2012. Disponible en: http://www.supersalud.gob.cl/normativa/571/articles-7564_recurso_1.pdf

	Orientaciones Técnicas para la atención integral de mujeres que presentan un aborto y otras pérdidas reproductivas, adoptada por el Ministerio de Salud en el 2011.
Derecho a los beneficios del progreso científico	Manifiesta la utilización de evidencia científica y tecnológica actualizada por parte de los profesionales de salud para el manejo clínico de la anticoncepción, beneficiando así la atención de regulación de la fertilidad. Todo fármaco utilizado debe cumplir con los estándares de seguridad y eficacia que resulten deseables.

En la actualidad, las Naciones Unidas monitorean y evalúan el cumplimiento de los tratados internacionales que el gobierno chileno ha firmado y ratificado. Tanto el Comité de Derechos Humanos de la ONU, el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer y otros órganos de vigilancia de los tratados de la ONU han reiterado su preocupación sobre las leyes que penalizan el aborto y los riesgos para mujeres, niñas y adolescentes embarazadas.

El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CDESC) de la ONU supervisa el cumplimiento del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y un tratado que obliga a los Estados miembros a garantizar la igualdad de los derechos económicos, sociales y culturales para todas las personas. Instó a las autoridades chilenas a que redoble sus esfuerzos para la prevención del embarazo adolescente, garantizando la accesibilidad, disponibilidad y asequibilidad de la anticoncepción de emergencia y otros servicios críticos de salud reproductiva.

El Centro de Derechos Reproductivos instó al Comité a cuestionar a las autoridades chilenas específicamente sobre restricciones legislativas en torno al aborto y las barreras que enfrentan las

víctimas de violencia sexual, específicamente las víctimas de violación, en torno a la anticoncepción de emergencia y otros servicios de salud reproductiva. La Directora regional Para América Latina y el Caribe del Centro de Derechos Reproductivos manifiesta al respecto: “Hoy en día el Comité de la ONU se ha unido a una voz mundial en la convocatoria para que Chile finalmente ponga fin a sus duras restricciones legales que impiden a las mujeres acceder a los servicios de aborto legal y seguro que necesitan, y que violan su derecho humano fundamental a la salud”²⁹.

En agosto de 2013 se adoptó el Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo, acordado por 38 Estados miembros y asociados de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), que contiene acuerdos claves sobre la implementación del Programa de Acción de El Cairo después de 2014. Respecto a los derechos reproductivos el Consenso señala en su principio N° 12:

*“Implementar programas de salud sexual y salud reproductiva integrales, oportunos y de calidad para adolescentes y jóvenes, que incluyan servicios de salud sexual y salud reproductiva amigables, con perspectiva de género, derechos humanos, intergeneracional e intercultural, y que garanticen el acceso a métodos anticonceptivos modernos, seguros y eficaces, respetando el principio de confidencialidad y privacidad, para que adolescentes y jóvenes ejerzan sus derechos sexuales y derechos reproductivos, tengan una vida sexual responsable, placentera y saludable, eviten los embarazos tempranos y los no deseados, la transmisión del VIH y otras infecciones de transmisión sexual; y tomen decisiones libres, informadas y responsables con relación a su vida sexual y reproductiva y al ejercicio de su orientación sexual;”*³⁰.

29 “Comité de la ONU pide reforma a la ley de aborto en Chile”. 3 de julio, 2015. Plataforma web Miles Chile. Sector Opinión, Ver en: <http://mileschile.cl/?p=1226>

30 Consenso de Montevideo. I Conferencia Regional sobre Patagonia y Desarrollo de América Latina y el Caribe. Uruguay. Marzo, 2014, principio N° 12, p.35

Así también en el principio N°14 manifiesta, *“Dar prioridad a prevenir el embarazo en la adolescencia y eliminar el aborto inseguro, mediante la educación integral para la sexualidad, y el acceso oportuno y confidencial a la información, asesoramiento, tecnologías y servicios de calidad, incluida la anticoncepción oral de emergencia sin receta y los condones femeninos y masculinos”*³¹.

Al respecto, CEDAW 1989, manifiesta que todas las adolescentes deben tener el mismo derecho de acceder a una atención de regulación de fertilidad, sin la necesidad de autorización de un tercero, e independiente de su estado civil. Cabe mencionar el Decreto N° 49 del 28 de marzo del 2013, del Ministerio de Salud, que aprueba el reglamento para el ejercicio del derecho a recibir educación, información y orientación en materia de regulación de la fertilidad. Este decreto y, en concordancia con el espíritu de la Ley 20.418 exige a los proveedores de servicios de salud la entrega de la anticoncepción de emergencia a aquellos menores de 14 años que lo soliciten, debiendo informar de manera posterior al padre, madre o adulto responsable que la/el menor señale ratificando que esta medida no sea un obstáculo para dar atención y tratamiento a adolescentes de 14 años o menos. Destacar que el reglamento no exige la autorización de un tercero para que las adolescentes tengan acceso a la anticoncepción de emergencia.

Amnistía Internacional en Chile, en su informe para el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la ONU recomienda al Estado de Chile³²:

- Garantizar que los derechos sexuales y reproductivos se respetan, protegen y cumplen, lo que incluye proporcionar acceso a servicios de salud, anticonceptivos y anticoncepción de emergencia, así como información sobre estos servicios, a todas las mujeres y niñas sin discriminación.
- Garantizar que se tenga en cuenta

sistemáticamente la “evolución de las capacidades” de los adolescentes durante la prestación de servicios de salud, y que se dispone de servicios sin autorización ni notificación parental o de otros terceros cuando el “interés superior del niño” así lo exija.

- Proporcionar información sobre el impacto de las medidas y programas que el Estado está implementando para garantizar que se respeten los derechos sexuales y reproductivos, y sobre aquellos a los que se remite el Estado en su respuesta a la lista de cuestiones del Comité de abril de 2015.
- Revocar todas las leyes que penalicen a las mujeres y niñas por someterse a un aborto, así como a los prestadores de servicios que lo practiquen, y adoptar medidas para garantizar el acceso a un aborto sin riesgos y legal —sin obstáculos indebidos en cuanto a plazos, capacidad económica, disponibilidad de servicios y otros— como mínimo cuando el embarazo sea producto de violación o incesto, cuando represente un peligro para la vida o la salud de la mujer y la niña, y cuando el feto no sea viable.
- Ratificar el Protocolo Facultativo de la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer y el Protocolo Facultativo del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.

31 Consenso de Montevideo. I Conferencia Regional sobre Patagonia y Desarrollo de América Latina y el Caribe. Uruguay. Marzo, 2014, principio N° 14, p.35

32 Información para el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la ONU. 55 Período de sesiones: 1 a 19 junio de 2015.

Tabla N° 17: Acuerdos Internacionales relacionados con Regulación de la Fertilidad que el Estado chileno debe cumplir

Nombre	Descripción
Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (PICP) (1966)	Protege el derecho a la vida privada, a la familia y a la igualdad y la no discriminación.
Conferencia Mundial de Población (Bucarest, 1947)	Todas las parejas e individuos tienen el derecho fundamental de decidir libre y responsablemente el número y espaciamiento de sus hijos y de disponer de la información, la educación y los medios necesarios para ello. (Principio f, Plan de Acción Mundial sobre Población).
Conferencia Mundial del Decenio de las Naciones Unidas para la Mujer: Igualdad, Desarrollo y Paz (Copenhague, 1980)	Proporcionar información, educación y medios para que hombres y mujeres puedan ejercer libremente el derecho a determinar la dimensión de su familia. (Capítulo 1.1, Resoluciones y decisiones aprobadas por la Conferencia).
Conferencia Mundial de los Logros del Decenio de las Naciones Unidas para la Mujer: Igualdad, Desarrollo y Paz (Nairobi, 1985).	Las cuestiones relacionadas con las tasas de fecundidad y de crecimiento de la población deben abordarse en un contexto que permita a la mujer ejercer efectivamente sus derechos en cuestiones de interés para la población, incluido el derecho fundamental a regular su propia fecundidad, que es básico para el disfrute de otros derechos. (Párrafo 29, Estrategias de Nairobi).

Convención para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación en Contra de la Mujer, CEDAW (Nueva York, 1989).	Reconoce el derecho a decidir si procrear o no hacerlo, al igual que tener acceso a información y los medios que les permitan ejercer este derecho.
Conferencia de Población El Cairo (1994)	Plantea la necesidad del acceso universal de servicios de salud reproductiva y sexual para el 2015.
Objetivos del Desarrollo del Milenio (ODM) (2000)	Explica que la ausencia de tratamientos de infertilidad es una barrera relevante al acceso universal de la salud reproductiva (ODM5), y constituye una fuente de desigualdad en el acceso a los beneficios que aporta la ciencia y la tecnología.
Resolución WHA 55.19 de la Asamblea Nacional de la Salud (2002)	Declara que para el cumplimiento de las Metas del Milenio, es clave aumentar el acceso a información y servicios de calidad suficiente, incluyendo los de salud reproductiva.
Consenso de Montevideo. I Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo de América Latina y el Caribe (2013)	Integración plena de la población y su dinámica en el desarrollo sostenible con igualdad y enfoque de derechos: clave para el Programa de Acción de El Cairo después de 2014.

Fuente: Corporación Miles, 2016

Tabla N° 18: Normas relacionadas con Regulación de la Fertilidad

Año	Número
1898	Decreto N°789
1990	Decreto N°830
1994	Ley N°19.299
1996	Dictamen 225-85
1997	Ley N°19.505
1998	Ley N°19.670
1999	Decreto 1.907
2000	Resolución Exenta N°2326
2000	Ley N°19.688
2000	Modifica Ley N°18.962, Orgánica Constitucional de Enseñanza
2002	Ley N°19.824
2003	Ley N°19.591
2003	Ley N°19.852
2004	Reglamento N°79
2005	Ley N°20.047
2006	Decreto Supremo N°48
2009	Ordinario A15/1675
2010	Ley N°20.418
2011	Ley N°20.533
2012	Ley N°20.584
2013	Decreto N°49

Fuente: Corporación Miles, 2016

Tabla N° 19. Políticas públicas sobre Regulación de la Fertilidad. Incluye Programas, Protocolos y Guías Técnicas.

Año	Materia
2008	Normas Nacionales sobre Regulación de la Fertilidad, Ministerio de Salud.
2008	Manual de Atención Personalizada en el Proceso Reproductivo. Ministerio de Salud, Chile Crece Contigo.
2010	Lactancia Materna. Contenidos técnicos para profesionales de la salud, MINSAL.
2011	Orientaciones Técnicas para la atención integral de mujeres que presentan un aborto y otras pérdidas reproductivas adoptada por el Ministerio de Salud.
2015	Norma General Técnica para la Atención Integral en el Puerperio.

Fuente: Corporación Miles, 2016

Desafíos

Las medidas adoptadas por el gobierno chileno en torno a las atenciones en salud reproductiva, si bien han realizado acciones que contribuyen a los objetivos propuestos sobre regulación de la fertilidad, aún son insuficientes para lograr los estándares mínimos respecto al cumplimiento y ejercicio de los derechos humanos fundamentales relacionados a la salud sexual y salud reproductiva de las personas. No sólo basta con la promoción y respeto de los derechos reproductivos, sino también que exista plena garantía de su cumplimiento.

Si bien han habido avances en materia de regulación de la fertilidad queda una deuda pendiente del Estado chileno para garantizar que las políticas de regulación de fertilidad sean eficientes y en sintonía con los derechos sexuales y reproductivos. Destacar además que a la fecha no se han logrado realizar una encuesta de regulación de la fertilidad y sólo existe como registro la encuesta realizada en el año 1975. Por tanto no existe actualización de datos disponible respecto del total de población bajo algún método de regulación de la fertilidad.

En los países más desarrollados, existe una tendencia a postergar el primer embarazo; el número de hijos/as por mujer es menor; existen intervalos más largos entre los embarazos; la tasa de uso de anticoncepción es más alta y la morbilidad por causas reproductivas es cada vez menor³³. Sobre este último punto, no hay que desmerecer el logro en los indicadores nacionales en salud materno-infantil. Chile se encuentra entre los países con tasas de mortalidad materna, perinatal e infantil más bajas de América Latina. No obstante, aún quedan obstáculos que urge superar para el cumplimiento de metas en torno a la regulación de la fertilidad. Específicamente, existe déficit y desigualdad en métodos de regulación de la fertilidad, acceso a consejerías en salud sexual y salud reproductiva, y

acceso a preservativos masculinos y femeninos para la prevención del VIH/SIDA e ITS.

El Estado chileno debe dar continuidad a una política sanitaria de alto impacto, pero también avanzar en el logro de los compromisos internacionales comprometidos. Asimismo los Objetivos Sanitarios de la década, que buscan una nueva legislación sanitaria y modernizar la gestión pública.

El reforzamiento de las políticas públicas destinadas a la atención sobre regulación de la fertilidad implica fomentar una alta calidad y pertinencia para que cada persona pueda ejercer su derecho de decidir acerca del número de hijos/as y alcanzar un óptimo nivel de salud sexual y salud reproductiva y responder a las demandas y necesidades de la sociedad civil en estos ámbitos. En este sentido, los servicios de regulación de la fertilidad deben estar centrados en las personas y sus derechos, más que en metas de poblaciones. Es decir, se deben considerar a las personas como sujetos de derechos activos en el vínculo con los profesionales de salud en pro de una mejor calidad de vida para sí mismas, pero también para sus parejas y familias.

Para lograr centralizar los servicios de regulación de la fertilidad en las personas y no en la poblaciones, se requiere generar conocimiento respecto a la necesidad no satisfecha de anticoncepción en mujeres y hombres y las causas de porqué no les es posible acceder a ellos. Así también diagnosticar la necesidad no satisfecha de anticoncepción en pueblos originarios y población migrante en Chile.

Por otro lado, como en Chile conviven los sistemas público y privado de salud, es necesario determinar cuántas mujeres acceden a métodos anticonceptivos en el sistema privado, para de esta manera acercarse a una cobertura nacional de mujeres en regulación de la fertilidad, dato no disponible en la actualidad. Por tanto urge la generación de encuestas nacionales u otras herramientas metodológicas que den cuenta de la necesidad no satisfecha, como también del acceso en el sistema privado.

33

Op cit. MINSAL (2014).

Existen obstáculos al acceso de los adolescentes a información y servicios de salud sexual y salud reproductiva. Se ha evidenciado la notable mejora en la provisión de AE en los servicios de salud municipal, sumado a la venta sin receta médica en las farmacias. No obstante aún existen barreras al acceso a Anticoncepción de Emergencia, ya que existen obstáculos en el stock de AE en servicios de salud rural, dejando sin acceso a muchas mujeres de zonas rurales, ya que son lugares geográficos donde existe gran distancia entre los centros de salud. Aún existe desigualdad en la entrega de AE, ya que mujeres que se encuentran en situación de vulnerabilidad y que no pueden acceder por falta de stock, o por obstáculos en la atención misma para solicitar AE, como por ejemplo demora y/o ausencia de matronas/es, y pueden no disponer del monto económico para comprar la Anticoncepción de Emergencia en las farmacias, que tienen un valor promedio de \$13.000. Estos hechos pueden provocar que algunas adolescentes no accedan a la AE y otros servicios cruciales para evitar embarazos no deseados, abortos inseguros, riesgos de salud y/o vida.

Es necesario seguir fomentando el cumplimiento de normativas y protocolos de distribución de AE de parte del personal de salud, a modo de que no existan barreras ideológicas o personales en su entrega.

La anticoncepción es clave para separar la sexualidad de la reproducción. El precio de los anticonceptivos no debe ser una limitación para su uso. El sistema de salud debe brindar acceso a métodos anticonceptivos sin costo para la población con menores ingresos. Los proveedores/as de salud deben brindar una alternativa de métodos anticonceptivos a las mujeres y hombres, que se adecue a sus valores y creencias personales, que impliquen el menor costo económico, pero que por sobretodo no produzca efectos adversos que afecten la salud.

Se debe centrar el foco de las políticas públicas de regulación de la fertilidad especialmente en el grupo más afectado por la población chilena,

correspondiente a las adolescentes de sectores socioeconómicos desfavorecidos. El presupuesto nacional debiese hacer una estimación de recursos e insumos necesarios para disminuir las problemáticas que tienen relación con la regulación de la fertilidad, como la prevención del embarazo adolescente o el segundo embarazo.

Resulta necesario ampliar las necesidades humanas y el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos vinculados a los derechos civiles, políticos sociales, y derechos humanos en general vinculados al derecho a salud, a la vida, la integridad física, psíquica, a la dignidad, la libertad, privacidad, a la atención, a la elección, a la seguridad, a la información, a la confidencialidad, entre otros derechos fundamentales que no se están cumpliendo. Es por ello fundamental que los profesionales de la salud que entregan servicios de regulación de la fertilidad, se basen en principios éticos y de derechos humanos para realizar la atención.

Un método anticonceptivo eficiente es fundamental para las mujeres y hombres, ya que una falla en la eficacia del método puede alterar sus proyectos de vida futura. Por tanto, los proveedores/as de salud deben brindar servicios oportunos y eficaces de métodos anticonceptivos con información veraz y clara, que contribuya a la eficacia del método. Así también las políticas públicas de sexualidad y reproducción deben estar enfocadas en servicios que cumplan efectivamente los principios de bioética y el respeto de los derechos de las personas. Dentro de los elementos de la calidad de atención, se propone elección libre e informada; intercambio de información; competencia técnica de las y los proveedoras/es de salud; relación empática entre los proveedores/as y usuarios/as; mecanismos para promover el seguimiento de regulación; integralidad del servicio; y en definitiva abarcar la calidad de la atención desde la perspectiva de las y los usuarios/as y desde los proveedores/as de servicios de salud.

Dentro de las metas de impacto, se ha buscado disminuir la insatisfacción de las usuarias/os en la atención en salud, la cual no sólo depende

de la capacidad resolutoria y de la oferta y calidad de servicios, sino también aspectos no médicos asociados a la atención³⁴. Por tanto, es importante no dejar de lado las diferentes características biomédicas y los distintos contextos de vida según su entorno social y cultural, lo cual influye en los proyectos de vida de las personas. Así también resulta esencial considerar las condiciones dinámicas del comportamiento y el sistema cambiante de valores y creencias, influidas por los estereotipos y roles de género en la sociedad. Por ello, el diseño y provisión de servicios en salud sexual y salud reproductiva deben considerar aspectos biomédicos, pero también distintas formas de vivir que diferencie a mujeres y hombres en las distintas etapas de su vida reproductiva.

También es importante resaltar la necesidad de disponibilidad, en el sentido que exista la cantidad necesaria de centros, servicios y programas de salud. Mayor accesibilidad a los servicios en igualdad de condiciones y sin discriminación, mayor aceptabilidad de bienes y servicios acordes a las creencias personales y valores culturales, aceptando las diferencias entre usuarios y usuarias. Finalmente, debiese haber mayor calidad técnica, médica y científica en los servicios de atención de regulación de la fertilidad. A la vez, los proveedores/as de salud deben entregar información veraz, pertinente y actualizada sobre la fisiología reproductiva y los métodos anticonceptivos disponibles para que cada persona tome sus propias decisiones.

Se debiese incorporar la perspectiva de género en las políticas públicas sobre regulación de la fertilidad. Deben ampliar enfoques de género en los servicios de atención de prevención de embarazo, del embarazo, aborto, parto y las complicaciones asociadas. Es esencial difundir información sobre métodos anticonceptivos, incluida la anticoncepción de emergencia, y que sean accesibles a todas las personas, especialmente a los jóvenes y a quienes se encuentran en mayores condiciones de vulnerabilidad. Sumado a esto, resulta una necesidad urgente despenalizar el aborto por razones terapéuticas y normar los

procedimientos para garantizar que estas leyes sean derecho efectivo, así como también asegurar el acceso inmediato a la anticoncepción post aborto, antes del alta hospitalaria.

Se debiese considerar la perspectiva de género en las necesidades de los hombres sobre su salud sexual y salud reproductiva, ya que también están involucrados en la reproducción y transmiten y se contagian con enfermedades de transmisión sexual. En la actualidad existen escasas alternativas anticonceptivas para los hombres: el uso del condón y la vasectomía. Entre las razones por las cuales los hombres no utilizan frecuentemente métodos anticonceptivos como la vasectomía, es por falta de información de parte de los profesionales de la salud sobre la utilización de estos métodos, como también por no entregar todas las alternativas de métodos disponibles. Por otro lado, a pesar que la vasectomía es un procedimiento ambulatorio bastante simple, en Chile se realiza en atención cerrada requiriendo la intervención de un médico especialista (urólogo) lo cual complejiza el acceso que pudiesen tener los hombres. En comparación con la esterilización quirúrgica voluntaria femenina, la vasectomía es mucho menos frecuente, debido principalmente a la poca oferta existente y a las barreras de acceso para acceder a ella.

En este sentido, se puede inferir ciertas diferenciaciones de género en el cuidado de la sexualidad desde el punto de vista de la prevención. Existen escasas políticas públicas que fomenten servicios de regulación de fertilidad para hombres, por lo que se vuelve fundamental ampliar las acciones que incorporen nuevas perspectivas sobre la participación de los hombres en salud reproductiva.

En concordancia con los objetivos de la Conferencia de Población y Desarrollo del Cairo, el Estado chileno debe “(...) alentar y dar a los hombres herramientas para que se hagan responsables por su comportamiento sexual y reproductivo, y por sus roles sociales y familiares”. Los servicios de regulación de la fertilidad debieran incentivar la participación y fácil acceso de los hombres en los métodos de regulación de la fertilidad.

34 Op. Cit Minsal (2014).

Surge la necesidad de realizar investigaciones sobre nuevos métodos anticonceptivos para hombres, y una mayor difusión de los métodos que están siendo utilizados por la población masculina chilena para regular su reproducción. Esto beneficia no sólo a los hombres, sino también a mujeres y a la población en general, contribuyendo a una mayor responsabilidad compartida respecto las decisiones reproductivas, y apoyarse recíprocamente en las decisiones sobre anticoncepción.

Pero también resulta necesario capacitar a proveedores/as de salud que entregan servicios de regulación de la fertilidad, para orientar a las mujeres sobre las distintas alternativas anticonceptivas que existen en Chile, y cuáles son las más eficaces y de adecuan más a su interés pero también que produzcan los menores efectos adversos sobre su salud. En este sentido, el método que más está siendo utilizado en Chile son las píldoras anticonceptivas, seguida del método D.I.U, pero uno de los métodos más efectivos, como lo es la vasectomía es uno de las menos utilizados. Respecto al DIU, aún tratándose de uno de los métodos anticonceptivos más eficaces, este muestra una disminución considerable en la población bajo control, razón por la cual es necesario reforzar, en los proveedores, las habilidades tanto en consejería como en técnicas de inserción y extracción.

En definitiva, la incorporación de la perspectiva de género en el diseño y provisión de servicios de regulación de la fertilidad que implica ofrecer mayores alternativas de anticoncepción segura para las mujeres, para que puedan elegir la más conveniente para su salud, lo que puede implicar un mayor empoderamiento de las mujeres en la medida que se consideran como sujetos de derecho. Pero también se debe fomentar que los hombres asuman su responsabilidad en la regulación de la fertilidad, mediante prestaciones y métodos anticonceptivos adecuados a sus necesidades en salud sexual y salud reproductiva.

Finalmente, la regulación de la fertilidad debe ir ligada a la educación sexual. No es posible que se brinden servicios de regulación de la fertilidad sin

informar y educar sobre sexualidad y reproducción y los derechos implicados, ya que es necesario que exista mayor concientización y empoderamiento de las mujeres y hombres sobre la toma de decisiones más adecuada y efectiva para regular su reproducción. Urge fomentar capacitaciones en los proveedores/as de los servicios de salud asociados a la regulación de la fertilidad y prevención de enfermedades de transmisión sexual o VIH/SIDA, para vincular sus atenciones con políticas de educación sexual.

La multiplicidad de factores que influyen en el logro de los objetivos en salud sexual y salud reproductiva, así como las distintas acciones que se deben desarrollar para beneficiar la toma de decisiones en la regulación de la fertilidad, son un deber fundamental que el Estado de Chile debe cumplir, no obstante excede de su única responsabilidad. Requiere un esfuerzo colectivo que sea vinculante entre distintos actores sociales involucrados, como entidades gubernamentales, no gubernamentales, entidades del sector público, sectores políticos, entidades comunitarias, medios de comunicación y en general toda la población debiese ser consciente de su sexualidad y su reproducción.