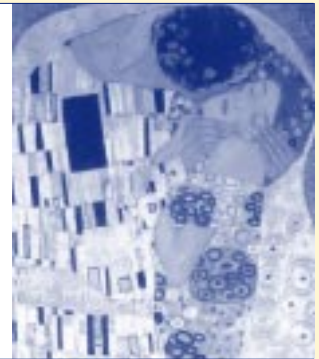


4_ Género, Salud y Derechos sexuales y reproductivos de las mujeres en el contexto de la reforma

Documento preparado por la doctora María Isabel Matamala Vivaldi, Consultora de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), Representación en Chile. Fue enriquecido con el aporte de protagonistas de las Jornadas Participativas que impulsó en regiones del país el Proyecto Equidad, Género y Reforma de la Salud en Chile, de la misma Organización, durante el año 2001.



Antecedentes generales

Las problemáticas que existen en Chile en materia de sexualidad y reproducción están condicionadas no sólo por carencia de información. Tienen que ver, predominantemente, con la construcción cultural de roles sexuales femenino y masculino, lo que otorga desigual poder a mujeres y hombres para tomar decisiones sobre su sexualidad, su vida reproductiva y su cuerpo, que es el lugar en que ambas se realizan. Esta brecha entre mujeres y hombres se expresa a través de diferencias en sus perfiles epidemiológicos, cuyo ejemplo más evidente es la violencia sexual.

Numerosas investigaciones realizadas en los últimos años coinciden en que se han producido cambios en las prácticas sexuales y comportamientos reproductivos de la población chilena, que impactan con mayor fuerza a adolescentes y jóvenes.

Se ha constatado un descenso de la edad de iniciación sexual en hombres y mujeres, mayor aceptación de las relaciones sexuales prematrimoniales, así como la validación del placer sexual por parte de las mujeres. Estos cambios varían según estratos socioeconómicos y pertenencia generacional. Por ejemplo, la tasa global de fecundidad ha descendido a 2.2¹, pero se ha acrecentado en el caso específico de mujeres de 15 a 19 años, lo que se traduce en aumento del porcentaje de nacimientos en mujeres adolescentes.

La sociedad chilena ha asignado a las mujeres la responsabilidad de la anticoncepción, y las acciones del sector salud se han orientado hacia mujeres en edad fértil. Las cifras parciales existentes señalan que 55.6% de mujeres urbanas y 53.6% de mujeres rurales son usuarias de métodos anticonceptivos².

Llama la atención que en tres décadas la oferta de métodos anticonceptivos del Ministerio de Salud prácticamente no varió y estuvo reducida a dispositivos intrauterinos (67.1%) y anticonceptivos hormonales orales (29.9%)³. En el año 2001, se agregaron progestágenos e inyectables. La esterilización femenina estuvo muy restringida y regulada hasta diciembre del 2000, año en el que se abrió una mayor posibilidad de acceso, pero cuya implementación ha sido lenta. A diferencia de otros países de la región, la anticoncepción masculina no se ha incorporado a los programas, lo cual constituye un ostensible sesgo de género.

Ante controversias ligadas a la regulación de la fecundidad, como el cambio normativo de la esterilización quirúrgica y la solicitud para comercializar la anticoncepción de emergencia («píldora del día después»), las encuestas de opinión efectuadas por los medios demuestran un deseo de autodeterminación por parte de las personas, así como mayores libertades públicas.

1 INE, 1999.

2 CERC-APROFA; 1989-1990.

3 SERNAM-INE. Mujeres chilenas. Estadísticas para el nuevo siglo. Santiago, Chile; 2001.

Un estudio de la Fundación Futuro⁴ revela insuficiente acceso a la información sobre sexualidad y reproducción. El 82.3% de las personas dice estar desinformado o medianamente informado, sin incluir en esta insuficiencia el desconocimiento de sus derechos sexuales y reproductivos.

Viejos y nuevos temas y problemas de salud sexual y reproductiva

En los diferentes momentos del ciclo de vida ocurre una amplia gama de sucesos y problemas sexuales y reproductivos determinados por factores culturales, psicosociales, biomédicos, medioambientales, económicos y políticos. Las relaciones de poder asimétricas entre mujeres y hombres; el desconocimiento de la población chilena respecto de sus derechos humanos y, en particular, de sus derechos sexuales y reproductivos; la insuficiente voluntad estatal para modificar intersectorialmente este injusto contexto cultural a través de políticas públicas planificadas con enfoque de género; la injerencia ideológica de poderes fácticos en materias de salud que no son de su competencia; la insuficiente asignación presupuestaria a las políticas públicas referidas a sexualidad y reproducción; la medicalización de los cuerpos y las vidas de las personas como resultado del modelo médico vigente y de las presiones de la industria farmacéutica; la mercantilización y deshumanización de la atención de salud; la soledad creciente en que se desenvuelven las personas, en especial aquellas de edades avanzadas; todo ello genera y mantiene problemas sexuales y reproductivos que en la actualidad se pueden prevenir.

• Violencia sexual

Las cifras de denuncias de violencia de género visibilizan progresivamente el problema, aun cuando aproximadamente 80% del total de las agresiones permanece silenciado. Según el Centro de Atención a Víctimas de Atentados Sexuales (CAVAS), se producen a diario 50 delitos sexuales (una agresión

sexual cada 26 minutos).

El 80% de las víctimas son mujeres y el 65%, menores de 15 años. Los victimarios pertenecen en un 35.5% al grupo familiar y en un 36% al entorno de relaciones inmediato⁵.

Un estudio reciente⁶ revela que 11% de las mujeres ha vivido situaciones de violencia sexual y un tercio de aquellas que sufren episodios de violencia física dentro de la pareja son luego agredidas sexualmente.

A pesar de las campañas de difusión y de la aparente sensibilización de la sociedad, preocupa que aún existan casos en que se pone en duda la palabra de las víctimas, o se las culpabiliza.

Además, la legislación, los procedimientos jurídicos y los servicios de acogida y recuperación para las víctimas todavía tienen insuficiencias que impiden una adecuada reparación. No se ha avanzado con la celeridad que requiere la gravedad del problema.

• ETS

Casi 60% de las enfermedades de transmisión sexual (ETS) notificadas corresponde a mujeres, principalmente trabajadoras sexuales y dueñas de casa. La mayoría son mujeres en edad fértil y una de cada tres es menor de 25 años, situación preocupante debido a las secuelas de infertilidad, cáncer de cuello uterino y malestar pélvico crónico que acarrearán estas enfermedades. En la década recién pasada, la tendencia a la disminución del número de casos notificados de ETS ha sido mayor en los hombres. Mientras para éstos el descenso fue de 89.3%, en las mujeres sólo alcanzó a 70.3%⁷.

Si bien se enfatiza que la anatomía y la fisiología uterina favorecerían la intromisión de agentes infecciosos, en el caso de las mujeres existe una vulnerabilidad cultural de género que incide epidemiológicamente.

A pesar que está comprobado que el condón masculino de látex es el método de barrera más protector contra las ETS⁸, que los hombres chilenos están informados y pueden ac-

4 Fundación Futuro. Encuesta de opinión pública. La vida sexual de los chilenos. Santiago, Chile; 2000.

5 SERNAM-INE. Mujeres chilenas. Estadísticas para el nuevo siglo. Santiago, Chile; 2001.

6 SERNAM. Detección y análisis. Prevalencia de la violencia intrafamiliar. Doc. de trabajo. Santiago, Chile; agosto 2001.

7 SERNAM-INE. Mujeres chilenas. Estadísticas para el nuevo siglo. Santiago, Chile; 2001.

8 Family Health International. El condón protege contra las ITS. Network en español, Vol 20, N° 4, E.U.A.; 2001.

ceder al método, éstos no han modificado su comportamiento tradicional y tienden a no usarlo o a hacerlo en raras ocasiones⁹. No obstante, es probable que más amplios sectores de hombres lo estén usando en forma discontinua, ya que CONASIDA registra un incremento en la venta de condones.

• VIH/SIDA

La epidemia de VIH/SIDA ha sido calificada de incipiente en el país, porque la seroprevalencia sería baja en comparación con otros países. Existen ONGs que discrepan de estas afirmaciones.

Según CONASIDA, en casi 92% de los casos la transmisión ha sido por vía sexual. El 70% de las mujeres reconoce haberse infectado mediante relaciones heterosexuales¹⁰. El 50% de las mujeres contagiadas corresponde a dueñas de casa, porcentaje muy superior al de las trabajadoras sexuales (12%)¹¹.

Si bien 90% de las personas que vive en Chile con el virus son hombres, la cantidad de varones enfermos aumentó en 3.1 veces entre 1990 y 1999, mientras el aumento en mujeres fue de 15.2 veces¹². Esto evidencia la feminización de la epidemia, en lo que inciden el desconocimiento de los derechos sexuales de la mujer, la imposibilidad de decidir sobre su cuerpo y sexualidad, falta de poder para negociar con su pareja relaciones sexuales protegidas y sin riesgo para la salud integral, entre otras barreras.

La educación sexual y la promoción del uso de condón desde las instituciones correspondientes, han enfrentado campañas conservadoras que dificultan las acciones estatales de prevención y protección frente a la epidemia.

En los últimos años, el MINSAL ha enfatizado el acceso a las terapias anti-retrovirales, pero aún no se ha logrado una cobertura total con triterapia.

• La sexualidad, los embarazos y la maternidad-paternidad en adolescentes

La mayoría de las abuelas y bisabuelas de hoy iniciaron sus relaciones sexuales en la adolescencia, algo que en aquellos tiempos no constituía problema. Sin embargo, lo que a lo largo de la historia formó parte de la vida de la sociedad, se ha convertido en algo indeseable. En la actualidad, la realidad económica y social exige alargar la preparación educacional para la vida adulta, así como el período de dependencia económica de la población joven, lo cual se contrapone con la posibilidad de contraer compromisos sexuales y reproductivos.

Eso demuestra que las razones de fondo de esta problemática emergente son sociales, económicas y culturales. Presiones políticas y religiosas, más la carencia de un enfoque de género intersectorial, han impedido incorporar en las políticas públicas la sexualidad de mujeres y hombres adolescentes, en todas sus dimensiones.

Mientras las mujeres mayores de 20 años han disminuido progresivamente el número de sus hijos desde la década del 60, la fecundidad de las mujeres menores se mantiene o tiende a aumentar, sobre todo en la última década.

Un aspecto crucial del problema es que la mayoría (83.2%) de los nacimientos en mujeres adolescentes ocurre al margen de uniones legales¹³. Aunque no debiera serlo, esto se convierte en un problema porque existe un contexto de desprotección social que dificulta vivir la monoparentalidad. Entre otros riesgos, está la interrupción de los estudios de las adolescentes embarazadas y madres. Se ha logrado proteger legalmente la continuidad de la enseñanza, pero no está asegurada la compatibilidad de los estudios con el ejercicio cotidiano de la maternidad, especialmente en los sectores pobres.

9 Olavarría J, et al. Masculinidades populares. Varones adultos jóvenes de Santiago. FLACSO, Santiago, Chile; 1998.

10 CONASIDA, cifras de 1999.

11 MINSAL. Campaña comunicacional de televisión. Chile; 1994.

12 SERNAM - MINSAL; 2001.

13 SERNAM-INE. Mujeres chilenas. Estadísticas para el nuevo siglo. Santiago, Chile; 2001.

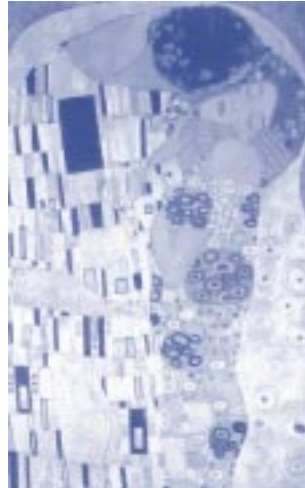
Otro aspecto a tomar en cuenta es la carencia de servicios de salud sexual y reproductiva exclusivos para adolescentes de ambos sexos, con información, educación y regulación de la fecundidad suficientemente financiadas.

• La mortalidad materna (MM)

En Chile, la cifra absoluta de 60 muertes y la tasa de 2.0 por cada 10.000 nacidos vivos se ubican entre las mejores de América Latina y el Caribe. Sin embargo, estas cifras son 10 veces mayores que las de los países ricos. A pesar que se han alcanzado altas coberturas de control de embarazo y de atención profesional del parto (próxima al 100%)¹⁴, es necesario evaluar la orientación y contenido de éstas para mejorar los resultados.

Es preciso recalcar que toda muerte materna es un exceso, tanto porque los embarazos, partos y puerperios no son en sí fenómenos patológicos, como porque en la actualidad las dificultades que pueden presentarse son susceptibles de ser superadas mediante los avances de la tecnociencia y la humanización de la atención. El leve aumento de muertes post parto observado últimamente y la persistencia de las muertes intrahospitalarias por aborto complicado se pueden evitar modificando normativas obsoletas y mejorando la calidad de los servicios, lo que incluye el enfoque de género en la práctica diaria. En esa línea, cabe resaltar la medicalización y la deshumanización que conlleva la atención del parto en pabellones quirúrgicos fríos y aislados, que separan a la mujer de su familia y entorno durante un hito vital tan importante como es el nacimiento de un hijo. Esta soledad afectiva disminuye las sanadoras energías que los seres humanos ponen en juego para promover y preservar su salud.

Son valorables los esfuerzos que desarrolla el sistema público de salud para incorporar a la pareja de la mujer en el pre parto y parto. Según SERNAM-INE, sólo 10% de los hospitales ha asumido este desafío¹⁵ que contri-



buye a modificar los rígidos roles de género que excluyen a los hombres de las responsabilidades cotidianas implicadas en la crianza. Por su parte, el Departamento Programa de las Personas del MINSAL entrega en su resumen estadístico de diciembre 2001, un porcentaje de 19.9% de partos con presencia de padre, en el país.

Aunque en nuestro país la mortalidad por aborto ha descendido en la última década, continúa incidiendo en cerca de 10% en la mortalidad materna¹⁶. La prevención de estas muertes aliviaría el costo social, y disminuiría la brecha entre la MM de Chile y la de los países ricos.

Detrás de la mortalidad por aborto está el ambiente de clandestinidad e inseguridad en que éste se realiza. Es difícil saber exactamente cuál es la realidad de este problema de salud pública en Chile, debido a la extrema penalización existente. Eso dificulta su abordaje desde el sector salud.

14 SERNAM-INE. Mujeres chilenas. Estadísticas para el nuevo siglo. Santiago, Chile; 2001.

15 Ibidem.

16 Ibidem.

Según cifras disponibles, cada año ocurren en Chile entre 150.000¹⁷ y 160.000 abortos¹⁸. La mayoría se efectúa en condiciones de inseguridad, con enormes costos económicos para las involucradas y riesgos considerables de complicaciones y secuelas, que se evidencian en las abultadas cifras de egresos por aborto que registran los hospitales. En 1996, éstos fueron 36.709¹⁹, lo que permite afirmar que una importante proporción de mujeres debe acudir a un hospital debido a complicaciones graves²⁰ que las obligan a arriesgarse a una eventual denuncia y penalización.

En el grupo de 10-14 años se ha registrado un aumento en los egresos hospitalarios por aborto complicado. Esto tiene doble relevancia, si se considera que los embarazos y abortos en ese grupo de edad pueden estar indicando violencia sexual.

Las complicaciones del aborto demandan 15 millones de dólares anuales del presupuesto de salud²¹. Cabe preguntarse el impacto que tendría utilizar esos recursos en la prevención del aborto.

Aunque Chile es uno de los seis países del mundo con legislaciones más punitivas en relación con el aborto, es al mismo tiempo uno de los que ostenta las tasas más altas en América Latina. El 35% de los embarazos termina en aborto y ocurren 4.5 abortos por cada 100 mujeres de 15 a 49 años²², lo que evidencia la inutilidad de una legislación represiva para enfrentar el problema.

A lo anterior se agrega la penalización a priori en hospitales que denuncian a la policía a las mujeres que demandan atención por la complicación de un aborto. Esta paradoja

impacta negativamente la salud de las afectadas y a sus familias, debilita la ética del sistema de salud y vulnera los consensos en materia de atención de aborto complicado, suscritos por Chile en la CIPD El Cairo '94 y en la IV Conferencia Mundial de la Mujer, Beijing '95.

Hay que destacar algunos sesgos de género en relación con la MM:

* Las políticas, programas y servicios de regulación de la fecundidad no proporcionan información y educación adecuada, debido a que no incorporan la noción de derechos sexuales y reproductivos y, además, porque trabajan sin perspectiva de género. Desde esa mirada, la procreación siempre se vincula a la unión, se ejercen estrictos controles sobre la sexualidad femenina y se considera que la sexualidad es inseparable de la reproducción²³. Esto impide que los servicios ayuden a las mujeres a apropiarse de sus decisiones reproductivas. Por el contrario, se fomenta la dependencia de éstas respecto de las prescripciones de prestadores/as de servicios (matronas, asistentes sociales, enfermeras, médicos/as).

* Los servicios de anticoncepción no aseguran una oferta amplia de anticonceptivos modernos y verdaderamente accesibles, lo cual dificulta alcanzar coberturas efectivas en adolescentes y adultas. Así, miles de mujeres se ven enfrentadas a embarazos no planificados y obligadas a regular su fecundidad por medio del aborto, como recurso límite, aunque las normativas afirmen que el aborto no es un método anticonceptivo. Entre otros aspectos, es preciso revisar los criterios con que se define la cantidad de con-

17 The Alan Guttmacher Institute. Aborto clandestino York, E.U.A.; 1994.

18 APROFA; 2000.

19 SERNAM-INE. Mujeres chilenas. Estadísticas para el nuevo siglo. Santiago, Chile; 2001.

20 Strickler J; 2001.

21 Lavín P, et al. Informe preliminar sobre la caracterización de los casos y costos del tratamiento del aborto hospitalizado en Santiago de Chile. Presentación al Encuentro de Investigadores sobre Aborto Inducido en América Latina y el Caribe, Universidad Externado de Colombia, Bogotá; 1994.

22. Proyecto de Ley Marco sobre Derechos Sexuales y Reproductivos. En trámite. Santiago, Chile; 2000.

23 Contreras J.M., Hakkert R. La sexualidad y la formación de uniones. En: Diagnóstico Salud Sexual y Reproductiva de Adolescentes en América latina y el Caribe. EAT-FNUAP, México; 2001.

dones que se entrega a los/as jóvenes que los solicitan y preguntarse si disponen de recursos económicos para suplir las insuficiencias.

* Al no incorporar un enfoque de género, la calidad de atención en los servicios de preparto, parto y atención de aborto complicado, refuerza desigualdades basadas en los roles asignados socialmente. En forma explícita o implícita se castiga la sexualidad de las mujeres.

* La formación de recursos humanos directivos, profesionales, técnicos y auxiliares tiene que ver con lo señalado. En general, no han incorporado conocimientos ni desarrollado procesos que les permitan aplicar en su práctica análisis y planificación de género.

• **Cáncer del aparato reproductivo**

La detección precoz del cáncer cérvico uterino y de mama ayuda a reducir la mortalidad por esas causas. En la última década se aprecia un descenso de 10% en la mortalidad por cáncer cérvico uterino, lo que puede atribuirse al aumento de los exámenes de detección (Papanicolau), que alcanzaron una cobertura de 63.1%²⁴. Aunque ésta aún no es plenamente satisfactoria, si consideramos la baja en la mortalidad se comprueba lo acertado de las estrategias orientadas a detectar el cáncer en etapas tempranas, tratando oportunamente de impedir su avance.

El problema reside en los tiempos de espera para acceder a tratamiento especializado después de la detección precoz, la deshumanización de la atención y la escasez de consentimiento informado.

Aunque el MINSAL también cuenta con un Programa de Pesquisa y Control del Cáncer de Mama orientado a descubrir la enfermedad en sus primeras etapas, el resultado es inverso al obtenido con el cáncer cérvico uterino. La mortalidad aumentó en 10% durante la última década. Es posible que esto se

relacione con el uso de anticonceptivos orales hormonales combinados, de dosis alta - utilizados hasta 1975-, según informa un estudio reciente de la Clínica Mayo y la Universidad de Minnesota, E.U.A.²⁵. Si bien esos anticonceptivos fueron reemplazados por otros de dosis baja, las generaciones que los usaron pueden seguir teniendo mayor riesgo de cáncer de mama.

Durante muchos años, la industria farmacéutica y los investigadores decidieron sobre la salud reproductiva y los cuerpos de las mujeres, al afirmar que los anticonceptivos hormonales que ofrecían eran inocuos -a pesar que no podían garantizarlo- y al no investigar o proponer el uso de anticonceptivos hormonales masculinos. Así, descargaron la responsabilidad y los riesgos de la anticoncepción exclusivamente sobre las mujeres, reforzando inequidades de género e impactando los perfiles epidemiológicos.

• **Menopausia**

Las mujeres mayores de 45 años suman aproximadamente 2.000.000²⁶ en nuestro país. Las chilenas tienen una esperanza de vida al nacer de 78.3 años²⁷ -más de 20 años que hace medio siglo- y viven efectivamente un promedio de 6 años más que los hombres. Estas cifras avalan la necesidad de preocuparse por los problemas de las mujeres que dejan atrás su edad fértil. Con mayor razón, si se toma en cuenta que este grupo de edad seguirá creciendo, y que las inequidades de género, estrato social, etnia y origen territorial se superponen con mayor dramatismo en esa etapa de la vida.

Ante esta realidad, surge el desafío de vencer miedos y ansiedades que resultan de la forma en que individual y socialmente se valora la menopausia y el envejecimiento. También supone enfrentar incertidumbres y angustias que provoca vivir esta etapa en un país con escasa protección social, sobre todo

24 MIDEPLAN; 1998.

25. FHI. Anticonceptivos orales y el riesgo de cáncer mamario. Network en español, Vol 20, N° 4, E.U.A.; 2001.

26 SERNAM-INE. Mujeres chilenas. Estadísticas para el nuevo siglo. Santiago, Chile; 2001.

27 FNUAP. 6 mil millones. Es hora de optar. Estado de la población mundial 1999, Nueva York, E.U.A.; 1999.

para las mujeres que, en su mayoría, no han integrado la fuerza de trabajo o forman parte de los más pobres entre los pobres.

A lo anterior se agrega la discriminación, mucho más marcada en las mujeres que en los varones de igual edad. En general, los hombres mayores de 50 años son valorados como inteligentes, experimentados, y con posibilidades de proyectarse laboral y sexualmente. En cambio, a las mujeres se las valora negativamente, debido al valor extremo que la publicidad y los medios asignan a la juventud, y al rol totalizante de reproductoras biológicas y sociales que asigna a las mujeres el sistema de géneros. El término de su capacidad reproductiva tiende a identificarse con el fin de su actividad sexual²⁸.

En relación con la medicalización del cuerpo y la salud de las mujeres, investigadores y la industria farmacéutica han establecido como norma la terapia hormonal denominada «de reemplazo». Esta puede ser beneficiosa para muchas mujeres, pero en ningún caso para todas e, incluso, para muchas es un serio riesgo.

Quienes trabajan en salud de las mujeres con enfoque de género destacan positivamente—además de la inserción social y laboral, actividad física, nutrición y terapias alternativas, incluyendo fitoestrógenos— la importancia del desarrollo personal, la autoestima y la reelaboración de los roles aprendidos, por medio de grupos de autoayuda. Ellas acceden a un conocimiento más profundo sobre sus derechos, sus cuerpos y sus cambios biológicos, al mismo tiempo que previenen síntomas desagradables y mejoran su calidad de vida. Se ha demostrado que las mujeres satisfechas y con poder de decisión sobre sí mismas viven mejor su menopausia²⁹.

El impuesto a la salud reproductiva de las mujeres en ISAPRES

Dado que este problema se aborda en otro documento de este dossier, sólo señalaremos que las ISAPRES han introducido una nueva forma de desigualdad de género. Esto es, cobrar un impuesto a las mujeres por el hecho de tener la capacidad reproductiva de gestar un nuevo ser humano. Tal discriminación contraviene los derechos humanos y la noción de salud previsional. Un estudio efectuado por Sernam el 2001 en seis ISAPRES muestra que en las distintas etapas de la vida, hasta los 70 años, las mujeres pagan más de 100% que los hombres por sus planes de salud, con un máximo de 310% en el grupo de 30 a 35 años.

La calidad de la atención en salud sexual y reproductiva

Diversos estudios revelan insatisfacción de las usuarias por el trato que reciben cuando consultan en los servicios de salud sexual y reproductiva. La percepción de mal trato se refiere a las relaciones interpersonales —especialmente con el personal administrativo y paramédico—; indiferencia ante sus preocu-

28 Matamala, MI. Mujeres, menopausia y larga vida. Necesidad de una nueva ética occidental. En: La revolución de las canas. Cuadernos de Salud N° 4, RSMLAC, ed. Adriana Gómez, Santiago, Chile; 2000.

29 Araujo, MJ. Vivir la menopausia. En: La revolución de las canas. Reflexiones y experiencias sobre el envejecer de las mujeres. Cuadernos de Salud N° 4, RSMLAC, ed. Adriana Gómez, Santiago, Chile; 2000.

paciones; subvaloración de su cultura y subjetividad; atención deshumanizada del parto; tiempos de espera y falta de privacidad. En general, las expectativas de las usuarias son más bien bajas -porque su ejercicio de ciudadanía y su autoestima son escasas- y pasan por alto la no satisfacción de necesidades de salud o la vulneración de derechos, en particular, los sexuales y reproductivos³⁰. Entre otros ejemplos, existe escasa oferta de Métodos anticonceptivos; carencia de espacios de información y apoyo a las usuarias; infantilización de éstas; invisibilización de su sexualidad³¹; irrespeto del consentimiento informado; abusos médico-quirúrgicos (exceso de cesáreas); promoción de relaciones sumisas por parte de las mujeres, y no potenciación de su empoderamiento y autodeterminación sexual y reproductiva.

Con mirada de género, se considera una atención de buena calidad la que provee máximo bienestar a la usuaria, desde el punto de vista de sus necesidades, expectativas, derechos humanos y empoderamiento, esto es, la apropiación de sus decisiones sexuales y reproductivas.

Mejorar la calidad desde ese enfoque implica impactar diversos ámbitos:

- * sistema de salud en general, incluyendo políticas, normativas y recursos;
- * personas prestadoras de salud, 70% de las cuales son mujeres;
- * mujeres usuarias, que acuden a los servicios más como madres y mediadoras que como ciudadanas autónomas con derechos.

A su vez, evaluar la calidad de atención con enfoque de género supone:

- * indagar si la atención de salud refuerza o debilita los roles y el poder desigual de mujeres y hombres respecto de sus cuerpos, sexualidad y reproducción;
- * comparar la atención entre mujeres y hom-

bres en circunstancias similares, visibilizando diferencias³², inequidades y desigualdades;

- * comparar la atención que brindan prestadoras/es según el sexo de pertenencia, identificando la puesta en juego de sesgos de género.

Intersectorialidad

La intersectorialidad es requisito básico e imprescindible de un abordaje integral para garantizar un verdadero proceso de reforma que dé cuenta del máximo de variables que determinan la salud.

MINSAL y SERNAM

Estos deben ser los ministerios líderes en la adecuación del contexto jurídico legal y en los cambios político programáticos intersectoriales referidos a salud sexual y reproductiva. Deben asegurar la incorporación del análisis y la planificación de género, el marco ético de derechos humanos y la noción de salud integral, que incluye procesos de participación ciudadana.

MINEDUC

Debe cumplir un papel central en la promoción de la salud y derechos sexuales y reproductivos, mediante la puesta en marcha de un currículo que favorezca el empoderamiento de las niñas y jóvenes de sexo femenino, y que elimine las desigualdades de género. La desaparición del sexismo en la educación formal es uno de los aspectos protectores más importantes en salud sexual y reproductiva.

CONAMA, ministerios del Trabajo, Minería y Agricultura.

Las políticas de Reforma de Salud requieren interactuar con estas instancias para asegurar a la población un medio ambiente de trabajo y vivienda libre de agentes químicos

30 Matamala M.I., Berlagosky F. y col. Calidad de la atención, género ¿salud reproductiva de las mujeres? COMUSAMS. Santiago, Chile; 1995.

31 ICIMER/FONDECYT. Evaluación y mejoramiento de la calidad de atención en servicios de planificación familiar. Santiago, Chile; 1997.

32 Pittman P. Género y calidad de atención. El caso de hipertensión y diabetes en Avellaneda, provincia de Buenos Aires, Argentina. OPS/OMS, División de Salud y Desarrollo Humano, Programa Mujer, Salud y Desarrollo, Washington, D.C., E.U.A.; 1999.



carcinógenos y teratogénicos, especialmente aquellos ligados a la producción minera y agroindustrial con evidente impacto negativo en la reproducción humana (ej. plaguicidas).

MINVU

Las políticas y planes del MINVU necesitan relacionar vivienda y entorno con ejercicio de la sexualidad. Así podrán cumplir un papel mediador entre la noción de derechos sexuales y reproductivos, y la posibilidad real que la población ejerza cotidianamente su sexualidad en forma privada y placentera.

Ministerio de Hacienda

La salud sexual y reproductiva de la población no se puede promover y sostener si este ministerio no asigna los recursos necesarios. Es preciso asegurar infraestructura, tecnología, equipos, medicamentos, procesos de participación, así como personal de salud que disponga de condiciones de trabajo compatibles con sus derechos y condición humana.

Propuestas desde una perspectiva de género para incorporar en las políticas de Reforma de Salud

• 1. Contexto jurídico legal a asegurar desde el proceso reforma:

1.1. Impulsar la aprobación del proyecto de Ley Marco sobre Derechos Sexuales y Reproductivos, a partir de su reconocimiento como una de las legislaciones indispensables para la Reforma de Salud.

1.2. Eliminar las disposiciones jurídicas y normativas institucionales que no sean coherentes con la Ley Marco.

1.3. Explicitar la necesidad de contar en el más breve plazo con las secciones Defensoría de Derechos de la Mujer y Derecho a la Salud, integradas a la Defensoría de Derechos de la Ciudadanía, que deberán resguardar el

ejercicio pleno de los derechos enunciados en la Ley Marco.

1.4. La Ley de Regulación del Sistema ISAPRES debe asegurar el término del impuesto a la reproducción que se impone a las mujeres a través del sobreprecio de los planes de salud. Hay que hacer hincapié en la solidaridad al interior de las ISAPRES para distribuir equitativamente los costos de la reproducción entre todos los usuarios, de ambos sexos.

1.5. Es preciso terminar con la norma que impone un tope en el grado 10 en la carrera funcionaria de las profesiones no médicas. Como en estas profesiones predominan las altamente feminizadas (enfermería, matronería), la restricción constituye una desigualdad de género que afecta a una mayoría de profesionales que trabajan en los servicios de salud sexual y reproductiva.

• 2. Operacionalizar el Plan de Igualdad de Oportunidades en las políticas de Reforma de Salud, enfatizando aspectos de salud sexual y reproductiva

En lo político programático:

2.1. Asegurar la participación ciudadana de la sociedad civil, en especial de las mujeres organizadas con perspectiva de género y adolescentes de ambos sexos, mediante instancias válidas que les permitan incidir en el diseño, seguimiento y evaluación de las políticas, programas y planes referidos a sexualidad y reproducción. Es importante facilitar monitoreos de la sociedad civil con indicadores de género, como los que se realizan desde la Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe (sobre derechos sexuales y reproductivos, de acuerdo con los consensos de la CIPD Cairo 94) y desde el Grupo Iniciativa (seguimiento de la Plataforma de Beijing '95).

Se requiere crear a nivel nacional y regional instancias participativas para auditar la mortalidad materna, al estilo de las existentes en Brasil (Comites de Morte Materna), en las que se incorporen, al menos, la institucionalidad de salud, la academia, mujeres organizadas con trabajo en género y salud, instituciones que trabajan en bioética y colegios profesionales.

Es necesario que el MINSAL haga realidad el Consejo Intersectorial de Salud de la Mujer que propuso en el Programa Salud de la Mujer en 1997.

2.2. Impulso y mantención de una amplia política comunicacional que difunda los derechos sexuales y reproductivos, así como las condiciones sociales indispensables para su ejercicio. Esta política debe constituir uno de los esfuerzos prioritarios en Atención Primaria.

2.3. Programa integral de prevención, terapia y reparación de la violencia sexual, particularmente hacia la niñez y adolescencia. Llámese plan de salud garantizado, plan básico o canasta básica, el sistema institucional de cuidado de la salud debe incluir esta problemática y coordinarse con las ONGs con experiencia y aportes desde enfoque de género.

2.4. Programas y servicios de salud integral para adolescentes de ambos sexos, que incorporen prioritariamente información, educación y servicios sobre sexualidad y reproducción, que respeten la confidencialidad, y aseguren la participación y el control social.

2.5. Promover la responsabilidad compartida entre hombres y mujeres en anticoncepción y crianza de hijos/as, operacionalizando servicios y acciones como:

*Acceso efectivo a una amplia gama de anticonceptivos masculinos y femeninos (mínimo 8), incluida la anticoncepción de emergencia:

* Facilitar a los hombres el acceso a la vasectomía, una intervención de menor riesgo, envergadura y costo financiero que la esterilización femenina.

* Incorporación de los hombres a la atención del preparto, parto y puerperio en todos los servicios de salud del país.

2.6. Humanizar la atención del preparto y parto, acercándolo a la comunidad y a sus patrones culturales, mediante Casas de Parto Natural que den a la mujer la posibilidad de elegir el tipo de parto, una vez diagnosticada la ausencia de riesgo. Esta iniciativa permitiría generalizar el trabajo psicoprofiláctico y asumir que la mayoría de los partos son normales, sacándolos de los pabellones hospitalarios y situándolos en forma adosada a consultorios. También haría posible redistribuir la dotación de matronas y médicos/as, así como reducir los costos de la atención.

2.7. Programas y servicios para personas adultas mayores, que provean información, educación y servicios integrales sobre menopausia, más allá de las exclusivas terapias hormonales de reemplazo.

2.8. Acceso de mujeres y hombres a la prevención, detección precoz y tratamiento efectivo y oportuno de cánceres del aparato reproductivo. Además de plantearse metas cuantitativas respecto de la detección precoz, se deben fijar metas respecto de la correspondencia entre detección precoz y tratamiento adecuado, y en relación con la reducción de la mortalidad.

2.9. Programas de prevención del aborto inseguro y de la mortalidad por aborto complicado, que incorporen estándares de calidad de atención en todos los hospitales públicos y privados del país, en cumplimiento de los acuerdos internacionales vigentes. Esto implica privilegiar una intervención menos agresiva (AMEU), atención humanizada y confidencial, además de eliminar el

rol policial de los hospitales, en concordancia con los compromisos de nuestro país ante la comunidad internacional.

2.10. Asegurar la prevención y la terapia moderna y efectiva del VIH/SIDA (triterapia), enfatizando acciones comunicacionales y participativas hacia ambos sexos orientadas a impedir el avance de la epidemia en las mujeres.

2.11. Desarrollar programas efectivos de prevención y tratamiento de las ETS tanto en hombres como en mujeres, que superen la simple cobertura cautiva.

En aspectos de gestión:

2.12. La calidad de la atención requiere asegurar un abordaje integral de la salud sexual y reproductiva, lo que supone integrar enfoque de género y derechos. La evaluación de calidad debe incorporar, como indicadores, el empoderamiento de las mujeres respecto de su cuerpo y decisiones, como también la erradicación de inequidades y desigualdades de género identificadas como predominantes en la práctica cotidiana.

En esa línea, se deben priorizar aspectos bioéticos en la práctica diaria, como:

* Erradicar juicios y expresiones peyorativas acerca de la sexualidad de las mujeres en atenciones de salud (ETS, anticoncepción, parto), que retroalimentan condicionamientos de género perjudiciales para la salud.

* Incorporar el consentimiento informado en la práctica cotidiana, elaborando los instrumentos correspondientes.

* Erradicar el abuso de procedimientos médico quirúrgicos (cesáreas, histerectomías), en especial en las ISAPRES.

*Promover y practicar la privacidad y la confidencialidad en la atención de salud sexual y reproductiva.

Para evaluar la calidad de la atención, el proceso de Reforma de Salud requiere, por una parte, consensuar indicadores con enfoque de género y, por otra, modificar el significado de eficiencia y productividad, asignando preeminencia a los resultados que se traducen en bienestar integral por sobre los resultados medidos en términos financieros. La atención debe promover y movilizar cambios culturales determinantes en materia de salud sexual y reproductiva. Para eso se requiere contar con suficiente tiempo de atención y con capacidad técnica-humana. Habrá que reorganizar recursos humanos y reasignar tareas, asumiendo la importancia central de las matronas.

• 3. Producción de indicadores

Es indispensable avanzar en la producción de indicadores que incorporen perspectiva de género para evaluar y monitorear el ejercicio real de los derechos sexuales y reproductivos a partir de las políticas de salud formuladas en el proceso de reforma. Tanto la sociedad civil como la institucionalidad de gobierno deben elaborar sus respectivas matrices de indicadores desde el comienzo del proceso de formulación de políticas y aprobación de leyes.

• 4. Formación de recursos humanos

Para que la práctica cotidiana de los servicios de salud sexual y reproductiva incorpore enfoque de género es imprescindible contar con recursos humanos capaces de movilizar el cambio. Por consiguiente, es requisito formar en esta materia a todos/as quienes trabajan en salud sexual y reproductiva.

- 5. Investigaciones

Las investigaciones en salud sexual y reproductiva, especialmente las referidas a anticoncepción, deberán regirse por los consensos internacionales suscritos por Chile. Por lo tanto, evitarán los sesgos de género que históricamente las han centrado en los cuerpos de las mujeres, sin respetar su consentimiento informado ni sus derechos humanos y exponiéndolas muchas veces a riesgos innecesarios (ej. investigación de esterilización química a base de quinacrina).



GOBIERNO DE CHILE
MINISTERIO DE SALUD
SERVICIO NACIONAL DE LA MUJER