Tercer Informe

Sobre Derechos, Salud Sexual Reproductiva y Violencia de Género en Chile

CORPORACIÓN MEMORIA

CORPORACIÓN MILES

Colaboraron:

ipas Health. Access. Rights.

nómade comunidad consultora

CHILE POSITIVO FUNDACIÓN

centro de estudios de la mujer

Tercer Informe sobre Derechos, Salud Sexual Reproductiva y Violencia de Género en Chile

www.mileschile.cl
Abril 2021

TERCER INFORME SOOBRE DERECHOS, SALUD SEXUAL REPRODUCTIVA Y VIOLENCIA DE GÉNERO EN CHILE

Corporación Miles

Dirección Ejecutiva Corporación Miles:
Javiera Canales Aguilera

Área de Investigación Corporación Miles:
Stephanie Otth Varnava

Equipo de pasantes Área de Investigación:
Antonia Alcalde Castro
Diego Flores Bastidas
Javiera Celis Delard
Pía Larraín Borquéz
Rocío Saavedra Isella

Área Legal Corporación Miles:
Laura Dragnic Tohá

Investigadores colaboradores:
Jaime Romaní Adorni
Martina Cociña Cholak
Antonia Garcés Sotomayor
Florencia Roldán Viviano

Edición:
Macarena Gallo (2º ap)

Diseño y diagramación:
Viviana Díaz (2º ap)

Primera edición
80 ejemplares
Santiago, Chile
Abril, 2021

Está permitida la reproducción total o parcial, distribución, comunicación pública y la creación de obras derivadas de esta publicación siempre y cuando se cite la fuente.

Contacto:

Stephanie Otth Varnava
sotth@mileschile.cl

www.mileschile.cl

Facebook: Miles Chile
Twitter: @mileschile
Instagram: @mileschile

Tabla de contenidos

p.8 Presentación

p.14 Parte I: Derechos sexuales y reproductivos

Acceso a Salud Sexual y Reproductiva en el Contexto de Pandemia por Covid–19 p.16

Salud sexual y reproductiva de las mujeres migrantes en el sistema público en Chile p.32

Estado de la situación en Chile: VIH y estrategias para su prevención p.42

p.62 Parte II: Violencias de género

Dinámicas vinculares en los hogares chilenos durante la pandemia del Covid-19 p.64

Violencia en casa: Dinámica al interior de los hogares en contexto de coronavirus en Uruguay p.90

Deber de denuncia y autonomía de la mujer: análisis crítico del aborto en la causal de violación p.96

p.108 Palabras finales

Introducción

Presentación

Los marcos de la justicia sexual y reproductiva

Anita Peña Saavedra[1]

[1] Directora ejecutiva de Corporación Miles entre enero de 2020 y febrero de 2021. MSc Social Policy and Development de London School of Economics y Magíster en Estudios de Género y Cultura Latinoamericana de Universidad de Chile. Administradora Pública de la Universidad de Valparaíso.

Con el propósito de avanzar en la comprensión de los derechos sexuales y reproductivos, y evaluar su nivel de avance en Chile y otros países de la región Latinoamericana, este informe pretende responder dos dimensiones intrínsecamente relacionadas con los marcos para la justicia sexual y reproductiva[2], entendida como el completo bienestar físico, mental, espiritual, político, social y económico de las mujeres, basado en el pleno ejercicio y protección de sus derechos humanos.

Por un lado, el primer capítulo agrupa estudios recientes sobre el nivel de acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva (SSR) esenciales durante la pandemia, su nivel de acceso en comunidades de mujeres migrantes y hombres usuarios del programa PrEP en Chile. Rescato tres aportes de estos estudios al marco de entendimiento de la justicia reproductiva: a) el contexto de pandemia ha agudizado las barreras de acceso a los servicios de SSR afectando particularmente a las/os jóvenes; b) las mujeres migrantes están expuestas a un trato discriminatorio y racista en el sistema de salud, por ello es es urgente generar espacios de formación y reflexión en el personal de salud y administrativo para eliminar estereotipos y prejuicios, y construir espacios de diálogo y acuerdo intercultural; c) por último, las políticas de salud deben integrar la participación de los grupos a quienes se les dirige los servicios, siendo clave para mejorar su calidad, así como también incorporar servicios preventivos de ITS en el nivel primario de atención de salud, tal como menciona en el estudio sobre la percepción de los usuarios del programa PreP.

Por otro lado, el segundo capítulo del informe reúne investigaciones relacionadas con la violencia de género y su impacto en la autonomía física, abriendo preguntas, como ¿en qué medida las políticas de salud reproductivas recientes, como la ley IVE, han impactado en el reconocimiento de las mujeres como sujetas de derechos? o ¿cuál es el impacto del Covid–19 en la violencia que ocurre al interior del hogar en Chile y Uruguay? Respecto de lo primero, las autoras analizan los efectos del artículo 119, inciso 5, de la Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE), donde se habilita la intervención del jefe de un establecimiento de salud para denunciar un delito de violación y facultar al Ministerio Público a investigar de oficio. En acuerdo con sus autoras, esta situación transgrede el principio de igualdad y no discriminación, pues vulnera la voluntad de una mujer (mayor de 14) en decidir cuándo denunciar o no y es contrario al artículo 369 del Código Penal que establece que la investigación solo se realizará con la debida denuncia por parte de la persona ofendida o su representante legal. Además de este antecedente, el estudio muestra las diferencias entre los protocolos de implementación de la ley IVE en los Centros de Alto Riesgo Obstétrico donde en algunos establecimientos, respecto a la causal 3, se posibilita la toma de muestras sin el consentimiento de la mujer, práctica institucionalizada que a todas luces reproduce una violencia que impacta negativamente en el ejercicio de los derechos humanos de las mujeres.

[2] Traducción propia, ver texto completo en Loretta Ross what is reproductive justice? Sister Song Women of Color Reproductive Health Collective 4-5pp https://www.law.berkeley.edu/php-programs/courses/fileDL.php?fID=4051

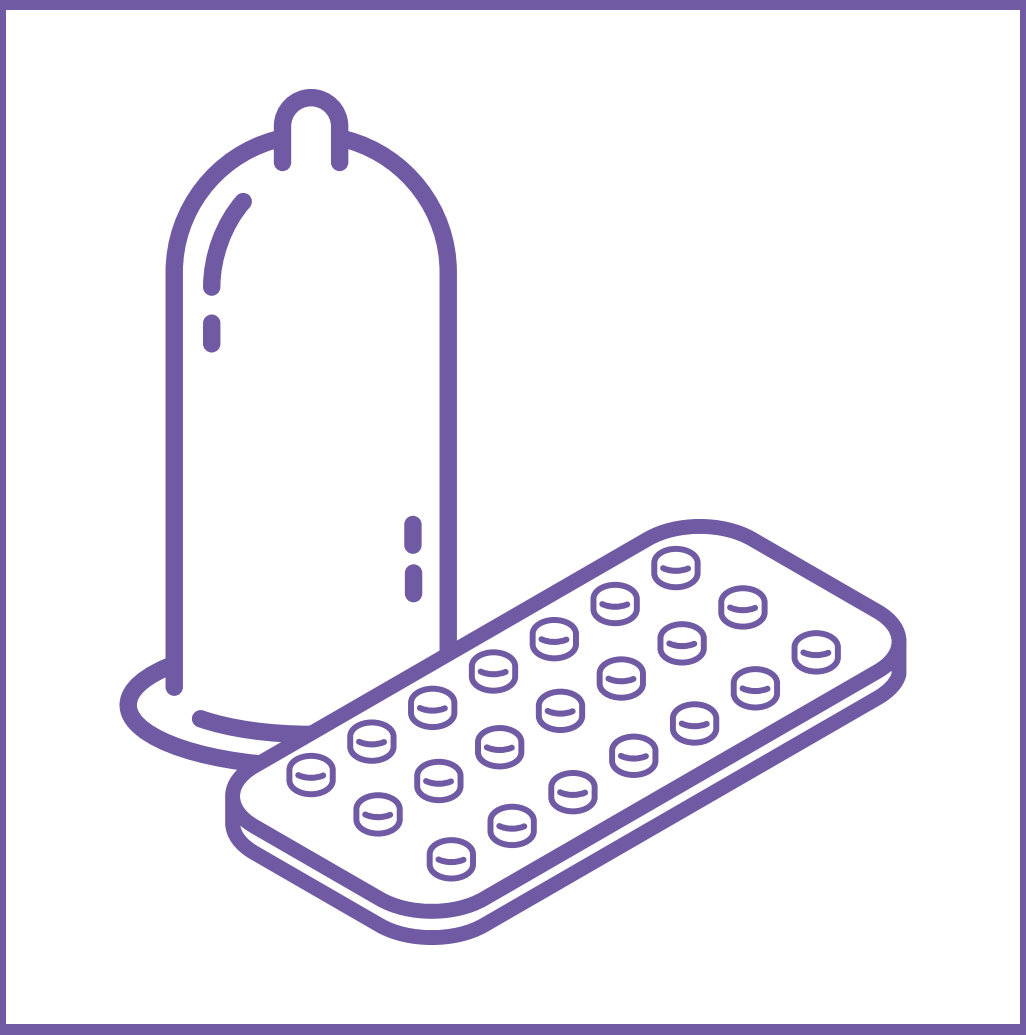
En una misma línea de ejemplos de la violencia estructural que se ejerce en las vidas de las mujeres, el estudio Dinámicas vinculares en los hogares chilenos durante la pandemia del Covid–19 evidenció que solo el 21% de las mujeres señaló que pidió ayuda y, de ellas, el 83% lo hizo a una red cercana de familiares, amistades o conocidas, versus solo el 15% que solicitó orientación en algún servicio del Estado. Situación similar ofrecen los resultados del estudio de violencia en Uruguay, donde sólo el 27% de las personas declaran utilizar los servicios del Estado, aunque el 83,2% declara conocerlos.

Entonces, ¿cuáles son las condiciones de posibilidad para ejercer los derechos sexuales y reproductivos? Esta es una pregunta abierta, cuya respuesta puede inferirse de este informe que invitamos a leer, compartir e integrar en los procesos de investigación, de diseño de política pública y de discusión de cara a este proceso constituyente. Hemos visto que el paradigma de la justicia sexual y reproductiva revela el impacto de las discriminaciones simultáneas que viven las personas por su género, etnia y clase, por ello este informe es un insumo para reconocer cuáles son los factores y contextos que habilitan y/o restringen las posibilidades de decidir nuestro destino sexual y reproductivo.

Agradezco al Centro de Estudios de la Mujer, Fundación Chile Positivo, Consultora Nómade de Uruguay y las autoras/es por sus contribuciones en este informe que esperamos habilite nuevas preguntas de investigación y provea de evidencia para mejorar los procesos de formulación e implementación de políticas en salud sexual y reproductiva.

«Por ello este informe es un insumo para reconocer cuáles son los factores y contextos que habilitan y/o restringen las posibilidades de decidir nuestro destino sexual y reproductivo»





Parte I

Derechos Sexuales y Reproductivos

Acceso a Salud Sexual y Reproductiva en el Contexto de Pandemia por Covid-19

Stephanie Otth Varnava[3], *M. Pía Larraín Borquez* [4], *Javiera Celis Delard*[5], *Antonia Alcalde Castro*[6]

[3] Stephanie Otth Varnava, MA Gender, Society and Representation UCL, Londres, Psicóloga Universidad Católica de Chile. Coordinadora área Investigacion y Capacitacion Corporación Miles.

[4] María Pía Larraín Bórquez, Licenciada en Socióloga Pontificia Universidad Católica de Chile. Pasante de investigación Corporación Miles.

[5] Javiera Celis Delard. Socióloga de la Pontificia Universidad Católica. Pasante investigacion Corporación Miles.

[6] Antonia Alcalde Castro, licenciada y profesora de Historia, Geografía y Ciencias Sociales U. Diego Portales. Diploma en Educación Sexual Integral U.de Buenos Aires ©. Pasante investigación Corporación Miles

La salud sexual y reproductiva (en adelante SSR) es una dimensión esencial del desarrollo integral y del bienestar social de las personas, pero con frecuencia recibe menos atención por parte de los gobiernos que otros componentes de la salud[7]. Frente a este escenario, han sido las organizaciones de la sociedad civil, principalmente aquellas de carácter feminista, quienes han liderado el largo proceso de transformación cultural, otorgándole reconocimiento y visibilidad a la SSR.

La SSR es un estado general de bienestar físico, mental y social de todos los aspectos relacionados con la sexualidad de las personas. De acuerdo con el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), hay una conexión clara entre la salud reproductiva, los derechos humanos y el desarrollo sostenible de las comunidades. Cuando las necesidades en materia sexual y reproductiva no son satisfechas —es decir, cuando se priva a las personas del derecho a elegir opciones cruciales sobre su propio cuerpo y futuro— se produce un efecto dominó en el bienestar de lo/as ciudadano/as y su entorno.

Pese a los avances que se muestran en Latinoamérica, respecto a la concientización y cobertura de la SSR, sigue habiendo un problema de desigualdad asociado a la edad, etnia, ruralidad, orientación sexual, entre otras dimensiones de la vida de las personas[8]. Asimismo, a pesar de que se ha llegado a un consenso mundial para aplicar programas de SSR en la mayoría de los países, estos siguen siendo deficientes debido a que tanto la aplicación de estas políticas, como el ejercicio cotidiano de los derechos sexuales y reproductivos, se han visto obstaculizados por problemas políticos, económicos y socioculturales[9]. Los embarazos no deseados, los abortos clandestinos y la mortalidad materna, entre otras aristas de la salud sexual, impactan de manera diferenciada a las personas gestantes (mujeres y hombres trans), por lo que garantizar su acceso es una cuestión de equidad de género y justicia social. Aquella responsabilidad debe ser asumida por los Estados, facilitando activamente su promoción y resguardo en contextos de crisis.

En general, las mujeres son las más perjudicadas cuando el derecho a la salud sexual se ve vulnerado. Ellas utilizan más los servicios que los hombres, especialmente aquellas en edad reproductiva[10]. No obstante, en algunos países se observa una reducción en la brecha por género, llegando incluso a desaparecer en las edades más avanzadas, en los quintiles con menores ingresos y en los servicios que requieren mayores complejidades.

Respecto de la edad, los jóvenes son la población que presenta mayores dificultades a la hora de acceder a estos servicios, especialmente en el acceso a información de manera oportuna y pertinente a su reali-

[7] Ramos, Miguel. 2006. «La salud sexual y la salud reproductiva desde la perspectiva de género» Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública.

[8] CEPAL (2019) Fecundidad no deseada entre las adolescentes latinoamericanas Un aumento que desafía la salud sexual y reproductiva y el ejercicio de derechos. Serie población y desarrollo, autor Jorge Rodríguez.

[9] Ramos. Op.cit., p.202.

[10] Gómez, E: (2002). «Género, equidad y acceso a los servicios de salud: una aproximación empírica». Programa Mujer, Salud y Desarrollo Humano, Organización Panamericana de la Salud. p. 333

dad y contexto[11]. En esta misma línea, investigaciones en la región han demostrado que el proceso de envejecimiento es un obstáculo para el acceso a los servicios de SSR, sobre todo en mujeres[12]. En cierto sentido, lo anterior confirma la idea en la sociedad de que la sexualidad es sinónimo de reproducción, asociando la salud sexual exclusivamente a la fertilidad. De este modo, cuando las mujeres llegan a la edad de la menopausia y cese de su capacidad reproductiva se marcaría un punto de inflexión, evidenciándose una baja en la atención femenina en el ámbito de SSR.

Las desigualdades sociales se hacen presentes en el territorio en que viven las personas. La centralización se materializa en la concentración de los beneficios del desarrollo en Santiago, capital del país que concentra los servicios básicos[13]. Por lo tanto, dicha centralización responde también a la desigualdad del acceso a la salud sexual y reproductiva en los distintos territorios de nuestro país.

Respecto de los sistemas previsionales de salud, alrededor del 80% de los habitantes en Chile están afiliados a FONASA, mientras que el sector privado cubre aproximadamente al 17% de la población a través de las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE)[14]. Dada la amplia demanda de usuarios/as de FONASA, el número de prestaciones del sector público es considerado insuficiente. Según el Observatorio Chileno de Salud Pública, el año 2013 se realizaron 1,5 millones de egresos hospitalarios y 43 millones de atenciones ambulatorias[15], cifra que no es suficiente para dar cobertura al alto porcentaje de usuarias/os de FONASA.

Según la OCDE, Chile tiene una situación fuertemente deficitaria de médico/as y enfermero/as, de camas hospitalarias y de medicamentos genéricos. En comparación con los demás países integrantes de la organización, Chile muestra un promedio de 1,7 médicos por mil habitantes, mientras que los demás tienen un promedio de 3,2 por mil habitantes. De acuerdo con el número de enfermero/as, se observa que Chile alcanza una tasa de 4,2 por mil habitantes mientras que el promedio de los demás países de la OCDE es de un 8,8 por mil habitantes.

Acceso a la Salud sexual y reproductiva en tiempos de crisis

La pandemia del Covid–19 ha sobrecargado los sistemas de salud a nivel global afectando el acceso a los demás servicios de salud no necesariamente producto del coronavirus. Lo anterior sumado a las restricciones de movilización, y al temor de las personas a contagiarse del virus, han agravado el problema de atención, por ejemplo, en las prestaciones de SSR[16].

No es sencillo evaluar el impacto que las crisis sanitarias tienen en la salud de las personas y sus comunidades. Experiencias pasadas, como los brotes epidémicos del Ébola y el Zika, han permitido levantar información respecto de los efectos en salud, especialmente en SSR, en función del género.

En el caso del Ébola, hubo un aumento de embarazos no asistidos debido a la disrupción en el sistema de salud y las restricciones en torno a la movilidad[17]. Algo similar ocurrió con el Zika en América Latina donde las mujeres tuvieron severas dificultades para acceder a métodos anticonceptivos de calidad, que afectó desproporcionadamente a mujeres embarazadas y sus hijo/as, ya que la infección por el virus del Zika durante el embarazo es una de las causas de microcefalia. Durante el brote de Zika en Latinoamérica, en 2008 hubo 4.4 millones de abortos, donde el 95% fueron inseguros para las madres. Esto ocurrió a pesar de que la OMS insistió en que se dieran las condiciones propicias para que las mujeres pudiesen interrumpir sus embarazos de forma segura en el contexto del brote epidémico.

En Chile, durante la pandemia del Covid–19, los servicios de SSR en general no se han consignado oficialmente esenciales, por lo que el acceso de las personas se ha visto afectado de manera transversal.

---

[11] UNFPA. (2014) Salud sexual y reproductiva de los adolescentes. Disponible en: https://www.unfpa.org/es/resources/salud-sexual-y-reproductiva-de-los-adolescentes

[12] Castillo, A. Chinchilla, I. (2013) El ejercicio de la violencia simbólica en la atención en salud de mujeres en edad mediana que experimentan la menopausia: principales resultados de una encuesta CAP» Revista de Ciencias Sociales.

[13] Aroca, Patricio y Fierro, Pedro. 2020. Concentración y centralismo: una mirada territorial a nuestra crisis. Disponible en https://www.ciperchile.cl/2020/09/05/concentracion-y-centralismo-una-mirada-territorial-a-nuestra-crisis/

[14] Becerril-Montekio, V.; Reyes, J. y Manuel,A. (2011) Sistema de salud de Chile. En: Salud pública de México. vol. 53, suplemento 2 de 2011. p. 134.

[15] Goic, A. (2015). El sistema de Salud de Chile: una tarea pendiente. En: Revista médica de Chile. p. 782.

[16] Damián López, B. (2020). La salud sexual y reproductiva en tiempos de Covid–19 en el Perú. Revista Médica Basadrina, 14(1), 56-58. https://doi.org/10.33326/26176068.2020.1.928

[17] ONU (2020) Análisis de los efectos e impactos socioeconómicos Covid–19 en Guatemala. p. 53.

Hubo ciertos servicios que se vieron afectados principalmente, como el acceso a métodos anticonceptivos, los exámenes de VIH y otras ITS, así como el acceso a la interrupción voluntaria del embarazo garantizado por ley. Como se mencionó anteriormente, esto es particularmente relevante, pues son las mujeres y personas gestantes quienes terminan siendo más afectadas, especialmente aquellas en condiciones de precariedad socioeconómica.

Comparando las atenciones de SSR del año 2020 con las del 2019, éstas disminuyeron de 2.648.000 controles a 1.311.150, cayendo casi en un 51%. Los controles del programa de regulación de la fertilidad también disminuyeron en un 43% respecto al año anterior. El acceso a la ley IVE también se ha visto afectado, constituyéndose un 24% menos de causales en comparación con el año 2019[18].

De igual manera, el abastecimiento de medicamentos e insumos necesarios para la provisión de servicios de salud sexual y reproductiva presenta importantes falencias. En cuanto al cumplimiento de los medicamentos pedidos, realizados a la Central Nacional de Abastecimiento (CENABAST), a septiembre del 2020 no se había cumplido con lo solicitado por los servicios de salud, tanto para Mifepristona 200 mg CM Ley 21.030 (cantidad programada 6, cantidad entregada 0), misoprostol 200 mcg CM Ley 21.030 (cantidad programada 46.174, cantidad entregada 0) ni condones resistentes con lubricantes (cantidad programada 48.844, cantidad entregada 0)[19]. Estos hallazgos resultan preocupantes, especialmente porque dichas prestaciones deben estar aseguradas en el marco de la ley 21.030.

El estado de las cosas ha vuelto necesaria y urgente levantar información actualizada respecto del acceso de las personas a las prestaciones de salud sexual en general y caracterizar cuáles han sido sus principales dificultades y estrategias que han encontrado para su solución o abordaje.

PRESENTACIÓN INVESTIGACIÓN

El objetivo general de este estudio, realizado por Corporación Miles, es analizar el acceso a la salud sexual y reproductiva de las personas en Chile en el contexto de pandemia y conocer los principales obstáculos que impiden el acceso a ella. En concordancia con dicho objetivo general, se plantean como objetivos específicos: caracterizar el acceso a la salud sexual y reproductiva e identificar los principales problemas que dificultan el acceso a SSR y las respectivas soluciones durante la pandemia por Covid–19.

Ficha técnica

Características del instrumento

Encuesta online voluntaria y auto aplicada

Fecha de aplicación

Entre el 22 de abril y el 21 de septiembre 2020

Número de personas encuestadas

1.068 personas

Muestreo

Por conveniencia o accidental

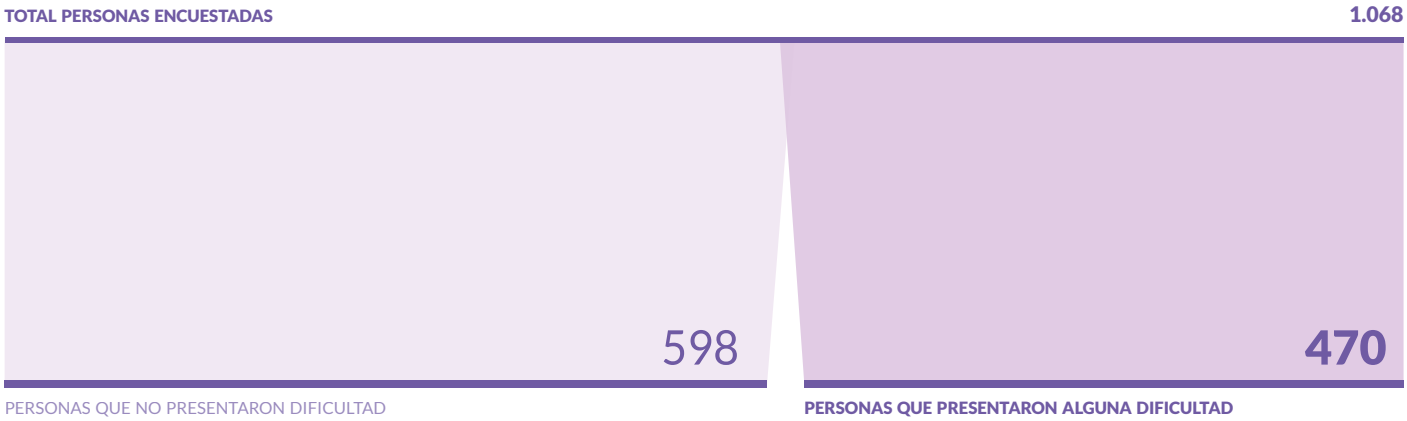
Consideraciones

La encuesta fue difundida principalmente en las redes sociales de Corporación Miles, por lo que las personas que participaron cuentan con acceso a internet y están, probablemente, familiarizados con las temáticas de SSR. Este sesgo en el acceso puede explicar que la mayoría de las participantes se identifiquen con el género femenino, vivan en la Región Metropolitana (RM) y tengan edades entre los 20 y 30 años.

Respecto a la pertenencia territorial se agrupó a los/as encuestados/as en dos categorías: ‹Región Metropolitana› y ‹otras regiones›. Si bien esta agrupación puede invisibilizar las distintas experiencias de las personas a lo largo de las diversas regiones del país, se tomó la decisión para posibilitar algunas comparaciones entre subgrupos con poblaciones totales más similares.

[18] Datos disponibles en: https://public.tableau.com/profile/deis4231#!/vizhome/Produccin2018-2020/GestantesingresadasaControl?publish=yes

[19] Miles Chile (2020) Monitoreo de políticas de Salud Reproductiva en el marco de las respuestas para el Covid–19. Disponible en https://issuu.com/corporacionmiles/docs/informe_clacai



Caracterización de la muestra

1.068 personas contestaron la encuesta. Del total de personas que participó, el 62% corresponde a personas entre los 20 y 29 años, el 21% entre 30 y 69 y un 17% tiene entre 15 y 19 años. Es probable que la mayor concentración de respuestas en personas jóvenes se relacione con que son ellas quienes tienen mayor acceso a las redes sociales.

El 62% de los/as encuestado/as vive en la Región Metropolitana y el 38% en otras regiones del país. En cuanto a la afiliación a los sistemas de salud de las personas encuestadas, un 60% se encuentra en el Fondo Nacional de Salud (FONASA) y un 38% al sistema privado. El 2% restante refiere no saber.

PRESENTACIÓN RESULTADOS

I. Acceso a la salud sexual y reproductiva durante la pandemia del Covid–19 en Chile

El acceso a la salud sexual y reproductiva, en tanto servicios e insumos de salud, puede verse afectada cuando las cadenas de suministros se ven sometidas a alteraciones como resultado de la respuesta a la pandemia[20] o cuando las personas presentan obstáculos frecuentes y/o no solucionables para concretar alguna prestación de salud sexual y reproductiva y/o acceder a medicación.

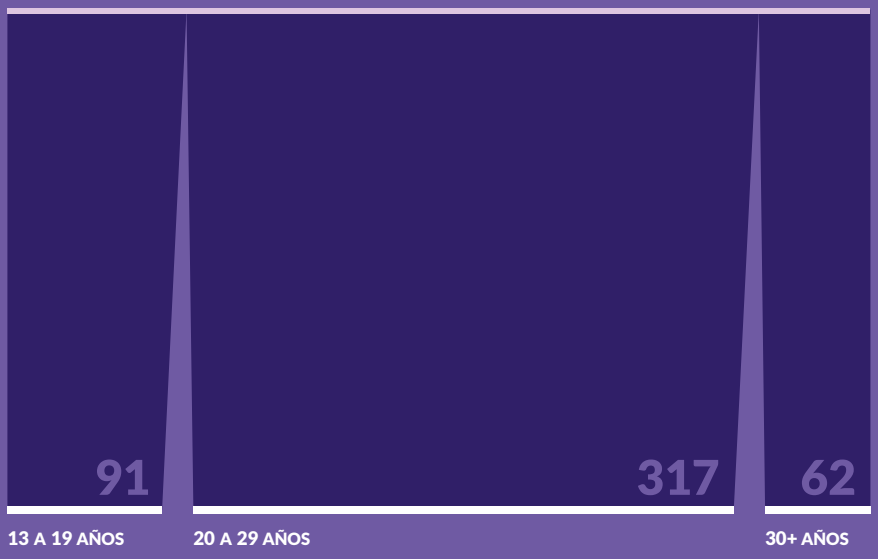
La presente investigación refleja que un 44% del total de participantes presentó alguna dificultad para acceder a la salud sexual y reproductiva en el contexto de pandemia por Covid–19 en Chile, lo que puede significar consecuencias importantes en la vida de las personas, principalmente de las mujeres. Dentro de ellas se encuentra la transmisión de infecciones sexuales, la no detección oportuna del virus del papiloma humano y los embarazos no deseados. Al respecto, algunos organismos internacionales han intentado calcular el posible impacto que la alteración en el acceso a la salud sexual y reproductiva puede tener en la vida de las personas.

Se estima que alrededor de 47 millones de mujeres en 114 países de ingreso bajo y mediano no podrán utilizar anticonceptivos modernos si las medidas comunes de confinamiento, o las afectaciones relacionadas con el Covid–19, continúan causando interrupciones significativas de los servicios durante seis meses. Por cada tres meses que se mantenga el confinamiento, en el supuesto de que se produzcan niveles altos de afectación, habrá hasta 2 millones más de mujeres que no puedan utilizar anticonceptivos modernos. Si el confinamiento se prolonga durante seis meses, con interrupciones graves del servicio debido al Covid–19, se prevén 7 millones más de embarazos no planeados[21].

[20] UNFPA. 2020. Informe Técnico. Covid–19. Un enfoque de Género. Proteger la salud y los derechos sexuales y reproductivos y promover la igualdad de género.<Covid-19 Guidance Note-final layout>

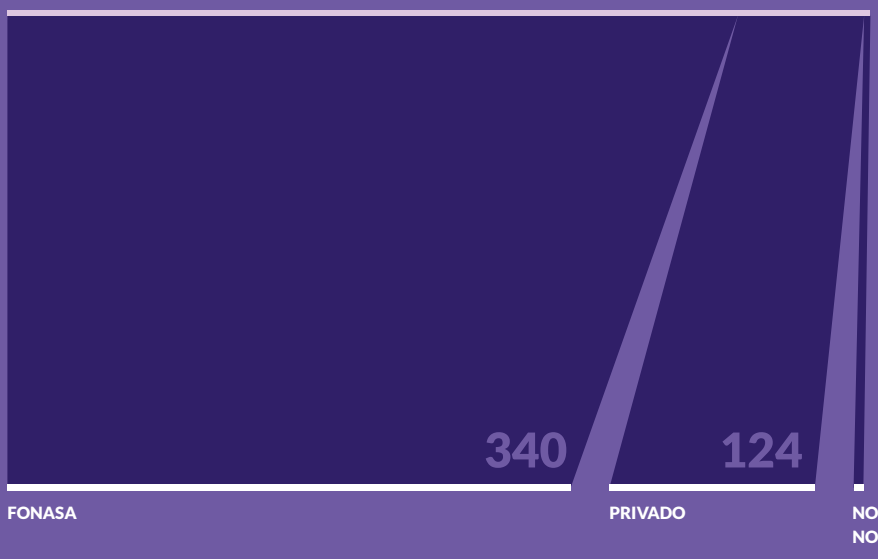
[21] UNFPA. Repercusión de la pandemia de Covid–19 en la planificación familiar y la eliminación de la violencia de género, la mutilación genital femenina y el matrimonio infantil. Nota técnica provisional publicada en abril, 2020.

NÚMERO DE PERSONAS QUE PRESENTARON DIFICULTADES POR RANGO DE EDAD



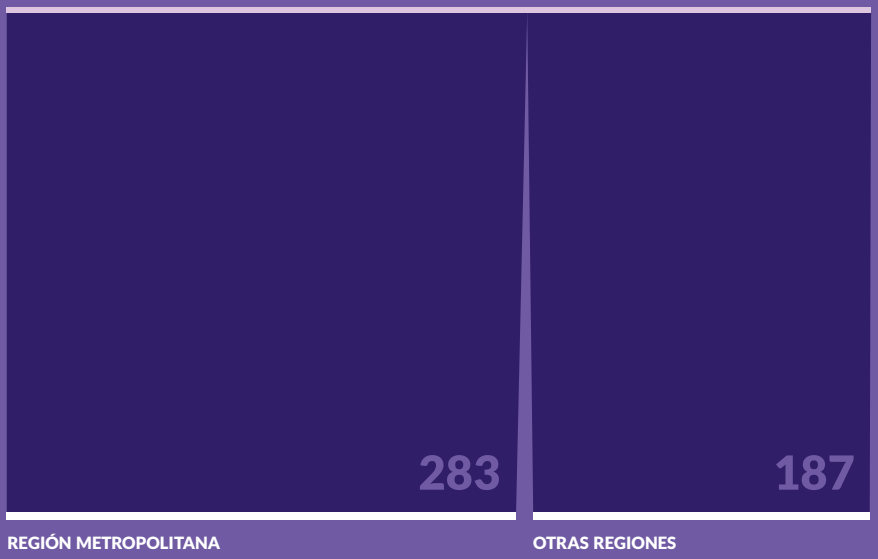
En cuanto a los grupos etarios que presentaron mayores dificultades, se observó que quienes tuvieron mayores problemas fueron los/as jóvenes entre 13 y 19 años (19%). El segundo grupo que presentó más dificultades son las personas mayores de 30 años (13%), mientras que las personas entre 20 y 29 años fueron quienes presentaron menos dificultades (7%).

NÚMERO DE PERSONAS QUE PRESENTARON DIFICULTADES SEGÚN SISTEMA DE PREVISIÓN



En relación con los sistemas de previsión de salud, se observa que son las personas afiliadas a FONASA quienes presentan mayores obstáculos para acceder a la SSR (72% tuvo dificultades), a diferencia de quienes están afiliadas al sistema privado (26% presentó problemas).

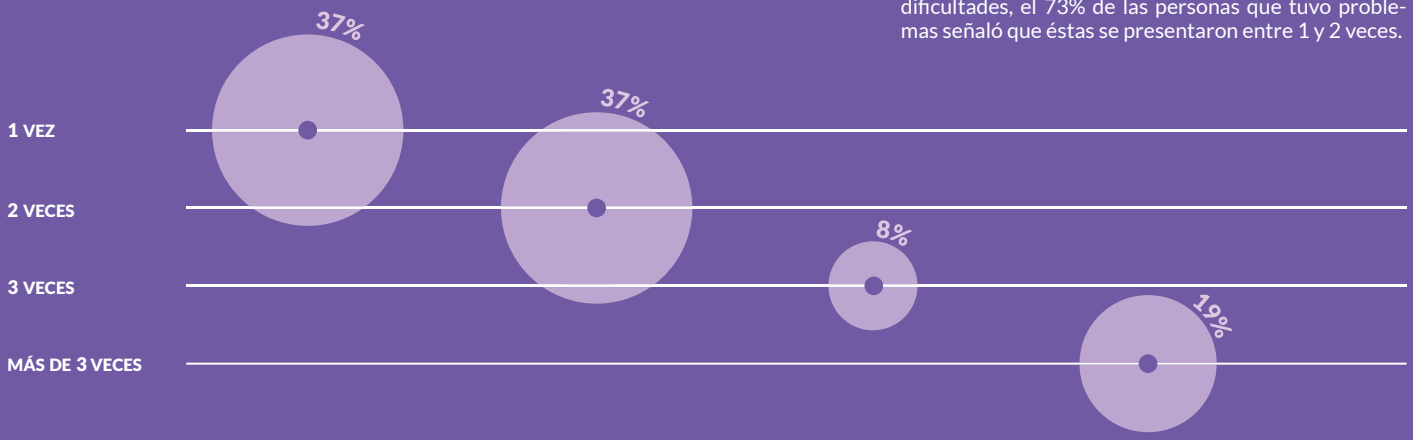
NÚMERO DE PERSONAS QUE PRESENTARON DIFICULTADES SEGÚN LUGAR DONDE VIVE



Las personas que viven en la Región Metropolitana presentaron mayores dificultades de acceso a los servicios de SSR (60%) que quienes viven en otras regiones del país (40%).

SEGÚN NÚMERO DE VECES QUE PRESENTARON DIFICULTAD

Respecto a la cantidad de veces que se presentaron las dificultades, el 73% de las personas que tuvo problemas señaló que éstas se presentaron entre 1 y 2 veces.



SEGÚN DÓNDE PRESENTÓ LA DIFICULTAD

PRESENTÓ DIFICULTAD EN CENTROS DE SALUD

368

Al evaluar dónde se había presentado la dificultad, lo/as encuestado/as señalaron en su mayoría que las dificultades se habían presentado en los centros de salud y en las farmacias.

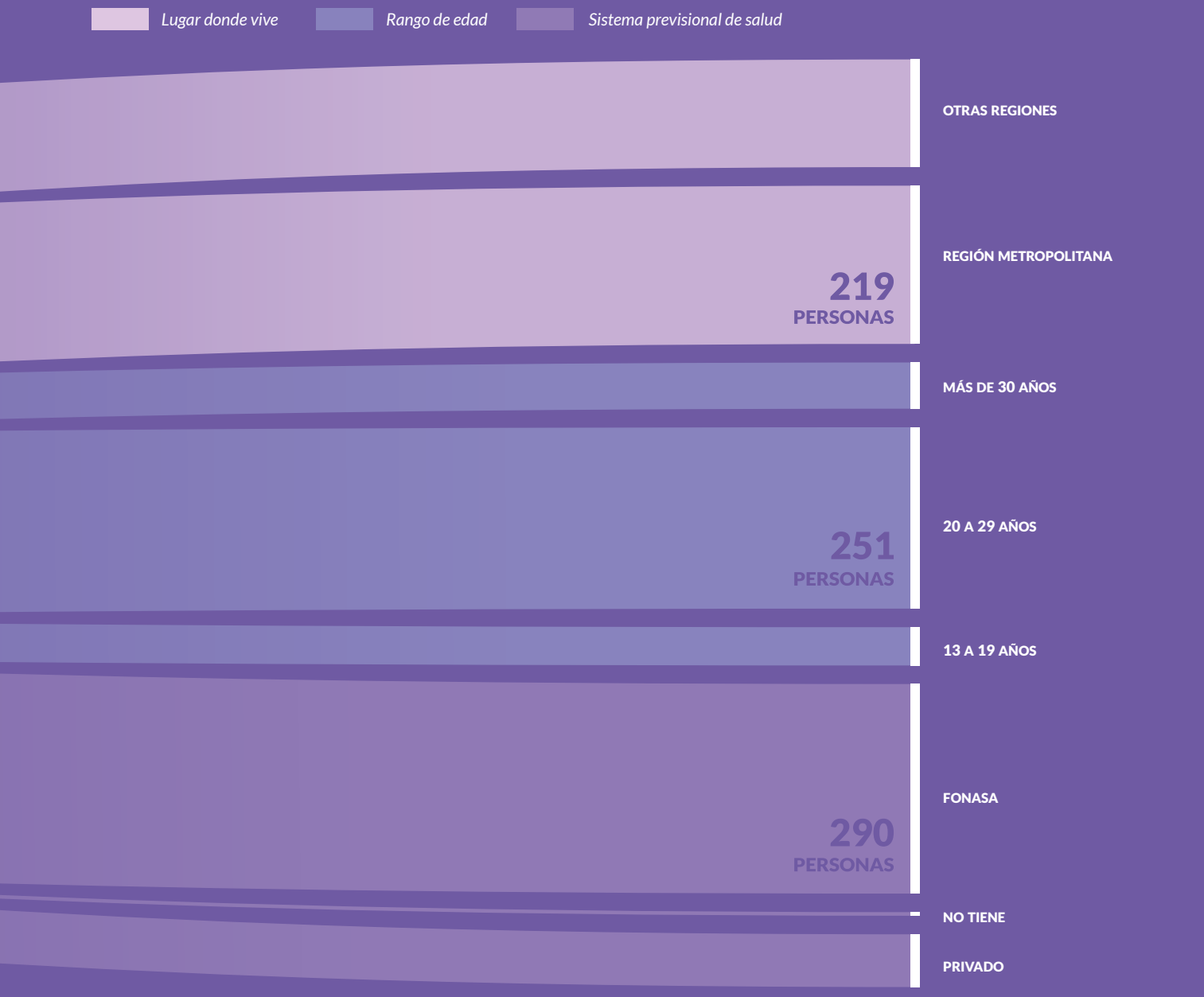
Se pudo constatar que quienes se encuentran afiliados a FONASA (85%) tuvieron más dificultades en los centros de salud que los afiliados al sistema privado (59%). Dicha diferencia se condice con la amplia demanda de usuarios/as de FONASA, pero también con la insuficiencia del sector público en materia de salud.

Por otra parte, quienes viven fuera de la Región Metropolitana indicaron más problemas en los centros de salud que quienes viven en la RM, dejando en evidencia las brechas de la centralización.

En relación con la edad, fueron las personas entre 30 y 59 años quienes presentaron más dificultades de acceso a la SSR en los centros de salud (85%)

Las farmacias también fueron lugares en los que las personas tuvieron problemas para acceder a productos de SSR. Quienes estaban afiliados a alguna Isapre presentaron más dificultades en las farmacias que quienes pertenecen a FONASA (59% versus 37%).

Estos resultados dejan en evidencia que el acceso a la SSR sí se ha visto afectado por la pandemia por Covid–19 en el país. Han sido las personas jóvenes, entre 13 y 29 años y aquellas afiliadas al sistema público de salud, quienes han presentado más problemas. Por último, en cuanto a los lugares donde se presentan los obstáculos, destacan en primer lugar los centros de salud y luego las farmacias, que si bien responden a lugares de mayor acceso, son los que debieran tener mayor capacidad de respuestas.



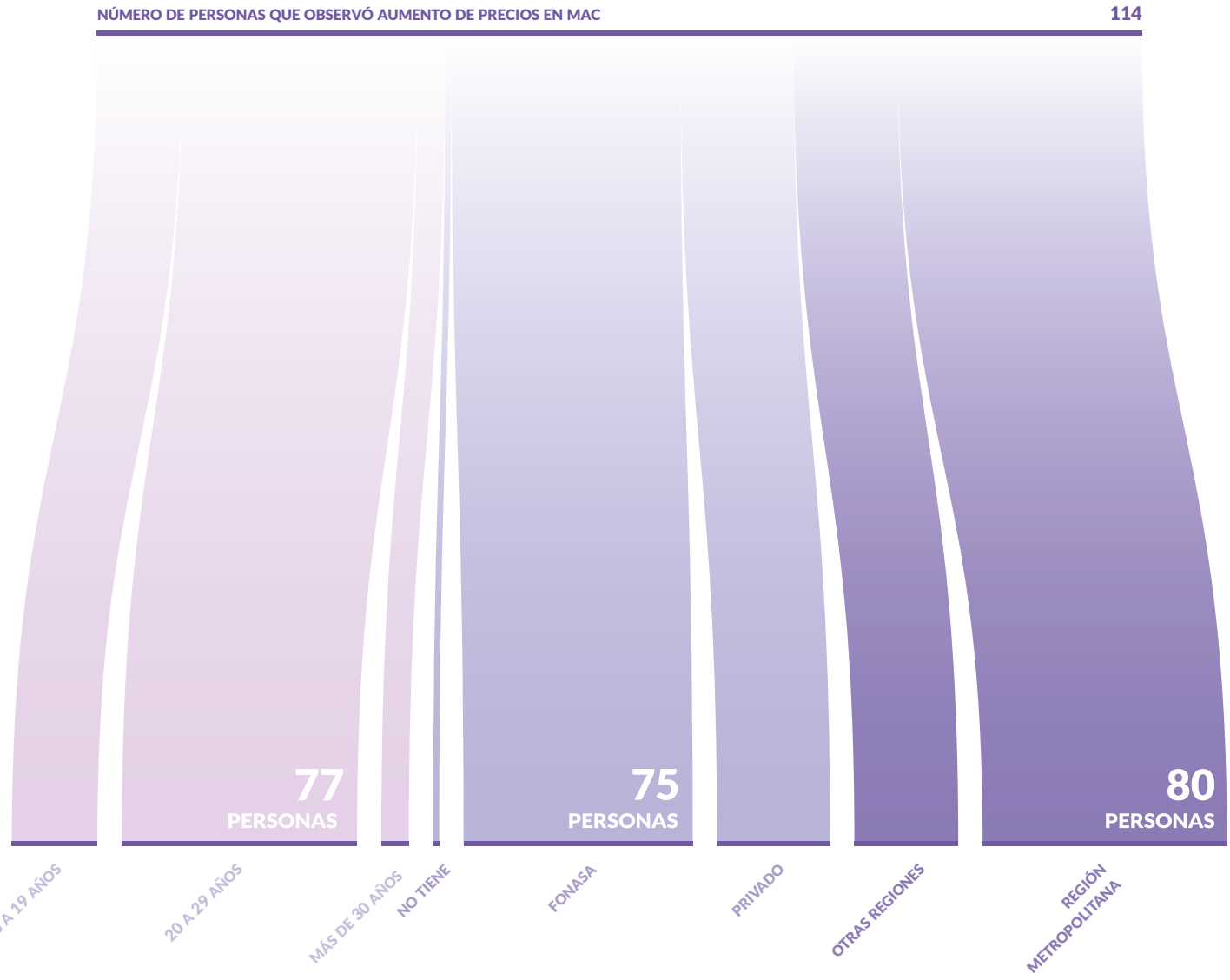
II. Principales problemas que dificultan el acceso a salud sexual y reproductiva

El estudio preguntó por las razones o problemas que dificultaron el acceso a la salud sexual y reproductiva en los distintos lugares ya mencionados y también de qué forma las personas los solucionaron o si es que no tuvieron solución. Los principales problemas o razones detectados fueron el aumento en los precios, la falta de stock de ciertos medicamentos y que los lugares (centro de salud en general) no estaban prestando el servicio y/o se cancelaron horas solicitadas.

El aumento de precio se presentó, principalmente, en el acceso a métodos anticonceptivos (MAC). El 31% de las personas entre 13 y 19 años señalaron no haber podido acceder a MAC por aumento de su valor. Esto es preocupante. Puede traducirse en embarazos no deseados, afectando el curso de planes vitales y/o provocando infecciones de transmisión sexual.

A su vez, quienes viven en la RM fueron las que más identificaron un aumento en los precios, a diferencia de quienes viven en otras regiones (28% versus un 18%). En relación con sistema previsional de salud, se pudo identificar que quienes tuvieron problemas para acceder a los MAC por el aumento de su precio, fueron principalmente las personas que señalaron no saber o no tener sistema previsional de salud (33%), seguidas de quienes se encuentran afiliadas al sistema privado (30%) y por último quienes se encuentran afiliadas a FONASA (22%).

SEGÚN AUMENTO DE PRECIOS EN MAC



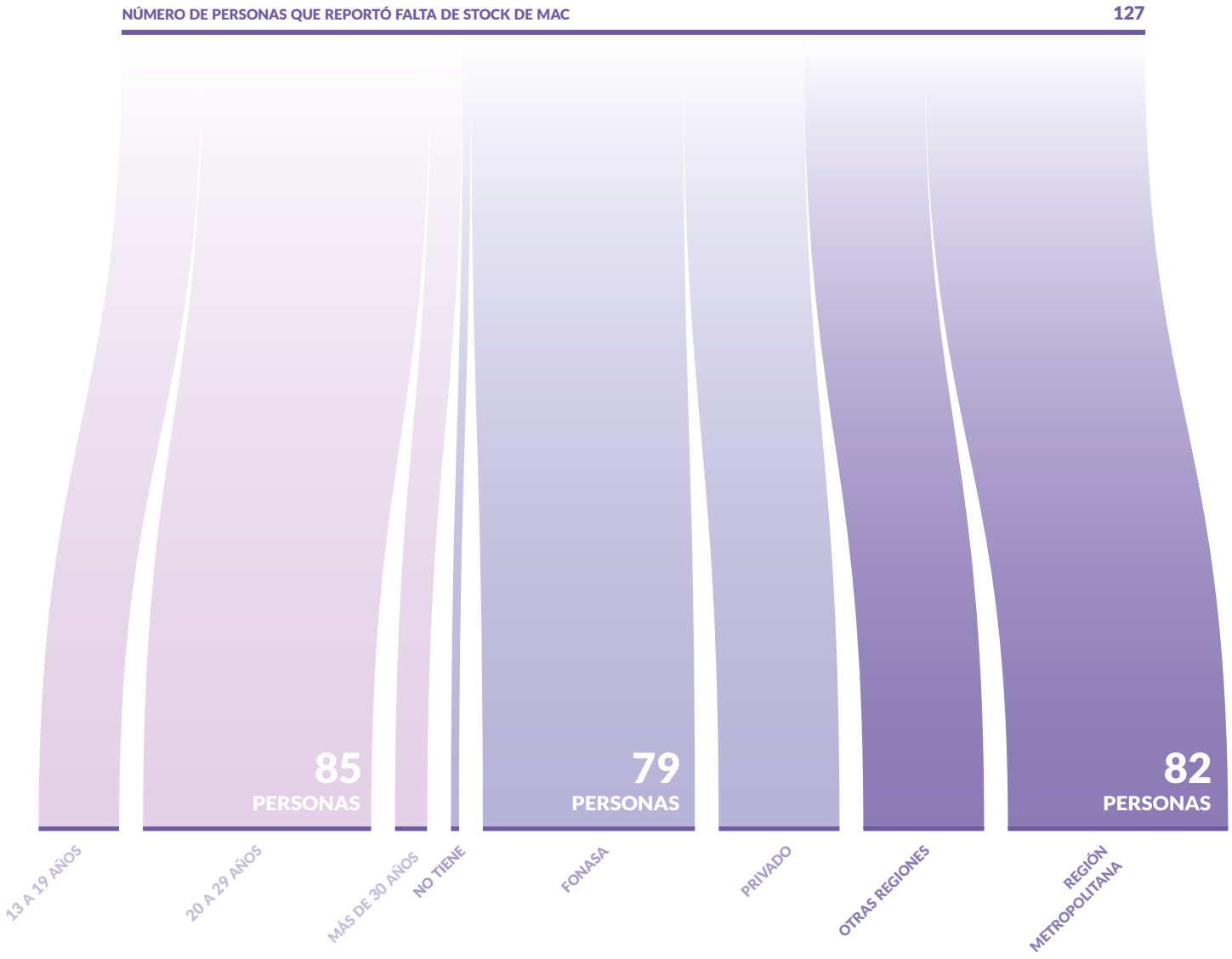
La falta de stock de MAC fue otro obstáculo que reconocieron las personas encuestadas. Los jóvenes entre los 13 y 19 años (33%) y quienes están afiliado/as a ISAPRE fueron quienes más reportaron esta razón. No se observaron mayores diferencias entre quienes viven en la Región Metropolitana y en otras regiones del país (29% vs. 24%).

Lugar donde vive

Sistema previsional de salud

Rango de edad

SEGÚN FALTA DE STOCK DE MAC

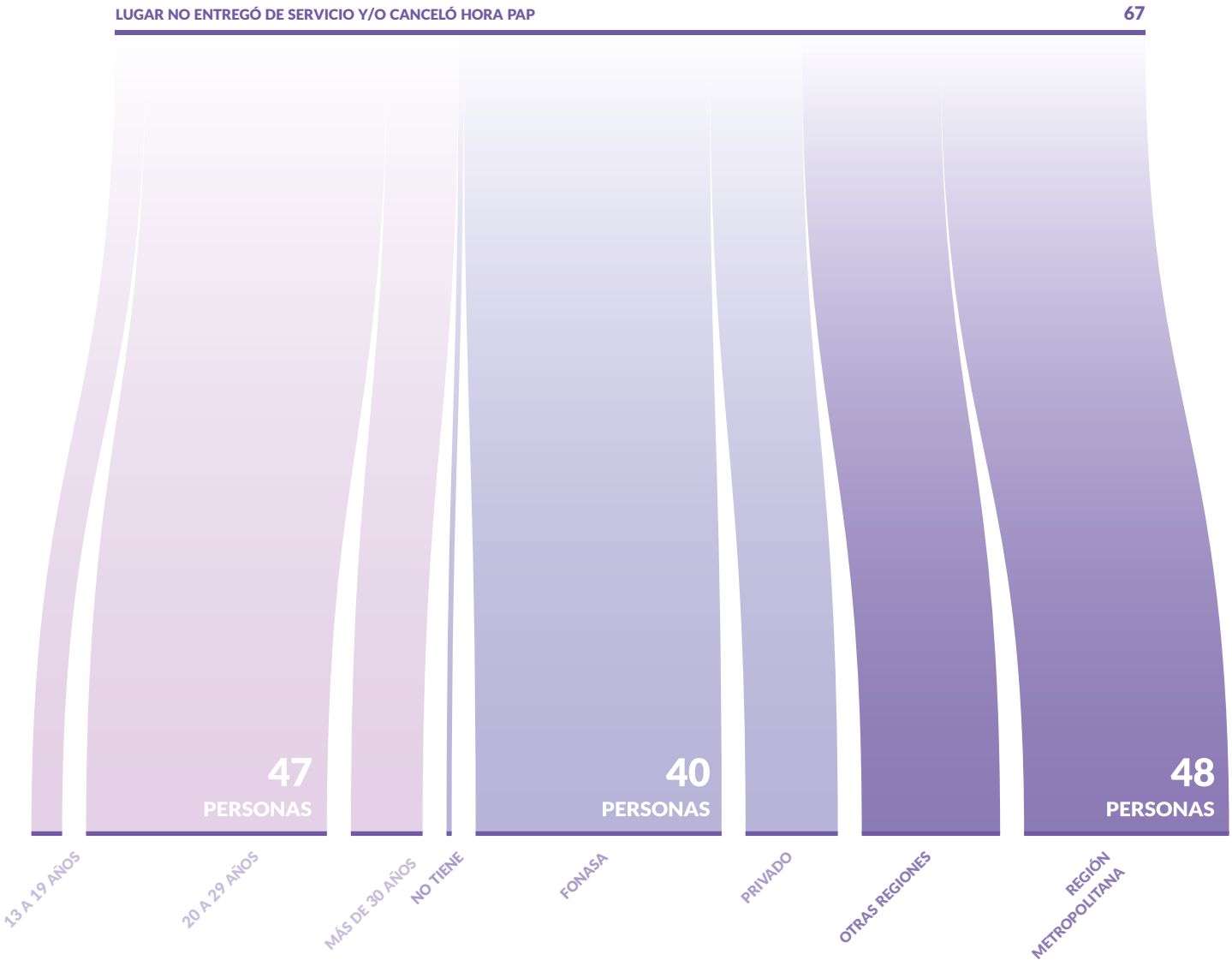


Otra de las razones que señalaron las/os encuestados/as para acceder a servicios de SSR es que los lugares de atención (servicios de salud) no están entregando el servicio o que sus horas programas (exámenes y/o consultas) han sido canceladas.

Estas razones se encuentran principalmente entre aquello/as que quisieron realizarse el examen Papanicolaou (PAP), el examen de VIH y consultar por ITS. A continuación, se presenta el análisis según cada servicio considerando edad, lugar de residencia y filiación al sistema previsional de salud.

En primer lugar, son las personas entre 20 y 29 años quienes más refieren no haber podido realizarse el PAP porque el lugar no estaba realizando el servicio y/o porque su hora fue cancelada. Lo anterior condice con que son las mujeres de esas edades quienes deben realizarse de manera frecuente el PAP. No se observaron diferencias relevantes entre quienes viven dentro y fuera de la RM, ni entre los diversos sistemas de salud. Lo anterior da cuenta que la dificultad para realizarse dichos exámenes producto de la cancelación y/o postergación del servicio se presenta de forma más o menos homogénea en la población.

SEGÚN NO ENTREGA DE SERVICIO Y/O CANCELACIÓN DE HORA PAP



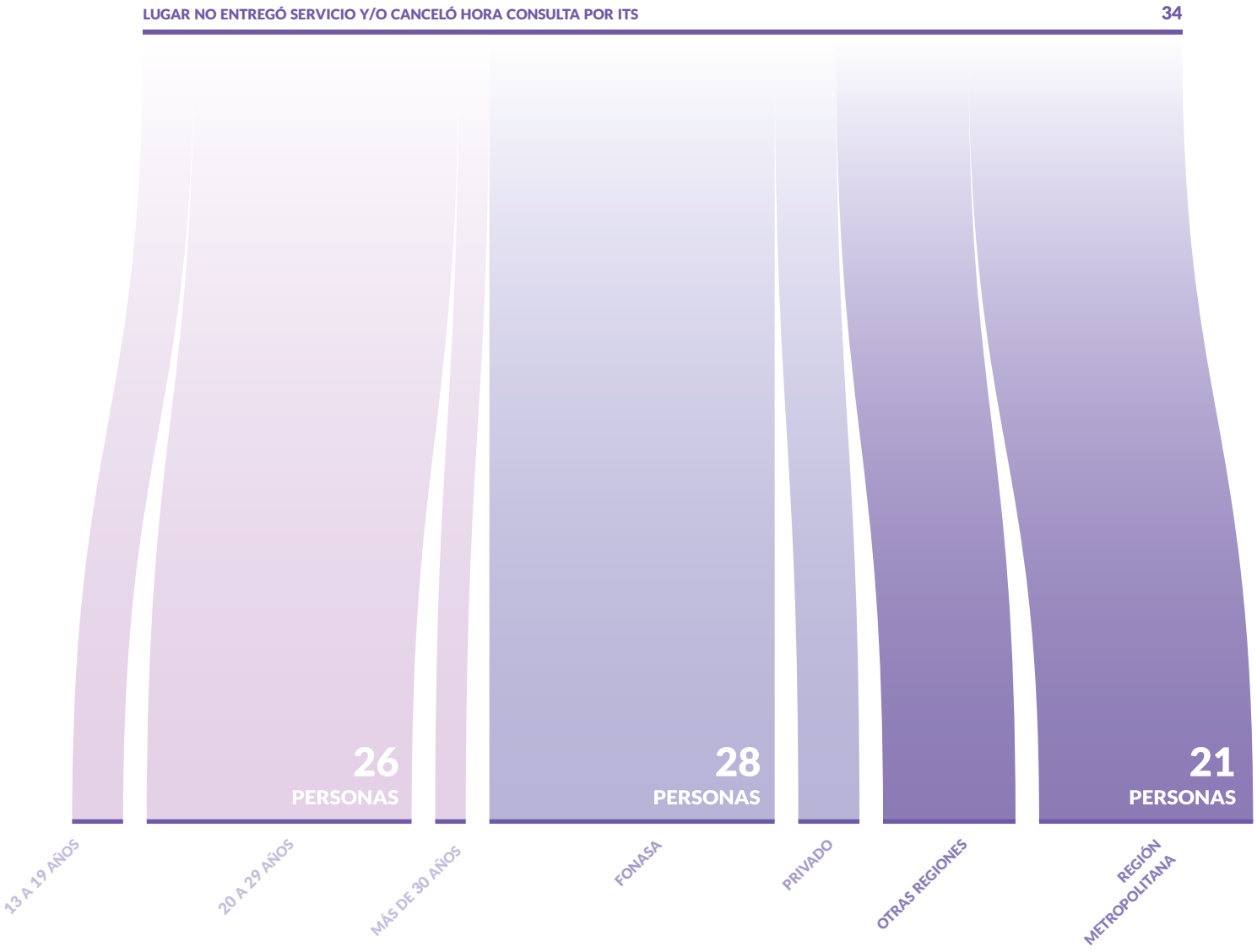
En relación a quienes quisieron consultar por ITS, fueron principalmente las personas entre 20 y 29 años quienes más manifiestan problemas de cancelación de horas y postergación del servicio. No se encontraron diferencias entre quienes viven en la Región Metropolitana (7%) versus otras regiones (7%). Por último, fueron más las personas afiliadas a FONASA (8%) que señalaron tener dificultades al acceso a consulta por ITS, a diferencia de quienes están afiliadas al sistema privado (5%).

Lugar donde vive

Sistema previsional de salud

Rango de edad

SEGÚN NO ENTREGA DE SERVICIO Y/O CANCELACIÓN DE HORA CONSULTA ITS



III. Respuestas de las personas ante los problemas de acceso a la SSR

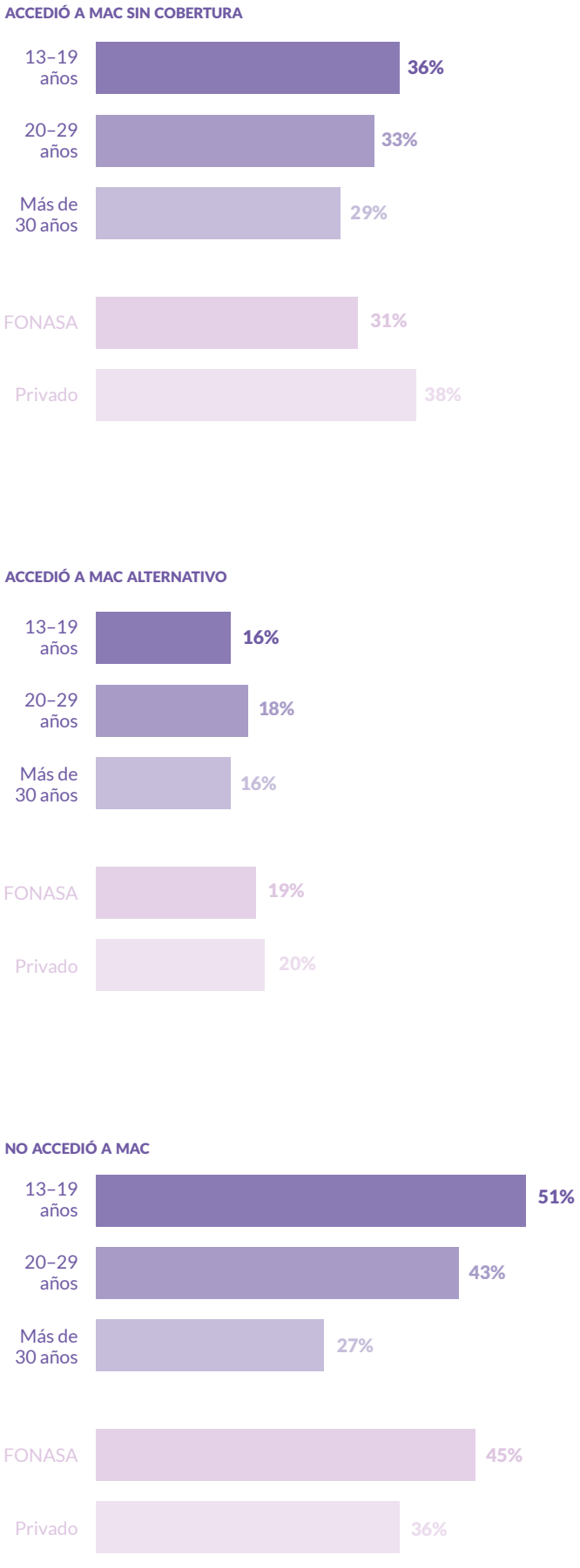
Las dos principales maneras que tuvieron las personas para abordar las dificultades para acceder a la SSR fueron realizarse los servicios y/o acceder a medicamentos de manera particular y/o a algún medicamento alternativo (en el caso de los MAC). No obstante, es importante señalar que la mayoría de las personas no pudo solucionar su problema. Es decir, finalmente, no accedieron a los servicios de salud sexual y reproductiva que requerían.

47,3% del total de personas que tuvo dificultades no pudo acceder al servicio, lo que equivale a 200 personas encuestadas. Esta situación se observó principalmente en las personas que tienen entre 13 y 19 años de edad (51%), seguidas por quienes tienen entre 20 y 29 (43%) y, por último, por quienes tienen más de 30 años (33%). A su vez, fueron las personas afiliadas a FONASA las más afectadas (45%), lo cual nuevamente responde a la insuficiencia del sistema público del país. No acceder a este servicio significa un escenario crítico, pues podría generar embarazos no deseados y/o infecciones de transmisión sexual, entre otros.

Respecto a las personas que tuvieron dificultades de acceso a métodos anticonceptivos (422), por una parte, 156 personas (37%) tuvieron que acceder a los MAC por un canal que no cubre su sistema de salud, teniendo que incurrir en un gasto económico adicional. De aquellas personas, fueron las más jóvenes, entre 13 y 19 años (36%), quienes tuvieron que realizar ese gasto extra, y considerando el sistema previsional de salud, fueron las personas del sistema privado las más afectadas (38%) seguidas por quienes están afiliadas a FONASA (31%).

Por otra parte, 82 personas correspondientes al 19% de quienes tuvieron dificultades de acceso a los MAC, terminó accediendo a un método alternativo, lo cual podría significar generar un mayor gasto económico. Principalmente, fueron las personas entre 20 y 29 años (18%) quienes acudieron a una alternativa del método utilizado. Y en esa misma línea, no se observan mayores diferencias considerando el sistema previsional de salud, pero fueron levemente más personas del sistema privado que buscaron una alternativa (20%) en relación con las personas afiliadas a FONASA (19%).

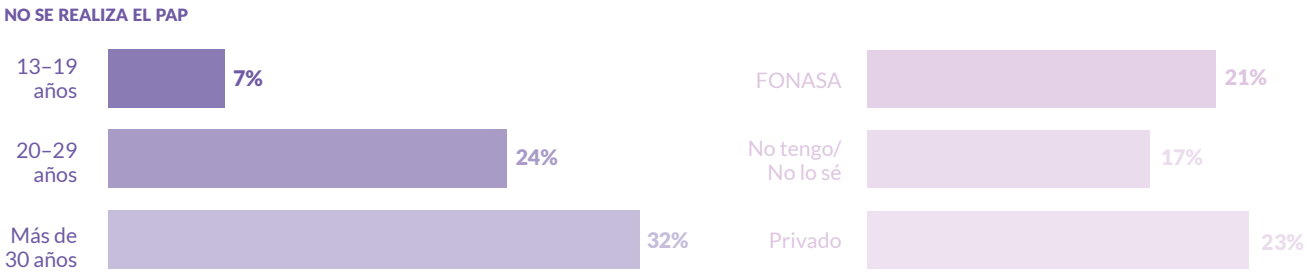
A continuación, se presentan los resultados de las soluciones a la dificultad de acceso a los métodos anticonceptivos:



En relación con las personas que tuvieron dificultades de acceso para realizarse el PAP (129) y sus respectivas soluciones o respuestas al problema, un 6% se realizó el examen por fuera del sistema previsional de salud. De aquellas personas, fueron principalmente mayores de 30 años quienes tuvieron que incurrir en un gasto extra (6%).

Preocupa que 102 personas, es decir el 79%, no se haya podido realizar el examen. Al igual que el caso anterior, fueron principalmente las personas mayores de 30 años (32%) las que no accedieron al servicio, seguidas por las personas entre 20 y 29 (24%).

A continuación, se presentan los resultados de las soluciones a la dificultad de acceso al Examen Papanicolau (PAP):



Respecto a las personas que tuvieron dificultades de acceso al examen de VIH (91) y, a diferencia de las situaciones vistas anteriormente, un 80% no accedió al servicio. Es decir, su solución o, mejor dicho, respuesta al problema fue no realizarse el examen debido a las circunstancias ya mencionadas. Fueron principalmente las personas entre 20 y 29 años (18%), seguidas de las personas entre 13 y 19 años (13%) quienes no pudieron acceder al servicio.

A continuación, se presentan los resultados de las soluciones a la dificultad de acceso al Examen de VIH:



Por último, en cuanto a las personas que tuvieron problemas para consultar por ITS (70) se observa que 50 personas. Es decir, el 71% no pudo concretar la consulta. Esto afectó principalmente a las personas entre 20 y 29 años y no hubo grandes diferencias entre quienes pertenecen a FONASA y quienes están afiliadas al sistema privado de salud.

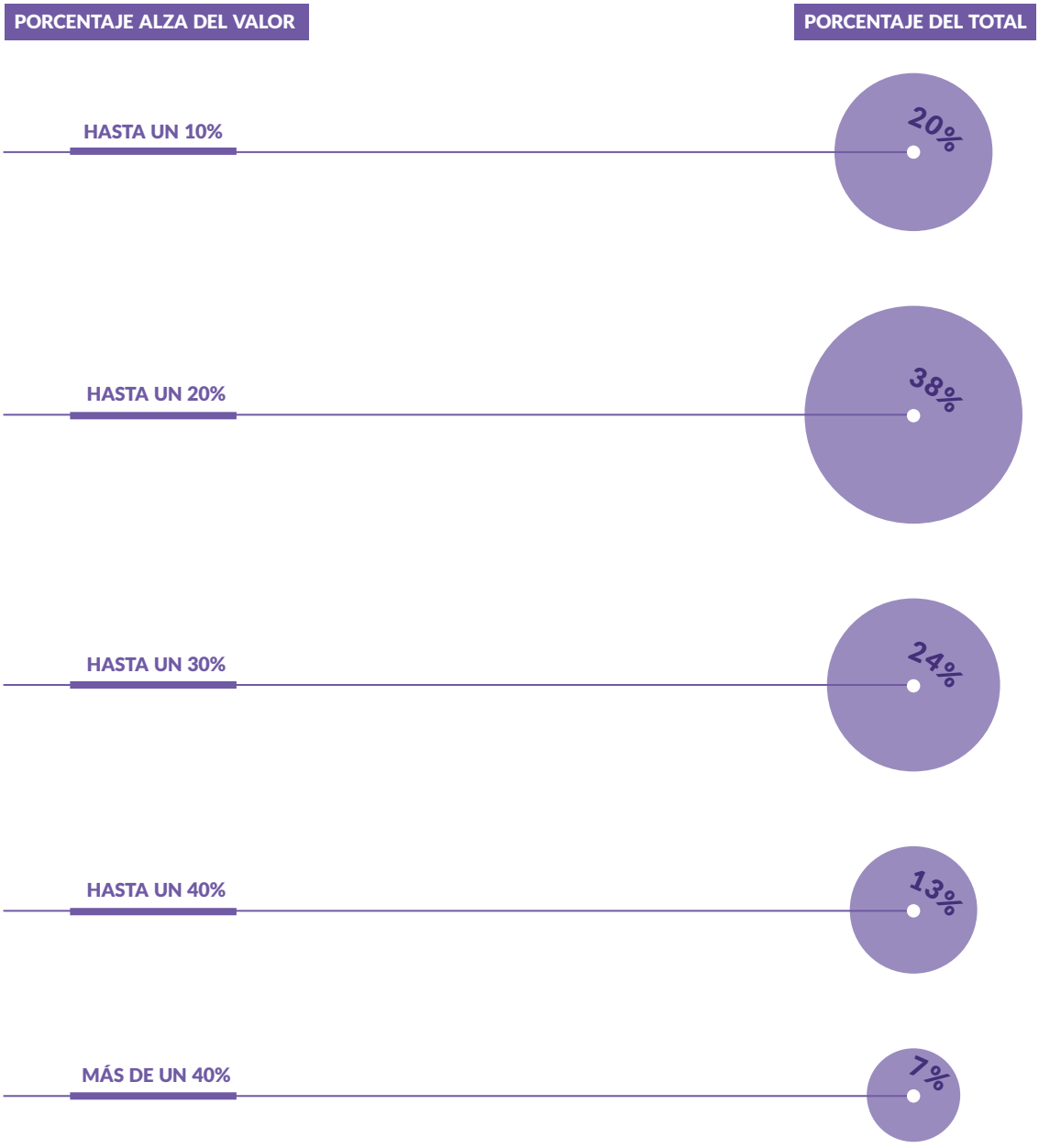


IV. Percepción del alza de los precios de los Métodos Anticonceptivos

En la segunda aplicación de la encuesta, realizada durante el mes de septiembre del 2020, se consultó a las personas si es que habían percibido un alza en los precios de los métodos anticonceptivos y en caso de que así lo fuere, en qué porcentaje.

Al respecto, un 70% de las personas encuestadas sí percibió un alza en los precios de los métodos anticonceptivos durante la pandemia. De ellas, un 38% piensa que subió hasta un 20% el valor de los métodos anticonceptivos.

La percepción del alza en los precios puede afectar negativamente el consumo de estos, aumentando el riesgo de embarazos no deseados, infecciones de transmisión sexual y afectación general de la planificación familiar.



CONCLUSIONES

El presente estudio ofrece evidencias para señalar que el acceso a la salud sexual y reproductiva se ha visto afectado de manera transversal por la pandemia del Covid−19 en el país.

Los principales problemas que han atravesado las personas han sido el aumento de precio en algunos medicamentos (principalmente de los MAC) y que los centros de salud no han realizado y/o han postergado el servicio. Lo anterior, principalmente, para los exámenes del PAP, VIH y otras ITS fueron postergados por los centros de salud, cancelando las horas programadas. La mayoría de quienes buscaron realizarse estos exámenes quedaron sin poder concretar el testeo. Se identificó que lo anterior afectó más a las personas entre 20 y 29 años. No hubo mayores diferencias entre las personas que viven en la Región Metropolitana y quienes viven en otras regiones del país. En cuanto al sistema previsional fueron principalmente afectadas las personas afiliadas a FONASA dando cuenta de las brechas en salud entre quienes pertenecen a los servicios públicos versus los privados.

La salud sexual y reproductiva es un eje importante en el logro del bienestar integral de las personas, y su acceso y atención de calidad deben estar garantizados para las personas sin excepciones. De las autoridades sanitarias depende la asignación oportuna de recursos tanto humanos como financieros para impedir su interrupción y/o desmedro, por lo que es fundamental que las autoridades y directivo/as estén informados de las necesidades de las personas en estas materias; especialmente en contexto de crisis.

Al respecto es urgente reforzar el acceso de las personas a métodos anticonceptivos eficaces, fortaleciendo la cobertura en anticoncepción de larga duración, como los implantes y dispositivos. La regulación de la fertilidad es una dimensión central en la salud sexual y reproductivas de las personas, y cuando esta se ve afectada el impacto en las niñas y mujeres es desproporcionadamente mayor que en los varones. Los servicios de salud deben mantener sus prácticas ajustadas a lo establecido en la Normas Nacionales sobre Regulación de la Fertilidad de 2018, garantizando la oferta anticonceptiva aún durante las emergencias. La ONU y otros organismos internacionales sugieren a los Estados establecer planes de mitigación y/o implementar adaptaciones en los programas sanitarios de salud sexual y reproductiva para facilitar que la población pueda continuar accediendo a ellos, especialmente aquellas personas que viven con condiciones de mayor marginación territorial y/o social. Para partir, reforzar los controles de SSR, reforzar la entrega de anticoncepción, promover alternativas de larga duración, facilitar el acceso a la píldora anticonceptiva de emergencia y sostener las condiciones de posibilidad para la ocurrencia de la IVE, resultan primordiales.

Este estudio pretende ser un aporte significativo en el desafío de fortalecer el acceso de las personas a la salud de manera integral durante la pandemia del Covid−19. Las consecuencias y costos de no acceder oportunamente a métodos anticonceptivos y/o consultas de salud sexual afectan principalmente a las mujeres y niñas, reforzando las ya existentes brechas de género en diversas dimensiones. Así, es fundamental caracterizar la naturaleza de los problemas que atraviesan las personas a lo largo del territorio nacional para poder diseñar mecanismos estratégicos y diferenciados para hacerle frente con una perspectiva de género. Queda pendiente el desafío de conocer en mayor profundidad la experiencia de personas que viven en contextos menos conectados a Internet y la realidad de las personas mayores. Esperamos que esta investigación anime a futuros estudios a abordar dichos temas.

Salud sexual y reproductiva de las mujeres migrantes en el sistema público en Chile

Martina Cociña Cholaky[22], *Antonia Garcés Sotomayor*[23]

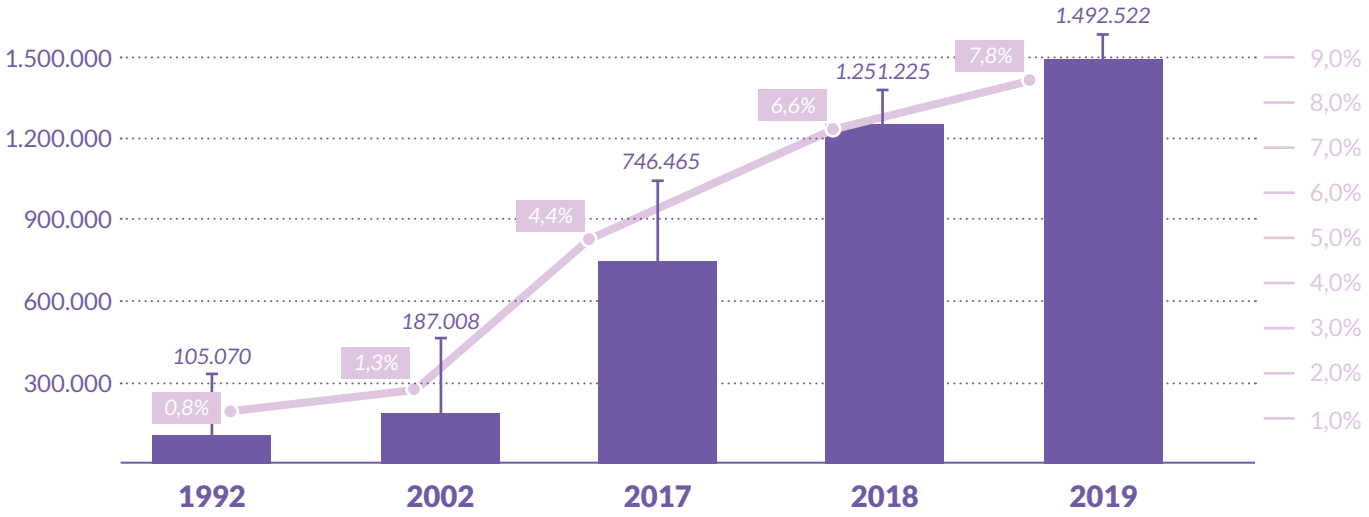
[22] Doctora en Derecho y Ciencia Política y Máster de Criminología, Política Criminal y Sociología Jurídico Penal de la Universidad de Barcelona, Diplomada en Derecho y Política de la Competencia y Abogada de la Universidad de Chile. Investigadora Universidad La República y docente universitaria.

[23] Magíster en Ciencias Sociales, mención Sociología de la Modernización de la Universidad de Chile, Diplomada en Migraciones y Políticas Públicas de FLACSO Chile, Licenciada en Historia y Ciencias Sociales de la Universidad de Santiago e integrante de Rizoma Intercultural.

CONTEXTO DE LA INMIGRACIÓN EN CHILE

Históricamente, Chile ha recibido inmigración internacional, la que ha experimentado un aumento relevante en las últimas dos décadas, pasando de constituir el 1,2% de la población en el año 2002 a alcanzar el 7,8% en 2019, de acuerdo a la última estimación del Departamento de Extranjería y Migración (DEM) y el Instituto Nacional de Estadística (INE); cifra que se traduce en 1.492.522 personas al 31 de diciembre de 2019[24], lo que conlleva un incremento absoluto de 242.157 personas y un aumento relativo de 19,4% respecto del 2018, año en que el estimado fue de 1.250.365 extranjero/as[25].

GRÁFICO N°1: EVOLUCIÓN DE LA POBLACIÓN MIGRANTE EN CHILE DE 1992 AL 2019



***Fuente**: Elaboración propia en base a los censos de población y a las estimaciones del DEM.*

[24] Véase: Población migrante en Chile, https://www.migracionenchile.cl/poblacion/ (Consultado el 16 de enero de 2021).

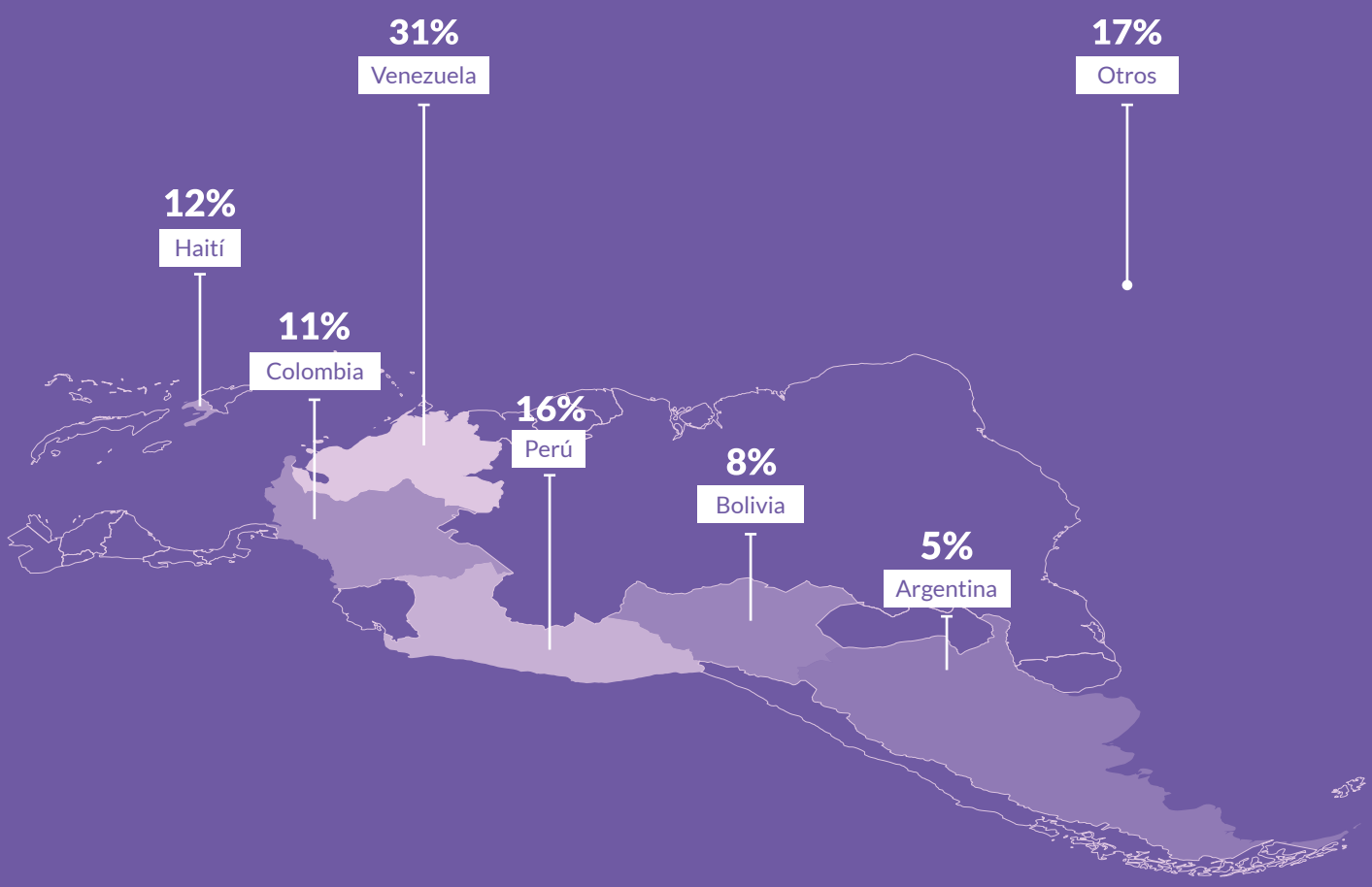
[25] Véase: «Según estimaciones, la cantidad de personas extranjeras residentes habituales en Chile bordea los 1,5 millones al 31 de diciembre de 2019», https://www.ine.cl/prensa/2020/03/12/según-estimaciones-la-cantidad-de-personas-extranjeras-residentes-habituales-en-chile-bordea-los-1-5-millones-al-31-de-diciembre-de-2019 (Consultado el 16 de enero de 2021).

Pese a que el patrón migratorio ha variado considerablemente en los últimos años, este sigue caracterizándose por ser intrarregional, destacando la migración venezolana por sobre otras nacionalidades, tal como se visualiza a continuación.

En Chile, las personas migrantes no se asientan de manera equitativa a lo largo del territorio; ellas tienden a radicarse principalmente en la región Metropolitana (497.897 personas), Antofagasta (66.829), Tarapacá (46.278) y Arica y Parinacota (18.085). Asimismo, ciertos colectivos se encuentran localizados en algunos sectores específicos del país. Por ejemplo, lo/as boliviano/as en el norte de Chile. En relación a la población regional, al 2019, Tarapacá es la región que alcanza el mayor porcentaje relativo de inmigración (19%).

La población extranjera, en su mayoría, es económicamente activa y cuenta con un número similar de hombres y mujeres, salvo en ciertas comunidades, como la haitiana. Por regla general, las mujeres representan la mitad de quienes arriban. Sin embargo, en nacionalidades como la peruana y la boliviana se aprecia una cierta feminización de la migración. Esto es, que quienes se desplazan son predominantemente mujeres. Esta tendencia puede explicarse, entre otros motivos, por la necesidad de alimentar y educar a sus familias, por emanciparse y alcanzar su libertad personal.

GRÁFICO N°2: COMUNIDADES MIGRANTES MÁS REPRESENTATIVAS DE CHILE AL 2019



***Fuente**: Elaboración propia en base a última estimación efectuada por el DEM*

Aunque Chile sea el país sudamericano donde más crecieron los flujos de personas entre los años 1990 a 2013, incrementándose de 290.750 a 398.251 extranjero/as[26], el marco regulatorio no ha sufrido mayores modificaciones. Al respecto, sigue en vigencia el Decreto Ley 1.094 de 1975 del Ministerio del Interior, una normativa criticada en innumerables ocasiones por su carácter restrictivo, por las amplias facultades discrecionales que le otorga a la autoridad y por estar imbuido de la Doctrina de la Seguridad Nacional. Dicho decreto no consagra un enfoque de derechos, sino se centra en la regulación del ingreso y egreso de lo/as extranjero/as, su acceso al mercado laboral y la administración de sanciones.

Si bien existe consenso sobre la necesidad de una nueva regulación, la academia y agrupaciones de y para migrantes coinciden en que el Boletín N°8.970-06 presentado por el presidente Piñera, ad portas de ser promulgado, adolece de graves falencias, referidas en gran medida a su razonamiento parcial y securitario de la movilidad, que institucionaliza la excepcionalidad, a pesar de su aparente protección de los derechos humanos.

Lo anterior se complementa con regulaciones de rango infralegal como oficios, circulares, decretos y resoluciones que configuran la normativa migratoria. Por tanto, conviven fuentes de variada jerarquía que resguardan las garantías de quienes arriban; sin embargo, aunque se consagran una serie de derechos a quienes se desplazan, tal como denuncian informes publicados en esta materia, éstos no siempre se respetan, lo cual también se refleja en el ámbito sanitario[27].

El que no se haya legislado adecuadamente al respecto y no se hayan adoptado políticas públicas integrales en esta materia incide de manera directa en la atención sanitaria de lo/as migrantes en especial, pues el acceso a la salud se ve dificultado en la medida que no se garantiza de manera integral este derecho. Si bien, tal como se analizará a continuación, se reconocen avances que dicen relación con aumentar la cobertura sanitaria en casos de urgencia y en situaciones de vulnerabilidad, facilitando el acceso en términos administrativos a quienes se encuentran en irregularidad, no se ha implementado una política de salud que en la praxis se traduzca en una atención sin condicionantes para la población extranjera.

SALUD EN MIGRANTES EN CHILE

El artículo 19 número 9 de la Constitución Política de la República y el 24.1 de la Convención de los Derechos del Niño reconoce el derecho «del disfrute del más alto posible nivel de salud», y el N°2b) el deber del Estado de asegurar la prestación de la asistencia médica y sanitaria necesaria; y luego, en el artículo 24.2 consagra el deber del Estado a prestar atención de preparto y postparto. Es importante señalar que en Chile el derecho a la salud no distingue entre población local y extranjera.

En Chile se han celebrado convenios para resguardar la salud y facilitar la atención sanitaria de niños, niñas y adolescentes (NNA), a embarazadas y a migrantes en irregularidad en situaciones de urgencia[28]. Como plantean especialistas, «si bien ello es favorable para estos grupos, no constituye una garantía de acceso universal. Adicionalmente, se han detectado errores en su implementación, pues diversas organizaciones sociales han denunciado desconocimiento de la norma en los consultorios de salud»[29].

En caso de migrantes embarazadas pueden optar a un permiso de residencia temporaria si controlan su gestación; el oficio circular 1.179 de 2003 del DEM instruye recibir las solicitudes de visa de residencia temporaria que tengan como fundamentos el certificado de control de embarazo, y el oficio circular 6.232 de 2003 del DEM, cuyo propósito es precisar el alcance de la circular anterior, amplía el beneficio a las extranjeras que, habiendo tenido residencia en Chile, se encuentre vencida, debiendo acreditar la irregularidad y que están siendo atendidas en los consultorios públicos de su domicilio.

La salud de la infancia migrante se resguarda en la red pública en igualdad de condiciones que lo/as niño/as chileno/as. La Resolución 512 de 2007 y la Resolución Exenta 1914 de 2008 del DEM proporcionan a lo/

[26] Véase: «Chile es el país de Sudamérica donde más creció el número de inmigrantes entre 1990 y 2013», https://www.latercera.com/noticia/chile-es-el-pais-de-sudamerica-donde-mas-crecio-el-numero-de-inmigrantes-entre-1990-y-2013/ (Consultado el 16 de enero de 2021).

[27] Universidad Diego Portales, «El acceso a la salud de las personas migrantes en Chile. Avances y desafíos», en: Informe anual sobre derechos humanos en Chile 2015 (Santiago: Ediciones Universidad Diego Portales).

[28] Oficio circular N° 1.179 del Ministerio del Interior y Ministerio de Salud (MINSAL), oficio ordinario A14 N° 3229 de 2008 del MINSAL y el oficio ordinario A-14 N° 3229 de 2008, respectivamente.

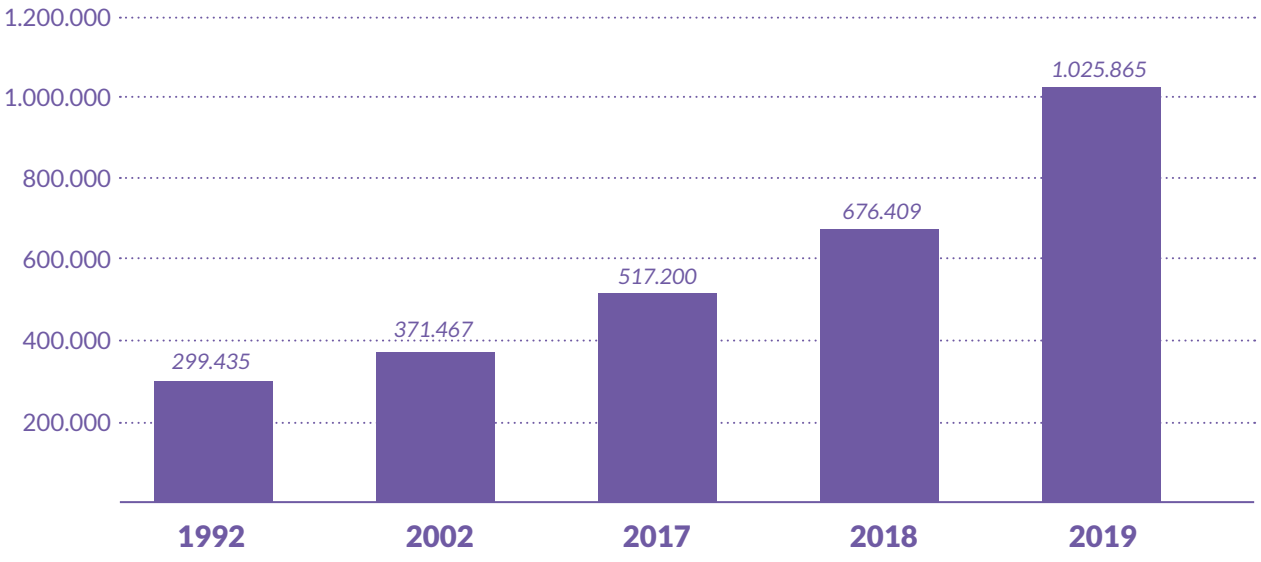
[29] Carolina Stefoni y Luis Thayer, «Capítulo 4: Movimientos migratorios», en Del aislamiento a la integración y globalización, ed. M. Artaza y C. Ross (Santiago: Ril editores, 2015), 91.

as extranjero/as menores de 18 años atención sanitaria en la red pública. Para hacer efectiva esta garantía lo/as NNA en irregularidad migratoria deben estar inscrito/as en el establecimiento de atención primaria de su domicilio. Esta inscripción o un certificado de atención en algún centro de salud pública conferido por el/la médico tratante, les permite solicitar un permiso de residencia temporaria, en caso que no acudan al colegio.[30]

El año 2014 se elaboró el «Programa de Acceso a la Atención de Salud a Personas Inmigrantes» para establecimientos de atención primaria de salud[31]; que tiene como finalidad desarrollar estrategias que posibiliten superar las barreras de acceso a la atención, promoción y prevención de la salud de migrantes, especialmente a los que están en irregularidad. Si bien la aprobación de este programa, constituye un «avance significativo en materia de acceso a la salud para la población migrante [en tanto] una persona en situación migratoria irregular debe ser atendida sin trabas ni requisitos adicionales, pero su implementación aún no se encuentra cien por ciento operativa»[32].

El año 2015 el acceso a la sanidad se favoreció por la Circular A15/06 del MINSAL y un convenio entre el DEM y FONASA, que estipuló que los/as extranjeros/as podrán obtener una identificación provisional que les posibilitará acceder a las atenciones de salud en el sistema público, lo que ha implicado un cambio significativo, el que se manifiesta en el incremento de extranjero/as en los servicios de salud pública. Así del total de beneficiario/as de FONASA al año 2019, el 6,8% son extranjero/as[33].

GRÁFICO N°3: EXTRANJERO/AS REGISTRADO/AS EN FONASA



***Fuente**: Elaboración propia en base a información remitida por FONASA.*

[30] Cecilia Domínguez. Domínguez, Cecilia. «Derecho chileno migratorio a la luz del derecho migratorio internacional: ¿ceden los derechos humanos mínimos de los extranjeros ante las prerrogativas soberanas de control migratorio?» Revista Chilena de Derecho 43, no. 1, (2016), https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0718-34372016000100009&lng=es&nrm=iso (Consultado el 16 de enero de 2021).

[31] Resolución Exenta N° 1266 de 2014.

[32] Universidad Diego Portales, «El acceso a la salud de las personas migrantes en Chile. Avances y desafíos», en: Informe anual sobre derechos humanos en Chile 2015 (Santiago: Ediciones Universidad Diego Portales), 293. Para mayor profundidad véase: Gina Correa, «Intersectorialidad en el acceso y la atención de salud para migrantes de la comuna de Recoleta. Un estudio de caso», http://campusesp.uchile.cl:8080/dspace/bitstream/handle/123456789/591/Tesis_Gina%20Correa.pdf?sequence=1&isAllowed=y (Consultado el 16 de enero de 2021)

[33] De acuerdo a la información publicada por el Servicio Jesuita Migrante, https://www.migracionenchile.cl/salud/ (Consultado el 16 de enero de 2021).

Tal como se observa en el gráfico, la población extranjera que accede al sistema de salud pública ha aumentado en el último tiempo en el país; las últimas cifras indican que el 80% de las personas migrantes está afiliada a FONASA, cifra similar a la población nacional.

En marzo de 2016, se publica el Decreto Supremo Nº 67 que fija la circunstancia y mecanismo para acreditar a las personas carentes de recursos como beneficiarios del Fondo Nacional de Salud (FONASA). Normativa que se complementa con la Circular A15 Nº 4 de 2016 que instruye sobre la implementación del referido decreto, reiterando las diversas vías de acceso al sistema de salud y las precauciones para asegurar la prestación sanitaria en las mismas condiciones que a lo/as nacionales[34], garantizando la atención de salud independiente de la condición administrativa y económica del/a migrante.

En octubre del año 2017 se aprueba la «Política de Salud de Migrantes Internacionales», instrumento marco para la creación de normas, planes, programas y acciones en esta materia. Este año también se incorpora la identificación de la población migrante en los registros sanitarios en atención primaria a través de los Registros Estadísticos Mensuales, que instruye de manera obligatoria distinguir entre población nacional y extranjera. Lo que ha sido un avance significativo para visibilizar a esta población, aunque sigue pendiente desglosar por nacionalidades para dar cuenta de la heterogeneidad y especificidad de este fenómeno.

Ahora, tal como constató la Encuesta de Caracterización Económica (CASEN) del 2017 lo/as migrantes tienen menor cobertura sanitaria si se compara con lo/as locales (casi el 16% de lo/las inmigrantes no está adscrito/a al sistema de salud, a diferencia del 2% de los nacionales). Ello a pesar de que la normativa consagra que quienes estén en regularidad tienen garantizado el acceso sanitario en iguales condiciones que la población nacional. Por tanto, aunque la regulación ha extendido el acceso a quienes acrediten carencia de recursos, posibilitando la afiliación a FONASA, se observa que «aún existe un grupo importante dentro de la población inmigrante que no cuenta con aseguramiento en salud»[35].

Es esencial tener presente que el sistema público de salud en Chile se caracteriza por su mala atención y calidad[36], lo que también incide en la población extranjera. Tal como reflejó una encuesta del 2019 de la Universidad de Talca sobre «Inmigración y discriminación en Chile» que dio cuenta que existe mayor percepción de discriminación en acceso a servicios y referente a trato injusto. En este sentido, la atención sanitaria ha sido uno de los ámbitos peor evaluados por lo/as extranjero/as, en especial pues en este «la población inmigrante estará expuesta a la arbitrariedad de funcionarios mal informados y a las prácticas sociales e institucionales discriminatorias»[37]. Aunque quienes se trasladan no se encuentran excluidos del acceso a la salud, como señala el Informe de Desarrollo Social del 2019 del Ministerio del ramo, «no existen programas sociales que contribuyan a la dimensión de salud enfocados específicamente en población migrante»[38].

Por último, a lo anterior se suma la barrera lingüística a la cual se ve enfrentada principalmente la comunidad haitiana. Esta dificultad para comunicarse posee especial relevancia, pues no permite una comprensión efectiva en un ámbito tan relevante como es la salud, el no entender las indicaciones dadas por el personal de salud y/o administrativo, y asimismo no poder expresar certeramente el estado de salud y/o los síntomas que experimenta el o la paciente, pueden repercutir en restricciones y/o vulneraciones a la adecuada atención sanitaria que toda persona debiese recibir.

DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS DE LAS MUJERES MIGRANTES EN CHILE

La experiencia de mujeres migrantes en el sistema público de salud en Chile se define por su heterogeneidad, en tanto la misma se encuentra condicionada al territorio en que habitan, al centro de salud al que asisten y muchas veces al/el funcionario/a de salud

[34] Para mayor información véase MINSAL, «Salud del migrante», https://www.minsal.cl/salud-del-inmigrante/ (Consultado el 16 de enero de 2021).

[35] Alejandra Benítez. «Esquemas previsionales de salud: carencia en migrantes internacionales en Chile». Cuadernos Médicos Sociales 58, no.4 (2018), https://saludinmigrantes.cl/wp-content/uploads/2019/04/Esquemas-previsionales-CMS.pdf (Consultado el 16 de enero de 2021).

[36] Programa de Desarrollo de las Naciones Unidas, Desiguales. Orígenes, cambios y desafíos de la brecha social en Chile ONU, (2017) http://cort.as/-IRIF (Consultado el de enero de 2021).

[37] Ximena Zavala y Claudia Rojas, «Globalización, procesos migratorios y Estado en Chile», en Migraciones, globalización y género en Argentina y Chile (Buenos Aires: Heinrich Böll, 2005). 164.

[38] Véase: Política de salud de migrantes internacionales del Ministerio de Salud, FONASA y del Gobierno de Chile, https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/09/2018.01.22.POLITICA-DE-SALUD-DE-MIGRANTES.pdf (Consultado el 16 de enero de 2021).

que les atiende[39]. Además, la atención es disímil según nacionalidad, idioma, color de piel, género, clase socioeconómica, estatus migratorio, orientación sexual, entre otros. Estas categorías socioculturales no actúan independientemente, sino tal como planteó Creshaw, se interrelacionan dando lugar a diferentes formas de exclusión.

La literatura especializada advierte que en Chile las migrantes se ven expuestas en la atención de salud a malos tratos, conductas despectivas y comportamientos ofensivos; tanto por el desconocimiento de la normativa que rige en este plano, como por las barreras culturales existentes entre lo/as trabajadore/as de la salud pública y las comunidades migrantes[40]. Esto implica una vulneración a los derechos sexuales y reproductivos de las personas migrantes.

Por su parte, la violencia obstétrica ejercida en contra de las mujeres en estado de gravidez, ha sido denunciada por diversas investigaciones y organismos[41]. Este tipo particular de violencia incide de manera específica entre quienes se movilizan, en tanto un porcentaje de las mismas se encuentran en una situación de vulnerabilidad. Precisamente, al analizar el acceso a salud de la población migrante internacional se constata una «situación de vulnerabilidad diferencial, ya que su estatus administrativo suele estar relacionado con pobres condiciones de vida, explotación laboral y un restringido acceso a los servicios de salud»[42]. Por ende, como advierte la literatura, «[e]s probable que ese mayor riesgo social, aunque se detectó en embarazadas, lo sufran muchas mujeres inmigrantes que enfrentan desventaja socioeconómica en nuestro país»[43]. Este mayor riesgo de las gestantes extranjeras se explicaría por las condiciones de vida y de trabajo que tienen en Chile, lo que puede afectar negativamente en su bienestar[44].

La vulnerabilidad incide de manera más importante en mujeres, NNA, trabajadores no calificados, indígenas y afrodescendientes, sujetos que experimentan una mayor vulnerabilidad emanada de las travesías mismas y la segregación que sufren[45]. Por eso la salud de lo/as migrantes se encuentra fuertemente vinculada a su situación de vulnerabilidad, la que se manifiesta en sus condiciones laborales, habitacionales, sociales, educacionales y de participación e integración en la comunidad[46]. De hecho, estudios recientes han relevado la importancia de las determinantes contextuales del proceso migratorio para identificar factores de riesgo tales como la pobreza y vulnerabilidad social que tienen mayor importancia en dinámicas de contagio asociadas a la tuberculosis o VIH[47].

---

[39] Luis Thayer, Fernanda Stang y Charlene Dilla. La política del estado de ánimo. La debilidad de las políticas migratorias locales en Santiago de Chile. Perfiles latinoamericanos 28, no. 55 (2020), http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0188-76532020000100171&lng=es&nrm=iso&tlng=es (Consultado el 16 de enero de 2021).

[40] Véase: Margarita Bernales, Báltica Cabieses, Ana McIntyre y Macarena Chepo. «Desafíos en la atención sanitaria de migrantes internacionales en Chile». Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública 34, no.2 (2017), http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342017000200002&lng=es&nrm=iso (Consultado el 16 de enero de 2021).

[41] Véase: Fernanda Cuevas. «Parir en Chile: violencia obstétrica y vulneración a los derechos humanos. Crítica a la ausencia de regulación en la ley chilena con perspectiva de género». Revista Némesis, 14, (2018), http://revistanemesis.cl/wp-content/uploads/2018/08/4_PARIR-EN-CHILE.pdf (Consultado el 16 de enero de 2021). Observatorio de violencia obstétrica, disponible en: https://ovochile.cl (Consultado el 16 de enero de 2021). Por ejemplo, en un estudio realizado en maternidades en centros de salud chilenos respecto del uso de la «Guía de atención de partos humanizados», se advirtió que gran parte de los hospitales del estudio no mostraron adherencia hacia las recomendaciones de dicha guía, en la medida que la mayoría de las embarazadas no recibió hidratación oral, casi todas las mujeres la recibieron por vía intravenosa, la mayoría de las gestantes estuvo bajo continuo monitoreo fetal y trabajo de parto inducido, además a la mayoría se les realizó la ruptura artificial de membranas, anestesia epidural y episiotomía. Lorena Binfa, Loreto Pantoja, Jovita Ortiz, Marcela Gurovich, Gabriel Cavada y Jennifer Foster. «Assessment of the implementation of the model of integrated and humanised midwifery health services in Chile». Midwifery, 35, https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27060401/(Consultado el 16 de enero de 2021).

[42] Daniel Larenas y Báltica Cabieses. «Acceso a salud de la población migrante internacional en situación irregular: La respuesta del sector salud en Chile». Cuadernos Médicos Sociales 58, no. 4, (2018) https://saludinmigrantes.cl/wp-content/uploads/2019/04/acceso-CMS.pdf (Consultado el 16 de enero de 2021).

[43] Báltica Cabieses, Matías Libuy y Jeanette Dabanch, edit. Hacia una comprensión integral de la relación entre migración internacional y enfermedades infecciosas. De la creencia a la evidencia para la acción sanitaria en Chile (Santiago: Colegio Médico de Chile, 2019), 78.

[44] Patricia Bustos. Relación entre estatus migratorio y resultados de embarazo y parto. Análisis en embarazadas que se controlaron en establecimientos de la red municipal de atención primaria de salud en la comuna de Recoleta en el año 2012. (Tesis de magíster) Universidad de Chile, 2017.

[45] Nicolás Rojas Pedemonte, Nassila Amode, José Koechlin y Ricardo Jiménez, «Migraciones en la triple frontera andina: Bolivia, Chile y Perú. Desafíos persistentes y oportunidades estructurales», en Las migraciones en las fronteras en Iberoamérica, ed. Ares y J. Eguren (Madrid: OBIMID, Universidad Pontificia de Comillas, 2016).

[46] Báltica Cabieses y Alexandra Obach. «Explorando la relación entre migración internacional, vulnerabilidad social y salud», Cuadernos Médicos Sociales, (2018). https://saludinmigrantes.cl/wp-content/uploads/2019/04/explorando-CMS.pdf (Consultado el 12 de enero de 2021).

[47] Báltica Cabieses, Matías Libuy y Jeanette Dabanch, edit. Hacia una comprensión integral de la relación entre migración internacional y enfermedades infecciosas. De la creencia a la evidencia para la acción sanitaria en Chile (Santiago: Colegio Médico de Chile, 2019), 31.

Estudiando la integración de migrantes en situación de vulnerabilidad al sistema público de salud en Chile, investigadores/as han observado que los principales obstáculos derivan de la irregularidad, de la discriminación y de los malos tratos que reciben por parte de lo/as funcionario/as[48]. Estos se traducirían en tratos poco empáticos, negación en la atención, poca disposición a responder dudas, entrega de escasa información e incluso en tratos despreciativos por sus rasgos étnicos. Precisamente, en estudios recientes se ha observado que en Chile «la falta de información, problemas de convivencia con la población local y falta de pertinencia cultural de las intervenciones repercuten en que los inmigrantes sean más reacios a asistir a los centros de salud»[49].

Como advierte la literatura, en el principal espacio de atención sanitaria pública continúa existiendo discriminación hacia lo/as extranjero/as por parte de lo/as funcionario/as[50], ello debido a que prevalece la percepción de que no tendrían legitimidad para hacer uso de estos, ya que se asume que deberían costearse con sus propios recursos las atenciones sanitarias, por ende, se establecerían como pacientes ilegítimos[51]. Entonces, se aprecia que quienes se desplazan no reciben una adecuada atención de salud, más bien impera una tolerancia pasiva[52], es decir, se aceptan en tanto sean invisibles, de ahí que el espacio y sus usos legítimos se revelen como objeto de una disputa por la hegemonía de su utilización[53].

A lo anterior, se le adiciona que quienes se desplazan no cuentan con las mismas redes sociales que la población local (27,9% de nacionales versus un 16,7% de personas nacidas fuera de Chile declaran haber participado en los últimos doce meses en una organización o grupo organizado[54]), y asimismo otro/as, como lo/as haitiano/as, al no comprender el castellano presentan una barrera lingüística significativa.

Esta dificultad muchas veces puede repercutir directamente en el estado de salud de la gestante, pues pese a existir la figura de él/la facilitador/a intercultural como traductor/a o intérprete, ello no siempre logra cubrir la demanda existente. Se suma a ello el que en muchos centros de salud los facilitadores son hombres, lo que dificulta la generación de un diálogo más íntimo para las mujeres. Para brindar una atención adecuada, dentro de las estrategias que se han implementado destacan las traducciones de documentos oficiales al creole, la utilización de celulares para traducir de forma instantánea, la presencia de facilitadores interculturales y, en algunos casos, personal sanitario que por cuenta propia aprende palabras esenciales para darse a entender[55].

Pese a que la tasa de atención médica ante problemas de salud es menor en migrantes que chileno/as (CASEN), las pacientes extranjeras son tildadas de agresivas, policonsultivas y demandantes. Percepciones que responden a una concepción racializada de sus cuerpos, imponiéndose una normalidad que se configura como

---

[48] Nassim Ajraz y Piedad Galvéz, «Integración de migrantes en situación de vulnerabilidad al sistema público de salud en Chile», en XXX Congreso ALAS, San José de Costa Rica.

[49] Isabel Aninat y Rodrigo Vergara, Inmigración en Chile. Una mirada multidimensional (Santiago: Fondo de Cultura Económica Chile, 2019), 208.

[50] Véase: María Castro. Estado chileno y migración: Distinciones sobre el ejercicio de la protección de los derechos desde trabajadores del Estado, organizaciones e individuos migrantes. (tesis de máster). Universidad de Chile, (2013) http://repositorio.uchile.cl/handle/2250/130745 (Consultado el 12 de enero de 2021).
Nanette Liberona. «De la alterización a la discriminación en un sistema público de salud en crisis: conflictos interétnicos a propósito de la inmigración sudamericana en Chile». Revista de Ciencias Sociales, no. 28 (2012), http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=70824554002 (Consultado el 12 de enero de 2021).

[51] Nanette Liberona y Mansilla «Pacientes ilegítimos: Acceso a la salud de los inmigrantes indocumentados en Chile». Salud Colectiva, 13 n° 3 (2017), http://revistas.unla.edu.ar/saludcolectiva/article/view/1110 (Consultado el 16 de enero de 2021).

[52] Delgado, Manuel. Racismo y espacio público. Nuevas formas de exclusión en contextos urbanos. Acciones e investigaciones sociales, no. 7 (1998) file:///D:/Downloads/Dialnet-RacismoYEspacioPublico-170227.pdf (Consultado el 16 de enero de 2021).

[53] Véase: Luis Thayer, «Trabajo y género: La condición social de inmigrante como referente para la definición de la identidad», en Mujeres inmigrantes en Chile. ¿Mano de obra o trabajadoras con derechos?, ed. Carolina Stefoni (Santiago: Ediciones Universidad Alberto Hurtado, 2011).
María Tijoux. «El Otro inmigrante negro y el Nosotros chileno. Un lazo cotidiano pleno de significaciones». Boletín Onteaiken, no. 17 (2014) http://onteaiken.com.ar/ver/boletin17/art-tijoux.pdf (Consultado el 16 de enero de 2021).

[54] Para mayor información, véase: http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/casenmultidimensional/casen/docs/Resultados_Inmigrantes_casen_2017.pdf

[55] Información obtenida de la investigación de Martina Cociña y Antonia Garcés, «Promoviendo una cultura de respeto a los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres inmigrantes en Rancagua» desarrollada durante el segundo semestre del 2020 y seleccionada en la primera convocatoria de proyectos de investigación de la Oficina de Equidad y Género de la Universidad de O´Higgins.

el óptimo de comportamiento[56]. Este patrón esperado, construido desde la cultura local, se manifiesta en que las migrantes deben comportarse de igual modo que las pacientes nacionales, así si su conducta es distinta, son criticadas por el personal de salud, por no atenerse a la normalidad. De ahí que, en reiteradas ocasiones, en investigaciones se ha observado que a las haitianas se las describe como «malas madres» o incompetentes, por una supuesta falta de apego respecto a la crianza de sus hijo/as, estigmatizándolas[57].

Otra creencia es que las migrantes embarazadas con VIH no desearían prevenir la transmisión vertical a sus hijo/as, lo que ha sido cuestionada por evidencia científica, dando cuenta que ello no es un patrón general ni responde a una determinada nacionalidad[58].

En Chile, en los centros de salud, se percibe una fuerte presencia de imposición de modelos biomédicos, como también de perspectivas psiquiátricas y psicológicas, que tienden a no considerar aspectos culturales en sus protocolos de diagnóstico y tratamiento[59]. Por lo mismo, siguiendo experiencias internacionales, se ha planteado la necesidad de adoptar un modelo de competencia cultural con el objetivo de crear y mejorar las capacidades de lo/as profesionales y servicios de salud al integrar, tanto en la política sanitaria como en la práctica clínica, los aspectos culturales propios de las formas de vida de lo/as pacientes[60].

En síntesis, en Chile en el sistema público de salud se han identificado distintos tipos de barreras a los que las mujeres migrantes se ven enfrentadas al intentar ejercer sus derechos sexuales y reproductivos. Por un lado, se observan dificultades en el plano sanitario, tanto por trabas administrativas que se establecen en la praxis y, pues en el plano normativo no se ha consagrado una regulación que garantice una política integral de acceso y atención de salud a la población migrante. Por otro lado, se advierte una escasa adaptabilidad cultural y prácticas discriminatorias por parte del personal administrativo y/o de salud, lo que se expresa en prejuicios y estereotipos al atender a estas usuarias, en especial cuando se trata de una paciente con que no se comparte el idioma materno, lo que termina repercutiendo en especial respecto de la comunidad haitiana en la que la barrera idiomática dificulta recibir una adecuada prestación sanitaria.

Por tanto, como se percata son múltiples los desafíos pendientes en esta materia, sin embargo, cabe señalar que cada vez más, es posible encontrar buenas prácticas que protegen y promocionan los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres extranjeras. En este contexto destaca, entre otros, la traducción de material informativo de salud al creole, la contratación de mediadore/as y facilitadore/as interculturales para desempeñarse en centros sanitarios, los cursos de salud intercultural que se han impartido al personal médico y administrativo, las organizaciones de y para migrantes que se capacitan en estas temáticas y promueven la difusión de información relevante, y los diversos estudios académicos e informes publicados que indagan al respecto.

CONCLUSIONES Y DESAFÍOS

Cabe reconocer que, si bien en Chile el escenario ha mejorado respecto a la salud sexual y reproductiva de las mujeres migrantes, en especial, por la dictación de regulaciones que garantizan el acceso a la salud de la población extranjera independiente de su situación administrativa y económica, aún restan muchos desa-

[56] Lorena Núñez, «Necesidades de las mujeres migrantes y la oferta de atención en salud reproductiva. Discrepancias y distancias de una relación no resuelta», en Mujeres inmigrantes en Chile. ¿Mano de obra o trabajadoras con derecho?, ed. Carolina Stefoni (Santiago: Ediciones Universidad Alberto Hurtado, 2011).

[57] Gabriel Abarca. «¡Promueva el apego!»: sobre la maternidad de mujeres haitianas como objeto de gobierno en Chile». Bricolaje, no. 3 (2018), https://revistabricolaje.uchile.cl/index.php/RB/article/view/51589 (Consultado el 12 de enero de 2021). Lo cual se atiene a relatos entregados por el personal sanitario en investigación de Martina Cociña y Antonia Garcés, «Promoviendo una cultura de respeto a los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres inmigrantes en Rancagua» desarrollada durante el segundo semestre del 2020 y seleccionada en la primera convocatoria de proyectos de investigación de la Oficina de Equidad y Género de la Universidad de O´Higgins.

[58] Báltica Cabieses, Matías Libuy y Jeanette Dabanch, edit. Hacia una comprensión integral de la relación entre migración internacional y enfermedades infecciosas. De la creencia a la evidencia para la acción sanitaria en Chile (Santiago: Colegio Médico de Chile, 2019), 82.

[59] Roberto Aceituno, Gonzalo Miranda y Álvaro Jiménez. «Experiencias del desasosiego: salud mental y malestar en Chile». Revista Anales Universidad de Chile, no. 3 (2012), file:///C:/Users/leoca/Downloads/21730-1-68452-1-10-20120813.pdf (Consultado el 12 de enero de 2021).

[60] Véase: Báltica Cabieses, Margarita Bernales y Ana McIntyre edit. La migración internacional como determinante social de la salud en Chile: evidencia y propuestas para políticas públicas. Santiago: Universidad del desarrollo, 2017.

fíos en este ámbito que dicen relación con comprender la movilidad humana desde una mirada integral y multidimensional. Como se advirtió, la situación de vulnerabilidad social, económica, habitacional y educacional de quienes se desplazan incide en la salud de dicha población, por lo mismo es vital:

- Promover políticas públicas basadas en el enfoque de derechos humanos, género e interculturalidad. Es fundamental reconocer la diversidad y comprender la inclusión desde el diálogo y adaptación mutua.
- Incentivar buenas prácticas de promoción y resguardo de los derechos sexuales y reproductivos de mujeres migrantes, relevando experiencias locales pertinentes, profundizando en una mirada descentralizada centrada en los recursos y capacidades con los que cada territorio cuenta para elaborar políticas pertinentes social y culturalmente.
- Mejorar el acceso y disponibilidad de información sobre derechos sexuales y reproductivos de las mujeres migrantes. La información debe ser transmitida de forma efectiva y con pertinencia cultural, mediante redes sociales y en el territorio local. Asimismo, es urgente generar espacios de formación y reflexión en el personal de salud y administrativo para eliminar estereotipos y prejuicios, así construir espacios de diálogo y acuerdo intercultural.

«Si bien en Chile ha mejorado respecto a la salud sexual y reproductiva de las mujeres migrantes, (...) aún restan muchos desafíos en este ámbito que dicen relación con comprender la movilidad humana desde una mirada integral y multidimensional»

Estado de la situación en Chile: VIH y estrategias para su prevención

Stephanie Otth Varnava[61], *Jaime Romaní Adorni*[62], *Diego Flores Bastidas*[63], *Rocío Saavedra Isella*[64]

[61] Stephanie Otth Varnava, MA Gender, Society and Representation UCL, Londres, Psicóloga de la Universidad Católica de Chile. Coordinadora Área Investigación y Capacitación de Corporación Miles.
[62] Jaime Romaní Adorni, Sociólogo de Pontificia Universidad Católica de Chile. Diplomado en Sexualidad, Etsex. Coordinador de educación y estudios de Fundación Chile Positivo.
[63] Diego Flores Bastidas, Sociólogo de la Universidad Alberto Hurtado, Pasante investigación de Corporación Miles.
[64] Rocío Saavedra Isella, Socióloga de la Universidad Diego Portales. Pasante área investigación de Corporación Miles.

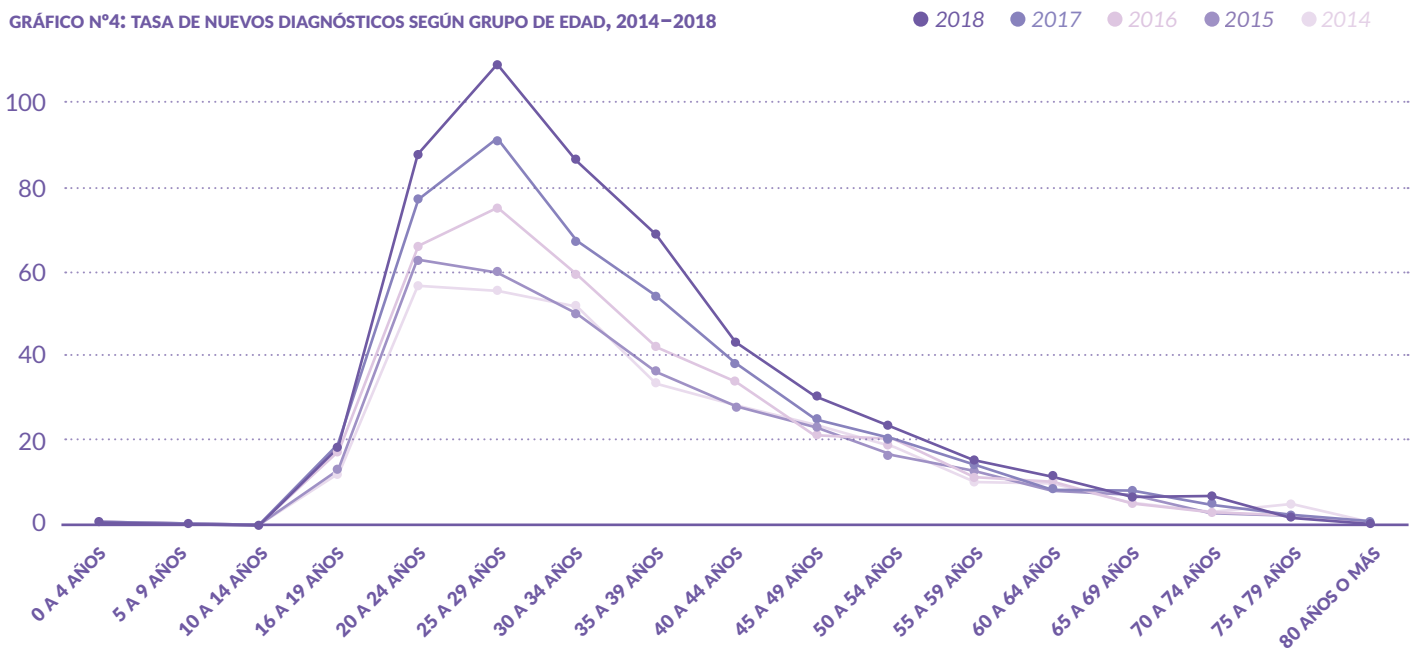
Según el informe de ONUSIDA (2017)[65], Chile ocupa el primer lugar de casos nuevos de VIH en toda Latinoamérica. La tendencia al aumento en la transmisión del VIH en la última década ha sido clara: durante el 2018, el Instituto de Salud Pública confirmó que el número de diagnósticos de VIH se había duplicado respecto del 2010. Lo anterior puede significar tanto un aumento en la transmisión como una mayor detección producto de más acceso al examen diagnóstico.

Comparando el estado de transmisión de Chile con el resto del continente, los resultados evidencian que en Colombia, El Salvador, Nicaragua y Uruguay la tasa de detección del virus disminuyó en más del 20 por ciento entre los años 2010 y 2016[66]. Al contrario, en Chile, dentro del mismo período la enfermedad aumentó en un 34 por ciento[67]. Solo en el año 2017 las pruebas realizadas dentro del país dieron como resultado 6.361 casos positivos. Entre enero y junio del 2018 se registraron 3.849 nuevos casos[68]. Según los registros oficiales del DEIS[69], durante el 2020 se registraron 2.164 casos confirmados por el ISP, cifra menor a los 4.249 casos positivos del 2019; sin embargo, el número de exámenes procesados disminuyó un 29% respecto del año anterior (de 796.628 a 563.298 exámenes). Es innegable que la pandemia del Covid–19 disminuyó el acceso de las personas a los exámenes diagnósticos para esta y otras ITS, por lo que es probable que las cifras del último año no reflejen fidedignamente el estado actual de la transmisión de VIH en Chile.

Al analizar las cifras del virus en Chile es posible advertir con preocupación que del total de nuevas infecciones, la población mayoritaria son jóvenes entre 18 a 30 años. Así, del total de nuevas personas registradas hasta mayo del 2018 (2.965 casos) un 17,8% son jóvenes entre 20 y 24 años. Otros 706 casos (23,8%) son jóvenes entre 25 y 29 años[70]. Como afirma el Plan Nacional de Prevención y Control del VIH/SIDA e ITS[71], según los datos arrojados por el modelo Spectrum, que estima y proyecta datos sobre VIH alrededor del mundo, muestra que en Chile viviría un total de 67.000 personas con VIH al año 2017, donde prevalecería el grupo entre 15 a 49 años.

[65] ONUSIDA (2017), Monitoreo Global de Sida 2017.
[66] La Tercera (2018), Informe casi triplica el porcentaje estimado de personas con VIH en Chile.Disponible en: https://www.latercera.com/nacional/noticia/informe-casi-triplica-porcentaje-estimado-personas-vih-chile/291511/.
[67] Ídem
[68] Instituto de Salud Pública (2018)
[69] Disponible en: https://reportesrem.minsal.cl/.
[70] Ídem
[71] Plan Nacional de Prevención y Control del VIH/sida e ITS (2018, 2019)

GRÁFICO N°4: TASA DE NUEVOS DIAGNÓSTICOS SEGÚN GRUPO DE EDAD, 2014–2018



***Fuente**: Plan Nacional de Prevención y Control del VIH/sida e ITS. MINSAL 2018-2019. Gráfico extraído del Informe del Plan Nacional de Prevención y Control del VIH/sida e ITS. Departamento Programa Nacional de Prevención y Control del VIH/sida e ITS División de Prevención y Control de Enfermedades Subsecretaría de Salud Pública.*

Según los reportes de ONUSIDA, el VIH en Chile se comporta como una epidemia concentrada. Es decir, tiene una prevalencia mayor al 5% en los subgrupos más vulnerables e inferior al 1% en la población en general[72]. Si bien el VIH continúa afectando principalmente a hombres, en los últimos años se ha identificado nuevos grupos de vulnerabilidad emergente. Si bien la tasa de hombres que viven con VIH supera en cinco veces la cantidad de mujeres, el aumento porcentual de casos entre 2017 y 2018 fue mayor en mujeres (46,2%) que en hombres (13,8%). En este sentido, no hay que perder de vista que ciertos determinantes sociales y económicos como la dependencia económica y la violencia de género sitúan, en términos generales, a las mujeres en una posición de subordinación; teniendo mayores probabilidades de ser víctimas de violencia sexual y presentar dificultades para utilizar condones cuando lo deseen. Además, el matrimonio y las relaciones monógamas se asocian a una percepción errónea de que no existe riesgo de adquirir el virus, factores que pueden dar cuenta del aumento observado en las nuevas notificaciones.

En relación con las vías de transmisión, la vía sexual continúa siendo el principal modo de transmisión en Chile, concentrando el 97% de las transmisiones durante el año 2018. De ellos, el 61% corresponde a casos de hombres que tienen sexo con otros hombres[73].

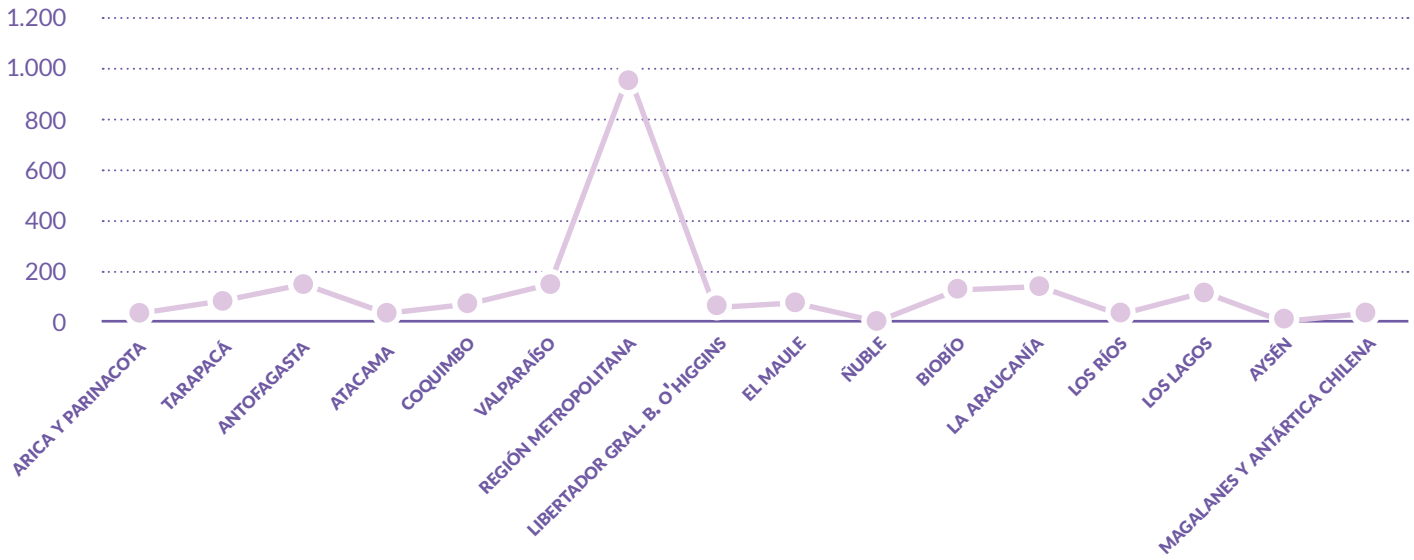
Según registros de casos positivos del sector público de salud confirmados por el ISP del año 2020 según región[74], el comportamiento de transmisión del virus presenta las mayores tasas de nuevas infecciones en la Región Metropolitana (46%), seguida por la Región de Antofagasta (8%) y en tercer lugar por la Región de la Araucanía (7%).

[72] ONUSIDA (2019) Reporte mundial sobre VIH 2019, disponible en https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2019/07/2019-07-16_PRESENTACION-ONUSIDA.pdf

[73] Minsal (2019) Orientaciones Técnicas Profilaxis PreExposición a la infección por VIH

[74] Información extraída del Sistema de Reportes REM del MINSAL. Disponible en: https://reportesrem.minsal.cl/

GRÁFICO N°5: CASOS CONFIRMADOS POSITIVOS POR ISP SEGÚN REGIÓN AÑO 2020



***Fuente**: Rem-a11. Exámenes de pesquisa de enfermedades transmisibles. Sección c1 exámenes de VIH por grupos de usuarios (uso exclusivo de establecimientos con laboratorio que procesan). Datos 2020 de enero a diciembre. Gráfico de elaboración propia.*

En relación con la población extranjera, se aprecia que durante el 2015 y el 2018 se observó que un 23,8% del total de nuevos casos corresponden a personas extranjeras. Si bien el número de personas chilenas que viven con VIH es mayor, la tasa de transmisión del VIH en extranjeros ha presentado un aumento progresivo en los últimos años; pasando de un 9,2% durante el 2015 a un 37,1% durante el 2018. Volviendo a los datos obtenidos por el REM[75] del año 2020, las nuevas infecciones de población migrante del sector público de salud, alcanzan un 19% del total nacional, y tienen las mayores tasas de nuevas infecciones en la región Metropolitana (70,5), seguida por la región de Antofagasta (17,0%) y en tercer lugar, la región del Maule (4,4%).

El aumento en los nuevos casos de notificación de VIH en la población inmigrante es preocupante, y debe ser entendida desde su situación específica de vulnerabilidad, en especial las personas en situación migratoria irregular. Las personas migrantes se enfrentan a una mayor cantidad de barreras y dificultades para acceder a servicios de detección del VIH y al tratamiento antirretroviral. Entre ellas, la literatura destaca la falta de información, el desconocimiento sobre sus derechos y las barreras idiomáticas[76]. En los registros de la Fundación Chile Positivo, para el año 2019 se recibieron alrededor de 100 consultas vía redes sociales por parte de personas migrantes relacionadas con el acceso a servicios de VIH. Algunas de las problemáticas identificadas tienen relación con personas migrantes que llegan a Chile con su tratamiento antirretroviral interrumpido y no saben cómo retomarlo, desconocimiento de los servicios de salud sexual en Chile, dificultades para acceder al test rápido de VIH, entre otras consultas.

En publicaciones anteriores, Corporación Miles[77] ha visibilizado que la precarización de las condiciones sociales de vida y de trabajo de las personas migrantes, junto a las barreras legales, institucionales y sociales para acceder a los servicios de salud sexual y reproductiva y recibir una atención de calidad y libre de discriminaciones, son factores claves que dan cuenta del estado de desprotección y de incumplimiento

[75] Ídem

[76] ONUSIDA, 2014.

[77] Corporación Miles, 2019. Segundo Informe de Derechos sexuales y Reproductivos, disponible en: http://mileschile.cl/cms/wp-content/uploads/2019/01/Segundo-Informe-SSR-y-DDHH-en-Chile-2017-2018.pdf

de garantías humanas básicas en el que se encuentran muchas personas que migran al país. Por lo tanto, es urgente que la respuesta estatal al VIH reconozca la migración como un derecho humano, y que los programas públicos en esta materia se focalicen también en la población migrante, sin reproducir la estigmatización y atendiendo a sus necesidades de salud específicas en un marco de protección de sus derechos, combatiendo al mismo tiempo el racismo y la discriminación.

En relación con la situación del VIH en pueblos originarios, del total de casos notificados entre el 2014 y el 2018, un 3,4% declaró pertenecer a algún pueblo originario. La mayor concentración se presenta en el pueblo Mapuche, seguido del Aymara. En mayo de 2019, la Red Nacional de Pueblos Originarios denunció frente a la Comisión Investigadora VIH/sida la falta de acceso a los tratamientos y alta mortalidad por enfermedades asociadas en etapa sida de los pueblos indígenas, su invisibilización en las estadísticas sobre la epidemia, la ausencia de políticas ministeriales con pertinencia cultural en salud indígena, la falta de respeto a las culturas ancestrales y su cosmovisión y su exclusión en las políticas ministeriales. Se criticó también la inoperancia del convenio de participación mutua entre Corporación Nacional de Desarrollo Indígena y el Ministerio de Salud, denunciando la ausencia de diálogo sobre las necesidades de salud de los pueblos indígenas.

La invisibilidad de la heterogeneidad cultural en materia de VIH se evidencia en que los pueblos originarios con frecuencia se conciben desde el estereotipo, el racismo y el exotismo. También suele pensarse que al desarrollar políticas para población migrante o rural se les está tomando en cuenta, sin comprender la especificidad sociocultural de los pueblos indígenas y las barreras y discriminaciones a las que se enfrentan.

Respecto a la tasa de mortalidad, el diagnóstico tardío continúa siendo un problema en el país: en 2016, un 43% de las personas que vivían con VIH se enteraban de su estado serológico cuando la enfermedad ya estaba avanzada. En el período 2014–2018 un 36% de los nuevos casos notificados se encontraba en etapa sida[78].

No obstante, se constata que el VIH ha pasado a ser una condición con tendencia a la cronicidad producto de la disminución significativa que se percibe en las tasas de mortalidad. El tratamiento antirretroviral (TARV) ha significado una mejora evidente en la calidad de vida de quienes viven con VIH, permitiendo que las cifras de mortalidad en menores de 35 años se hayan visto sustantivamente reducidas.

La prevención es la mejor estrategia para reducir de manera significativa las tasas de infección del VIH. Particularmente, y desde las agencias internacionales, se promueve la estrategia de ‹prevención combinada›. Dicha estrategia remite al «conjunto de programas comunitarios fundamentados en los derechos y la evidencia que promueve una combinación de intervenciones biomédicas, comportamentales y estructurales, diseñadas con el propósito de satisfacer las necesidades de prevención de la infección por el VIH de personas y comunidades específicas»[79]. En síntesis, supone combinar distintas medidas preventivas de índole biomédico, conductual y estructural. Según lo planteado por el MINSAL, entre estas se incluyen la incorporación de test rápidos y autotesteo, aumentar el acceso a preservativos de pene y vagina y la entrega de fármacos de pre exposición (Profilaxis de Pre Exposición, PrEP) y post exposición (PEP o profilaxis post-exposición)[80].

MECANISMOS DE RESPUESTA Y ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN DEL VIH EN CHILE

En Chile se comienza a hablar de VIH a mediados de los años 80, momento en que se detectan los primeros casos de personas que viven con el virus en el país. En respuesta a la insurgente preocupación relativa a la difusión del virus, se establece en 1990 la Comisión Nacional del sida (CONASIDA), cuyo objetivo es ejecutar un diagnóstico sobre la incidencia del VIH/sida y desarrollar una estrategia para la prevención de la trasmisión del virus en el país y la implementación de un tratamiento eficaz y precoz. En un principio, las políticas públicas relativas al VIH y sida se concentraron en la disminución de la transmisión mediante un abordaje principalmente biomédico y bajo una perspectiva de salud pública, sin incluir necesariamente consideraciones desde el marco de los derechos humanos. Sin

[78] DIPRECE, 2019.

[79] ONUSIDA, 2015. Plan de Acción acelerada para la prevención combinada (Internet). Disponible en:http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/JC2766_Fast-tracking_combination_prevention_es.

[80] Ministerio de la Salud (18/05/18). Ministerio de Salud presenta plan nacional de VIH/SIDA con énfasis en la prevención. En: http://www.minsal.cl/ministerio-de-salud-presenta-plan-nacional-de-vih-sida-con-enfasis-en-la-prevencion/

embargo, conforme a las discusiones y compromisos internacionales y al trabajo de organizaciones de la sociedad civil, poco a poco se fue posicionando en las políticas públicas la necesidad de fortalecer la prevención, la información y el respeto y protección de los derechos humanos de las personas que viven con VIH. No obstante, este avance ha tenido resistencias por la acción de sectores conservadores de la sociedad civil y por una estructura deficiente en la cobertura estatal de salud pública y educación sexual.

En Chile se ha avanzado en un marco legal y normativo que, en general, permite una buena respuesta de los organismos estatales al VIH: la Ley 19.799 promulgada en 2001 que asegura el acceso a diagnóstico, seguimiento y TARV y presupuesto destinado a abordar el VIH/sida; la inclusión del VIH/sida en la Ley GES en 2005, que asegura la cobertura 100% gratuita de las prestaciones de salud en VIH; la Norma de Prevención de la Transmisión Vertical del VIH; la modificación al Decreto 182 en 2011 que exige la confidencialidad de los resultados del examen, entre otros. Así también Chile se ha sumado a la estrategia mundial 90 – 90 – 90 de la ONU en pos de controlar la epidemia de VIH y asegurar una mejor calidad de vida a las personas viviendo con VIH.

Los distintos lineamientos legales y normativos en torno al VIH se han llevado a la práctica por la acción del organismo de CONASIDA, y posteriormente en 2010, por un organismo mayor: el nuevo Departamento del Programa Nacional de Prevención y Control del VIH/sida y las ITS[81]. La misión de esta institución pública es gestionar la Política Pública de Prevención y Control del VIH/sida e ITS en miras a disminuir la morbilidad, mortalidad, transmisión y discriminación de personas en situación de vulnerabilidad, en el contexto de los determinantes sociales de la salud. Según MINSAL, desde un trabajo participativo, intersectorial y descentralizado, el departamento regula, apoya, monitorea y evalúa la calidad de la implementación de servicios y prestaciones.

Junto con la Ley GES, existen dos grandes estrategias que sustentan la respuesta estatal a la problemática del VIH/sida[82]. Una de ellas es la Estrategia Nacional de Salud (ENS) 2011–2020, que ha sido el gran marco de referencia para responder a la epidemia. La ENS tiene por objetivos:

- Aumentar la prevalencia de conductas sexuales seguras en adolescentes y jóvenes de 15 a 19 años, promoviendo el sexo seguro a través de acciones de comunicación social, consejería en salud sexual y reproductiva, y acceso a condones.
- Mantener la tasa de mortalidad por VIH/sida, mejorando la detección y el ingreso temprano al tratamiento de la población de mayor riesgo, la adherencia a control y tratamiento para aumentar la sobrevida y, finalmente, fortaleciendo el programa en las Redes Asistenciales, actualizando periódicamente el Modelo de Atención Integral.

Otro programa clave es el Plan Estratégico Nacional del VIH/sida y las ITS, que para el quinquenio 2012–2016 tenía como ejes centrales:

- Promoción y prevención del VIH e ITS
- Atención integral del VIH/sida e ITS
- Calidad de vida, estigma y discriminación
- Vigilancia epidemiológica, monitoreo, evaluación e investigación

Ante el aumento acelerado en la detección de nuevos casos de VIH en Chile entre 2010 y 2019, el Estado se ha visto presionado a redoblar esfuerzos, diversificar e intensificar la respuesta ante el VIH en el país. Así, actualmente las estrategias definidas por el ministerio apuntan a tres ejes principales: aumentar la pesquisa del virus, mejorar el acceso a tratamiento y diversificar las medidas de prevención.

Durante los últimos años, los esfuerzos públicos han estado focalizados en aumentar la pesquisa de personas que viven con VIH y no lo saben. El llamado a realizarse el test ha sido uno de los mensajes principales en la estrategia comunicacional del ministerio en el último período, junto con el fortalecimiento de la aplicación del test rápido en población clave y a jóvenes entre 18 y 29 años. La campaña «Hazte el Test VIH», lanzada en 2019, agrupó la acción coordinada de las SEREMIS de salud, los servicios de salud y los centros de atención primaria de cada región, junto con la colaboración de universidades, establecimientos educacionales y algunas organizaciones de la sociedad civil.

Según el reporte de Chile, elaborado en 2018 para

[81] Para mayor información visitar página web: Prevención y Control del VIH/SIDA e ITS

[82] Ídem

ONUSIDA, en los últimos años el país ha avanzado en materia de prevención y atención del VIH/sida, mejorando la calidad de vida de las personas y aumentando la cobertura en salud. Esto se ha logrado, entre otras cosas, a través de un aumento de los recursos financieros destinados. Entre 2012 y 2016 el gasto relativo a VIH aumentó de M$92.462.378 a M$125.113.044. El principal aporte lo hace el sector público (64%), seguido del privado (36%), mientras que los recursos extranjeros son marginales y apoyan principalmente la labor de organizaciones sociales. El 82% del gasto país en VIH/sida se destina a atención y tratamiento —y dentro de éste, el 89% es para TARV.

Es importante señalar que, si bien la prevención es un factor clave en el abordaje de la propagación del VIH, sólo el 10% del gasto se destina a prevención, y dentro de ese 10%, sólo el 39% es financiado por el sector público. El 61% del gasto en prevención es privado, correspondiendo casi en su totalidad al gasto del bolsillo de las personas que compran sus propios condones[83].

En general, las normativas y programas públicos en torno al VIH han tenido el principal objetivo de fortalecer la «prevención secundaria». Es decir, reducir la mortalidad por el virus en etapa SIDA, aumentar el nivel de calidad de vida de las personas con VIH y evitar que ellas transmitan el virus a otras personas[84]. Esto es, focalizarse en las personas que ya viven con VIH: en su diagnóstico, tratamiento y reducción de su carga viral, para disminuir el riesgo de transmisión. Dichas políticas han sido exitosas en aumentar la sobrevida a 36 meses del inicio del tratamiento desde un 85% en 2005 hasta un 91,7% en 2015, en reducir las transmisiones verticales desde el 28% hasta el 5,9% en 2015[85] y en lograr una carga viral suprimida para el 88% de las personas que reciben tratamiento[86].

La pandemia del Covid–19 ha tenido un fuerte impacto sobre el bienestar y la calidad de vida de las personas a lo largo del mundo, y particularmente, sobre las personas viviendo con VIH. De acuerdo con la primera Encuesta Nacional de Calidad de Vida de Personas con VIH en Chile de la Fundación Chile Positivo (2020), en la que se encuestó a 295 personas viviendo con VIH, el Covid–19 ha afectado distintos ámbitos de las vidas de las personas. Por un lado, la pandemia ha llevado a que las personas con VIH se enfrenten a mayores dificultades para acceder a servicios asociados con VIH que antes de la pandemia. En ese sentido, un 74% dice que es más difícil acceder a controles de VIH que antes de la pandemia y un 69% señala lo mismo respecto a los exámenes de VIH. De la misma forma, un 25% señala que es más difícil acceder al tratamiento antirretroviral que antes de la pandemia y un porcentaje igual lo señala para el acceso a los condones. Estos datos muestran graves problemas a los que se enfrentan las personas con VIH. Tener mayores dificultades para acceder a servicios vinculados con VIH puede exacerbar problemas de salud mental como ansiedad o estrés, lo que a su vez puede afectar la misma adherencia al tratamiento antirretroviral en las personas con VIH[8788].

La encuesta señala que un 95% de lo/as encuestados/as sufrió ansiedad o depresión durante el mes de julio del año 2020, cuando el país se enfrentaba a cuarentenas más estrictas y a un aumento sostenido de casos de Covid–19. Al mismo tiempo, la sensación de incertidumbre respecto a la disponibilidad de medicamentos, el miedo al contagio de Covid–19 o a enfermar gravemente, también impactan negativamente sobre la salud mental de las personas con VIH.

Los relatos de las personas con VIH también dan cuenta de cómo el Covid–19 ha impactado en sus relaciones interpersonales. Por un lado, las cuarentenas obligatorias y restrictivas han hecho que las personas con VIH se vean más aisladas y con la sensación de contar con menores redes de apoyo para enfrentar sus problemas. Por otro lado, la pandemia ha afectado negativamente su sexualidad, pues se han visto imposibilitadas de vincularse sexo–afectivamente durante las cuarentenas. Esto es importante de relevar, en tanto las personas con VIH ya atraviesan un proceso difícil

[83] Global AIDS Monitoring (2018) disponible en: https://www.unaids.org/sites/default/files/country/documents/CHL_2018_countryreport.pdf

[84] MINSAL (2018). Noticias: Ministerio de Salud presenta plan Nacional VIH/SIDA con énfasis en prevención. En: http://www.minsal.cl/ministerio-de-salud-presenta-plan-nacional-de-vih-sida-con-enfasis-en-la-prevencion/

[85] MINSAL (2018) Política Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva. En https://diprece.minsal.cl/wrdprss_minsal/wp-content/uploads/2018/03/POLITICA-NACIONAL-DE-SALUD-SEXUAL-Y-REPRODUCTIVA-..pdf

[86] ONUSIDA (2019) Reporte mundial sobre VIH 2019, disponible en https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2019/07/2019-07-16_PRESENTACION-ONUSIDA.pdf

[87] González, J., Batchelder, A., Psaros, C., & Safren, S. (2011). Depression and HIV/AIDS Treatment Nonadherence: A Review and Metaanalysis.

[88] Tao, J. & Qian, H. (2016). Effects of depression and anxiety on antirretroviral therapy adherence among newly diagnosed hiv-infected chinese men who have sex with men. Phd Thesis, Vanderbilt University

en su sexualidad cuando reciben su diagnóstico, lo que muchas veces lleva a que limiten su actividad sexual con otras personas debido al temor a transmitir el virus o el miedo al rechazo debido a su estado serológico.

EFECTO DE LAS ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN EN CHILE

Los esfuerzos por aumentar la cobertura del examen de VIH a lo largo del país han tenido sus frutos, permitiendo una mejor y más temprana detección de nuevos casos. De acuerdo a la evaluación del ex–subsecretario de Redes Asistenciales, Luis Castillo, en 2019 ya se instaló el test rápido en el 99% de las comunas y en el 96% de los Centros de Atención Primaria nacionales, desde Arica a Magallanes[89]. Así también, de manera mediática, se ha posicionado el examen como una necesidad y una actividad fundamental de autocuidado en salud sexual, avanzando hacia enfoques más positivos respecto al VIH/sida como la campaña de prevención «Es positivo saber», lanzada el año 2019 por el MINSAL.

Ahora bien, la realización del test se ha difundido como una forma de prevenir el VIH cuando, en realidad, no es una medida de prevención sino una medida de detección. El test en sí mismo no permite prevenir el virus ni su transmisión: lo central es que se acompañe de información completa para una conducta sexual preventiva que se sostenga en el tiempo, junto con medidas como el uso de condón y la Prep.

Por otro lado, aunque la Ley N° 19.779, conocida como «Ley sida», garantiza la total confidencialidad en la toma del test de VIH y establece medidas para evitar la discriminación hacia personas que viven con VIH, han sido públicas diversas situaciones de maltrato o de violación de derechos humanos de las personas con VIH. En 2011, el Centro de Derechos Reproductivos denunció al Estado Chileno por violar derechos humanos de mujeres que viven con VIH al detectar numerosas esterilizaciones sin consentimiento de la mujer, discriminación en la atención, incumplimiento de la Ley N° 19.779 en ámbitos de la confidencialidad del diagnóstico, falta de acceso a la consejería, y no aplicación de la Norma de Prevención de la Transmisión Vertical[90], entre el 2002 y el 2010. La fuerte condena de los organismos internacionales y la toma de conciencia por parte del Estado de la gravedad de esta situación llevaron a la implementación del nuevo Protocolo de Atención a Mujeres Viviendo con VIH del 2016, que aborda el VIH desde un enfoque de derechos y de género.

Además, y de acuerdo con la encuesta realizada por la Fundación Chile Positivo (2020), un 57% plantea que el estigma, creencias y mitos en torno al VIH, constituyen la principal barrera para acceder a los servicios de salud. Por otro lado, un 28% ve el temor o vergüenza a atenderse en los servicios de salud como una barrera de acceso. Esta información es fundamental pues, si bien existe una Ley de VIH/SIDA, las personas viviendo con VIH siguen siendo discriminadas y estigmatizadas en los servicios de salud, y con ello, sus derechos también están siendo vulnerados. Esto se ha visto plasmado en situaciones en las que se ha vulnerado su derecho a la confidencialidad, han sido discriminados por personal médico o el lenguaje (verbal y no verbal) ha sido discriminatorio o cargado de estigma.

En los últimos años, los gobiernos se han comprometido a incluir una perspectiva de derechos humanos en sus políticas vinculadas con el VIH/sida, reconociendo que toda persona con VIH, que se vea forzada a tomar el test o a revelar su estado serológico, está siendo vulnerada en su dignidad y en sus derechos. El ejemplo más reciente de esto es la Ley 20.987 que, al reconocer que los menores de 18 años son sujetos de derecho, aumenta el nivel de autonomía de las personas entre los 14 y los 18 años para que puedan tomarse el test sin informar o solicitar la autorización de su representante legal. Esta ley quiere también incentivar a lo/as jóvenes, que son el grupo que ha experimentado un mayor aumento en la incidencia de transmisión del virus, a tomar el test, y asegurar así que las personas seropositivas puedan empezar el tratamiento lo antes posible. Otro ejemplo es el reglamento sobre el examen de VIH en personas privadas de libertad, que establece que ningún establecimiento penitenciario podrá negarse a recibir o mantener en sus dependencias a una persona privada de libertad que haya sido diagnosticada con

[89] https://www.minsal.cl/informe-de-onusida-2019-el-87-de-las-personas-que-viven-con-vih-en-chile-han-sido-diagnosticadas/

[90] Centro de Derechos Reproductivos, Vivo Positivo (2011) Dignidad negada: Violaciones de los derechos de las mujeres VIH–positivas en establecimientos de salud chilenos. En: https://www.reproductiverights.org/sites/crr.civicactions.net/files/documents/DignidadNegada.pdf

VIH por este solo hecho y garantiza confidencialidad, voluntariedad y respeto de la dignidad de la persona privada de libertad que sea en riesgo de/diagnosticada con VIH/sida[91].

A pesar de los avances mencionados, urge fortalecer las medidas de «prevención primaria»; es decir, el trabajo educativo y preventivo con las personas antes de la exposición al virus. En este sentido, el Ministerio de Salud ha declarado públicamente su compromiso con profundizar una estrategia de prevención combinada. Esto, además de medidas ya existentes, como cobertura gratuita a personas adultas, niño/as y personas embarazadas en la Ley GES, campañas comunicacionales y un convenio con Gendarmería para la prevención, control y tratamiento de las personas privadas de libertad, entre otras. En general, en todas las regiones del país se ha avanzado en prevención combinada con una estrategia nacional que articula los niveles individuales, grupal–comunitarios y masivo/comunicacional para la intervención[92].

Resulta fundamental impulsar medidas que contribuyan a que las personas desarrollen conductas saludables respecto a su salud sexual. La calidad de la información que se entrega en las consejerías para las tomas de test, junto con la información que se entrega a través de redes sociales y medios de comunicación, cumplen un rol crucial en la educación sexual de las personas. Asimismo, deben generarse iniciativas a nivel estructural, como campañas que apunten a reducir el estigma sobre las personas viviendo con VIH; mayor robustez en la denuncia sobre casos de discriminación sobre esas personas; impulsar un proyecto de educación sexual integral y a reducir las brechas sociales y sanitarias de las personas, entendiendo que sus condiciones de vida también influyen en sus probabilidades de adquirir el VIH y de desarrollar una sexualidad plena.

PREP ¿QUÉ ES? ¿DÓNDE SE HA APLICADO? ¿QUÉ RESULTADOS TIENE?

La PrEP, o profilaxis de pre exposición, refiere a una medida de prevención de la infección del VIH, que se utiliza antes de tener prácticas sexuales, a través de un medicamento.

Respecto al panorama actual que tiene el cono sur en el uso de la PrEP, este ha sido catalogado como incipiente por ONUSIDA, ya que esta estrategia de prevención ha sido recientemente implementada a mediana escala en Brasil, en donde este programa ha apuntado a cubrir las necesidades de 54.000 personas en los próximos años. Asimismo países como Chile, Costa Rica, Guatemala, México, Paraguay y Uruguay han replicado esta misma iniciativa en una escala menor, significando un elemento muy nuevo para el sistema de salud público de estos países.

Desde su primer lanzamiento en agosto de 2019 en Chile, la Profilaxis de pre exposición (PrEP) es administrada por 8 centros en total del país, ubicados en la región Metropolitana, Antofagasta, Araucanía y Los Lagos

Asimismo, la decisión de utilizar la PrEP en relación con otros métodos, como IPrEx, VOICE, FEM–PrEP, IPERGAY, PrEpare, se fundamenta en la efectividad que tiene este tratamiento para prevenir VIH, y, por tanto, su acción preventiva. La efectividad de la PrEP en prevenir la infección del VIH dependerá de la adherencia de lo/as usuarios/as respecto al medicamento.

De acuerdo con agencias e instituciones internacionales, como el Centro para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC) en Estados Unidos, la PrEP tiene una efectividad de un 99% para prevenir la infección del VIH por vía sexual[93]. Por otra parte, el gobierno de Estados Unidos habla de una efectividad de más de un 90% en la prevención de la infección del VIH por vía sexual[94], mientras que otros estudios hablan de una efectividad cercana al 90%[95].

La estrategia de distribución de PrEP que estipuló el MINSAL tiene como población clave a hombres mayores de 18 años que tengan sexo con otros hombres, personas trans, y trabajadore/as sexuales o personas que

[91] Ministerio de Justicia y Derechos Humanos (2015) Decreto N° 927 sobre el examen para la detección del virus de la inmunodeficiencia humana en personas privadas de libertad. En: https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=1088064

[92] ONUSIDA (2018) disponible en: https://www.unaids.org/sites/default/files/country/documents/CHL_2018_countryreport.pdf

[93] CDC. (2017). Preexposure Prophylaxis for the Prevention of HIV Infection in the United States: A clinical practice guide.

[94] https://www.hiv.gov/hiv-basics/hiv-prevention/using-hiv-medication-to-reduce-risk/pre-exposure-prophylaxis

[95] Buchbinder, P. (2018). Maximizing the Benefits of HIV Preexposure Prophylaxis.

tengan mayor riesgo de exposición al VIH. Respecto a este último grupo, también se consideran a personas cuyas parejas viven con VIH, pero no se encuentran con tratamiento (o están en uno, pero con carga viral detectable), a quienes no hayan ocupado condón en los últimos 6 meses, con un historial de ITS o que utilicen drogas recreativas durante la actividad sexual.

La cantidad de población beneficiaria al programa PrEP ha sido baja: la meta de ingresos en un año era de 5 mil usuario/as, sin embargo desde julio del 2019 hasta febrero del 2020 solo han ingresado 342 personas[96]. Cabe mencionar que, si bien la PrEP es una medida para prevenir el VIH, este no provee en el medicamento mismo protección frene a las demás ITS. Por lo tanto, con la entrega de los frascos de PrEP, a los beneficiarios del programa se les hace entrega de cajas de preservativos y lubricantes, seguimiento y vacunación contra las hepatitis A y B y el VPH. Todos estos elementos son parte del mismo programa, lo que en conjunto con los chequeos buscan asegurar la continuidad y así también la efectividad del tratamiento.

A continuación, se presenta una investigación sostenida durante el año 2020 entre la Fundación Chile Positivo y Miles Chile, cuyo principal objetivo es levantar y visibilizar las experiencias de lo/as usuario/as del programa PrEP en Chile con el objetivo de identificar recomendaciones y estrategias para su mejora.

«La cantidad de población beneficiaria al programa PrEP ha sido baja: la meta de ingresos en un año era de 5 mil usuario/as, sin embargo desde julio del 2019 hasta febrero del 2020 solo han ingresado 342 personas»

[96] Información solicitada al MINSAL el 14 de Abril 2020 por Ley de Transparencia.

INVESTIGACIÓN: PERCEPCIONES Y RECOMENDACIONES DE LO/AS USUARIO/A DEL PROGRAMA DE PROFILAXIS DE PRE–EXPOSICIÓN (PREP)

El presente estudio busca identificar la percepción que tienen lo/as usuario/as del programa PrEP para así caracterizar las diversas barreras en su implementación y proponer recomendaciones de mejora.

Durante el año 2020, Corporación Miles en conjunto con la Fundación Chile Positivo, sostuvo una serie de entrevistas con usuario/as del programa, con el objetivo de levantar información cualitativa respecto de su experiencia con el tratamiento y el programa.

El presente apartado evidencia los hallazgos más relevantes de la evaluación y experiencia propia de lo/as beneficiario/as del programa, tanto en contexto pre–pandemia como durante esta.

A su vez, se llevó a cabo una entrevista semi estructurada con matrón Antón Castellanos Usigli, profesional de salud pública, quien actuó como informante clave debido a su trayectoria y trabajo en el programa de PrEP del Hospital Wyckoff de Nueva York. Por ello, las recomendaciones finales fueron complementadas con la experiencia de Castellanos.

Ficha técnica

Características del instrumento

Entrevistas semi estructuradas a usuarios del programa PrEP

Fecha de aplicación

Entre el 26 de julio y agosto de 2020

Número de personas entrevistadas

5 usuarios del programa PrEP
1 experto en PrEP

Muestreo

Intencional

El objetivo general del estudio fue conocer la percepción y experiencia de los/as usuario/as que participan en el programa PrEP distribuido en los centros de infectología y UNACCES en Chile.

Los objetivos específicos que orientaron el desarrollo del estudio fueron:

1. Conocer el procedimiento/proceso/funcionamiento del programa PrEP en los centros de infectología y UNACESS de los hospitales que lo distribuyen
2. Caracterizar a los usuario/as que solicitan y acceden la PrEP, así como las razones por las cuales la solicitan.
3. Identificar dificultades y fortalezas del programa PrEP
4. Identificar posibles mejoras al programa PrEP

Entre julio y agosto del año 2020, se realizaron seis entrevistas telemáticas semi-estructuradas a usuario/as del programa PrEP[97] y a comienzos de 2021 se realizó una entrevista en profundidad a un informante clave con amplia experiencia en programas de prevención a nivel internacional.

RESULTADOS

I. Caracterización entrevistado/as

Las entrevistas consistieron en el relato de seis hombres residentes de las ciudades de Antofagasta, Iquique, Temuco y Santiago, conformando una muestra heterogénea en términos territoriales. Se identificaron las siguientes características comunes:

[97] Ver anexos Tabla 1.

Responsabilidad de autocuidado

El autocuidado en el contexto de la sexualidad supone el manejo del riesgo de adquirir una ITS como consecuencia de una relación sexual. Al respecto los entrevistados mencionan que previo a la PrEP ya utilizaban condones como método principal de prevención, argumentando que hasta ese momento esa era la única opción disponible. De manera que, una vez ingresando al programa PrEP, este medicamento se volvió parte del set de medidas para la prevención, viéndose como otra medida de resguardo y prevención que permite alcanzar una vida sexual sana y activa:

«(...) Creo que uno tiene que hacerse cargo de la vida sexual que uno tiene (...) y una de las formas de hacerse cargo no siempre parte del condón... por supuesto, también hay otras formas y si te están dando la opción de poderla tomar y cumples todos los requisitos poder tomar una opción que al final te va a tener más protegido y la responsabilidad como te digo es netamente mía eh...decidí hacerlo»

(Entrevista N° 5, usuario)



Responsabilidad informativa personal y del entorno

Los entrevistados se reconocen a sí mismos como vectores centrales del entramado de difusión. Esto da cuenta que el boca a boca es uno de los métodos principales para socializar información de este tipo. Es así que en los relatos revisados hubo un uso reiterado de palabras como Educar, Informar y Difundir, refiriéndose a la función que los entrevistados buscaban cumplir con respecto a su comunidad. Considerando que el programa PrEP se encuentra aún en fase preliminar, podría esperarse que mediante esta red de contactos pueda expandirse la información y llegar a más usuarios.

Lo anterior levanta una alerta, pues el programa PrEP se encuentra en una fase preliminar, en la que se debe promover que la información llegue a los potenciales usuarios a través de la mayor cantidad de canales posibles. En relación con esto, dentro de los relatos fue perceptible una disposición de responsabilidad informativa ante un entorno desinformado:

«(...) también quise ser parte del PrEP para que desde mi experiencia informar a las personas, porque yo veo cómo hay muchas personas que no conocen el tema y por desinformación se contagian....»

(Entrevistado N°2, usuario)



Siguiendo las palabras del entrevistado, uno de los motivos de ingreso al programa fue precisamente la socialización de la información recibida con su entorno. Dado que, a su juicio, la gente que lo rodea que adquiere VIH tiende a hacerlo por una grave falta de información.

El perfil inicial del programa buscaba llegar a una población objetivo de hombres que tuvieran sexo con otros hombres, personas trans, trabajadores y trabajadoras sexuales y personas con mayor propensión a la exposición al VIH. Este enfoque se materializó en el uso de un cuestionario que debía responderse a la hora de aplicar al programa, el cual se centraba en la cantidad de parejas y encuentros sexuales que mantenían los entrevistados.

Todos los entrevistados fueron hombres que mantenían relaciones sexuales con otros hombres, monógamos, que utilizaban el condón como método de prevención y activos en la búsqueda de otras estrategias para prevenir el VIH.

Un hallazgo inicial es que el programa ha llegado a una población previamente concientizada respecto a la trasmisión del VIH, no pudiendo-hasta ahora- acceder a quienes no las conocen.

Así, el perfil de los entrevistados da cuenta de una discordancia entre a quienes apunta el programa y quienes efectivamente acceden, dejando en evidencia falencias importantes en su difusión.

II. Razones de ingreso

Respecto de las razones que tuvieron los entrevistados para ingresar al programa se encuentra el deseo de diversificar sus actuales estrategias de prevención al VIH, promoviendo su autocuidado respecto de la propia vida sexual y la gratuidad del programa.

La efectividad del carácter preventivo del tratamiento es un factor altamente valorado por los entrevistados, entregándose una mayor sensación de seguridad en sus prácticas sexuales. El efecto preventivo es reforzado también por el chequeo constante de VIH, hepatitis A y B y el VPH, el cual se realizaba de manera mensual y posteriormente de manera trimestral como consecuencia de la pandemia del Covid–19.

Los entrevistados refieren que contar con una estrategia de pre exposición les ayuda a reducir su ansiedad ante situaciones imprevistas, como por ejemplo, que el condón se rompa. Es por esto por lo que algunos entrevistados mencionan utilizar la PrEP como un método de prevención combinado y no reemplaza necesariamente el uso del condón.

La accesibilidad económica del programa es un determinante directo para el ingreso; de no haber sido gratuito para los afiliados a FONASA es probable que ninguno de los participantes hubiese accedido a él.

III. Efectos del programa

Los entrevistados describieron tanto efectos deseables, como más confianza, seguridad y libertad con su propia vida sexual en general, como efectos no deseados; entre ellos, malestares corporales a causa de la toma de la PrEP.

Efectos deseables

Dentro de los efectos que los usuarios del programa destacan se encuentra el control y disminución de la ansiedad respecto de las relaciones sexuales, especialmente las espontáneas. Tomar PrEP ayuda a sentir seguridad y confianza respecto de la propia vida sexual, aliviando la carga emocional y psicológica que provocaba la incertidumbre respecto de la posibilidad de adquirir el virus.

La percepción de incremento en la seguridad posibilita vivir una vida sexual activa desde la seguridad y la confianza, lo que supone un avance importante en la calidad de vida de los usuarios.

Efectos no deseados

Los efectos no deseados del tratamiento PrEP apuntan específicamente a las contraindicaciones del medicamento, como dolores estomacales, falta de apetito e irritabilidad. Si bien estos efectos fueron indicados y advertidos por los profesionales de la salud una vez que se les entregó el medicamento, la información entregada por los especialistas no fue suficiente con relación a lo que los entrevistados experimentaron.

Un segundo efecto no deseado ni previsto fue la suspensión y/o interrupción de los tratamientos por el Covid–19. La interrupción en la entrega del medicamento generó que las contraindicaciones del medicamento fueran vividas más de una vez a causa del acostumbramiento del organismo al tratamiento. En consecuencia, esta experiencia se tradujo en que los entrevistados se replantearan su continuidad en el programa.

IV. Debilidades del programa PrEP

Entre las debilidades que los entrevistados refieren del programa se encuentran las barreras de acceso, la falta de capacitación de lo/as profesionales médico/as y la discontinuidad en el tratamiento.

Barreras de acceso

Una de las principales barreras para acceder al programa se relaciona con el estigma cultural. Los prejuicios y preconcepciones que persisten en torno a la diversidad sexual y al VIH, tanto dentro como fuera de la comunidad LGBTIQ+, influyen en la disposición de las personas a acercarse a un programa como este.

Según las experiencias de los usuarios, se identifican sensaciones de vergüenza y/o pudor al acudir a los centros de entrega de la PrEP. Estas experiencias emocionales se identifican por algunos elementos estructurales del programa.

Los entrevistados mencionan que tanto la ubicación (en los pabellones de infectología de los hospitales) y la infraestructura (espacios lúgubres, sombríos y poco amigables) incrementan sus experiencias de vergüenza y pudor.

A su vez, los criterios y procesos de selección e ingreso refuerzan lo anterior. Al solicitar la PrEP los entrevistados tuvieron que dar explicaciones muy específicas respecto del por qué solicitaban el medicamento, teniendo que entregar detalles íntimos sobre su vida sexual (frecuencia, número de parejas activas, etc.)

«(...)uno de los problemas era de que poco menos que tenía que ser un trabajador sexual para acceder al programa (...) tuve que poco menos exagerar y decir que participaba en orgías diarias (risas) para acceder»

(Entrevistado N°3, usuario)



«(...) si alguien está con una pareja no, no puedes, aunque sea una pareja nueva, si es que tu en la entrevista en la matrona dices que estas con una pareja estable ya no calificai pa' la PrEP po»

(Entrevistado N°4, usuario)



Otra barrera de acceso que describen los entrevistados es la poca difusión del programa junto con especialistas poco informados. Las entrevistas dan cuenta de algunas experiencias poco satisfactorias con los/as profesionales dentro de los servicios de salud; en donde estos dieron información errónea, poco clara, o que inclusive desconocían del programa en su totalidad. Gran parte de los trabajadores de la salud desconocen la ubicación del programa dentro de los hospitales que la distribuyen, lo que también dificulta el acceso por parte de los participantes.

«...el médico que estaba de turno no entendía en qué consistía el programa, él no podía entender cómo yo tomaba PrEP y era VIH negativo. Entonces, definitivamente la educación tiene que ir más que nada orientada a los profesionales que atienden»

(Entrevistado N°3, usuario)



«...en realidad no tienen idea de nada, les dije a los doctores ‹vengo porque quiero PrEP› y el tipo me dijo así como ‹¿qué es PrEP?, ¿los da el gobierno?›, así muy poco instruido»

(Entrevistado N°5, usuario)

Queda la impresión de un escaso manejo de información por parte de los profesionales del área de la salud, generando situaciones de incomodidad hacia los usuarios, lo que puede traducirse en obstáculos para acceder al programa y/o tratos estigmatizadores.

Por último, si bien la gratuidad del programa fue un incentivo para su acceso, los entrevistados sí mencionan altos costos en tiempo. Sólo 8 centros de salud distribuyen actualmente el PrEP y, considerando la saturación del sistema público de salud, casi todos los entrevistados refieren tener que destinar un día completo para retirar las dosis. Estas cuestiones muchas veces desincentivan la continuidad con el tratamiento, razón por la cual los entrevistados proponen la idea de aliviar la carga de la UNACESS distribuyendo el programa en otros lugares.

Falta de capacitación

Los entrevistados fueron enfáticos en que tanto la información entregada como la capacitación de lo/as especialistas son los dos aspectos centrales en los cuales el programa falla. Tal como se comentó anteriormente, los entrevistados tienen la impresión de que no sólo la información entregada a los posibles beneficiarios es insuficiente, además lo/as especialistas de atención primaria no se encuentran debidamente capacitados, reforzando la sensación de estigmatización que describen los usuarios.



«(...) definitivamente, la educación tiene que ir más que nada orientada a los profesionales que atienden y al equipo de salud porque se generó un escándalo porque ellos pensaban que yo no les había comentado que era VIH positivo, porque no lo era, ¿me entiendes? (...) me retaron, me dijeron: ‹Tú tienes que decir cuando entres que tomas esto› (...) ‹pero por qué tomai PrEP si tú eri VIH negativo› y yo les decía ‹Es a modo de prevención› y no entendía cómo un médico no era capaz de entender que existía ese programa y yo mismo le tuve que explicar cuál era el programa»

(Entrevistado N°3, usuario)

A su vez, los entrevistados refieren que es frecuente encontrar profesionales que no utilizan un lenguaje adecuado durante la entrevista de ingreso o durante las sesiones de seguimiento:



«..recuerdo que la matrona tenía mm...errores de vocabulario hablaba como de sida de que si te sale positivo es que tienes sida y cosas por el estilo...»

(Entrevistado N°1, usuario)

Otra evidencia de la falta de preparación que tienen lo/as profesionales médicos es la reproducción y promoción de los estigmas relacionados a la PrEP. En la siguiente cita es posible demostrar la intención de esconder y ocultar la toma del medicamento, fomentando el pudor y la inseguridad de los usuarios:



«(...) y también con la infectóloga que fue parte de mi tratamiento(...) me dijo una frase que consistía en ‹Tómatelo cuando nadie te vea› y yo quedé así como qué, ¿y por qué me daría vergüenza de tomar PrEP? Si yo me lo tomo delante de mi mamá no tengo vergüenza de prevenir o hacerte sentir avergonzado de que tú estás previniendo algo, es complicado, así como ‹ponte el condón en el baño solo›, qué onda»

(Entrevistado N°3, usuario).

Discontinuidad en el tratamiento

Si bien la interrupción del tratamiento en ninguno de los casos fue total, los entrevistados relataron que tuvieron ausencias prolongadas por más de dos meses. Las razones guardan relación con el temor de las personas a contagiarse del Covid–19, por lo que no asistieron a retirar el medicamento, como al cambio en la calendarización de los chequeos de un formato mensual a uno trimestral.



«(...)En marzo sí, me lo suspendieron en febrero, marzo, parece. Dos meses sin PrEP, me suspendieron el PrEP y después me lo comenzaron a dar otra vez»

(Entrevistado Nª5, usuario)

Si bien los entrevistados comprendían que los efectos de la pandemia no eran algo previsible, les dejó la impresión de que el programa había quedado en un segundo plano, preocupándoles la ausencia de seguimiento telefónico y las posibles consecuencias físicas producto del truncamiento en el tratamiento.

Otra debilidad descrita por los entrevistados es la falta de seguimiento a usuarios que hayan abandonado el programa, sin indagar en las razones o causas de su de su deserción.



«(...) el hospital si bien tiene mis datos - pertenezco al área de dermatología - hasta el día de hoy que dejé el tratamiento nunca se han comunicado conmigo, nunca me han llamado preguntado por qué dejé el tratamiento. Quizás ahora por el contexto de pandemia lo puedo entender, pero en ese tiempo cuando me devolví acá, lamentablemente el hospital no tuvo contacto conmigo acerca de por qué yo no fui más»

(Entrevistado Nº3, usuario)

V. Fortalezas del programa

Si bien el impacto del programa aún no ha sido medido, el reporte de los entrevistados da cuenta de una percepción global positiva con beneficios en distintas dimensiones de su vida. La percepción de eficacia del tratamiento y la conformidad global con el programa destacan como una de sus principales fortalezas. Al respecto los usuarios refieren haber recuperado la sensación de control y seguridad respecto de su vida sexual, mejorando su calidad de vida.

Dentro de las fortalezas se destaca, también, el diseño del programa. Al incluir un seguimiento sistemático mediante controles de salud y realización de exámenes de pesquisa para otras ITS, promueve entre sus usuarios una actitud de prevención, algo que independiente del efecto mismo del tratamiento transfiere conductas de autocuidado que pueden ser difundidas en sus propios entornos.

De esta manera, se concluye que el programa genera condiciones de posibilidad para que sus usuarios vivan su sexualidad con mayor seguridad y confianza, a la vez que promueve y refuerza conductas activas de autocuidado y responsabilidad consigo mismo y los demás.

VI. Recomendaciones

A su vez, se incorporó información levantada de una entrevista que le realizamos a Antón Castellanos Usigli, experto en programas internacionales de prevención, específicamente en la implementación de la PrEP.

1. Mejorar la difusión del programa y el tratamiento de la PrEP

Una de las principales barreras para acceder al programa responde a la falta de difusión e información respecto del programa y del tratamiento.

Para ello, se sugiere realizar campañas de prevención que den cuenta de las diversas alternativas que existen para promover el autocuidado y la sexualidad consciente y responsable. Los entrevistados sugieren diversificar los mensajes y no centrarlos, como tradicionalmente se hace, en el uso del condón de pene o en el testeo rápido.

En relación con la reducción del estigma asociado a la PrEP y el VIH, si bien Castellanos afirma que alcanzar un cambio cultural a nivel macro requiere de una serie de acciones y actores involucrados a largo plazo, recomienda volver a lo simple, a lo micro y cercano. Según su experiencia, una de las medidas más efectivas fue la difusión del programa en redes sociales. A través de aplicaciones de citas y la difusión del programa en las redes sociales de personas conocidas de la comunidad LGBTIQ+, fue posible reducir el estigma, al menos, en la propia comunidad, generando, en efecto, una reducción del estigma que existía hacia el programa y permitiendo con los años una mayor participación de usuario/as en este. Al hacerlo es recomendable asociarse con distintas organizaciones sociales para potenciar su alcance.

2. Visibilizar la gratuidad del programa

Vinculado al punto anterior, y acorde a las observaciones de Antón Castellanos Usigli, es fundamental recalcar y difundir la gratuidad del programa de PrEP. Los usuarios refieren que existen prejuicios sobre el programa, como que es costoso y sólo algunos pueden acceder. Difundir su gratuidad y pertenencia a FONASA favorecería su transversalización.

3. Desarrollar capacitaciones continuas al personal de salud y administrativo

Es fundamental que los/as profesionales de la salud en los hospitales que distribuyen la PrEP sean constantemente capacitado/as para mejorar el trato y la atención a los usuario/as.

Por un lado, es necesario que los/as profesionales de salud estén capacitados/as en sexualidad, DDHH y estén al tanto del marco de estigma y discriminación al que se enfrentan las personas con VIH. Con ello, se espera que los/as profesionales de salud utilicen un lenguaje libre de estigmas desplegando una actitud no discriminatoria e inclusiva.

Se recomienda que la capacitación sea continua y transversal. Castellanos hace alusión al ‹capacity building›, traducida como el desarrollo de habilidades/capacidad al interior de los equipos de salud. Castellanos describe que se debe tener principal hincapié en que la formación profesional debe comenzar desde el trato otorgado en las mesas de recepción, como de los profesionales médicos. En concreto, ejemplifica que una de las mejores medidas que han adoptado ha sido que miembros de la comunidad LGBTIQ+ trabajen como consejeros dentro del programa, logrando no solo una mayor apertura y comunicación efectiva entre usuario/as y ejecutore/as del programa, sino también potenciando la seguridad y confianza en el tratamiento mediante consejerías y acompañamientos a lo largo del programa, destacando la importancia de la continuidad de estas instancias.

4. Instalar un proceso de retroalimentación desde los/as usuarios/as

El programa hasta ahora no cuenta con una dimensión de retroalimentación por parte de lo/as usuario/

as. Es recomendable promover algún espacio o instrumento que permita a los/as usuarios/as entregar una evaluación de su experiencia y a partir de ello, poder entregársela a los/as profesionales de salud y personal administrativo para mejorar la oferta y los servicios entregados. Dicha evaluación puede realizarse como una encuesta digital breve.

Una de las medidas más efectivas para mejorar la atención entregada en el programa es la aplicación de encuestas de satisfacción luego de cada procedimiento del programa. Así es posible conocer la experiencia de los/as usuarios/as y la calificación tanto del trato otorgado como de los procedimientos realizados. De manera que no solo se realicen los procedimientos, sino que también estos tengan un monitoreo que permita mejorar la calidad de la atención.

5. Acomodar los protocolos de ingreso al programa

Los relatos de los usuarios dan cuenta de requisitos rígidos que no se ajustan necesariamente a la realidad de las personas que buscan y solicitan la PrEP.

Debe pensarse el ingreso no como una lista de chequeo, sino como una entrevista en profundidad con los usuario/as para reconocer sus demandas e inquietudes y evaluar si la PrEP responde a las necesidades e intereses específicos de quienes consultan.

6. Realizar un seguimiento y monitoreo de quienes abandonan el programa

Es crucial que el programa se contacte con quienes abandonaron el programa para poder obtener información respecto a las razones de abandono del programa.

7. Diversificar los lugares que entregan/distribuyen la PrEP

Un aspecto importante que puede ayudar a reducir el estigma y la discriminación entre quienes toman o quieren tomar PrEP, es desplazar la entrega del medicamento a otros niveles de atención de salud, como la atención primaria de salud, o mediante organizaciones sociales. Esto, a su vez, puede ayudar a descomprimir los servicios de salud y agilizar los procesos de distribución y seguimiento; ambas necesidades importantes que persisten insatisfechas en el programa.
Hasta que la PrEP pueda ser distribuida en otros niveles de atención de salud, como la atención primaria, o a través de organizaciones sociales, se sugiere extender el número de hospitales que distribuyen la PrEP, así como el número de regiones.

CONCLUSIONES

La presente investigación recoge y visibiliza la percepción y experiencias de un grupo de usuarios del programa PrEP en distintas regiones del país. Es un estudio innovador en tanto no existen investigaciones en Chile que levanten información sustantiva desde la voz de los usuarios de los servicios de salud respecto a este tema. Este documento reúne y sintetiza las experiencias y recomendaciones de los usuarios, que puede ser relevante para las próximas etapas del programa.

Los usuarios valoraron positivamente el efecto que el tratamiento ha tenido en sus vidas y recomiendan hacerse cargo de sus falencias para ampliar la cobertura la lo largo de la población. La PrEP es una estrategia de prevención efectiva en cuanto a la interrupción de la transmisibilidad del VIH, pero también en tanto promueve una actitud de autocuidado, seguridad y confianza respecto de la propia sexualidad.

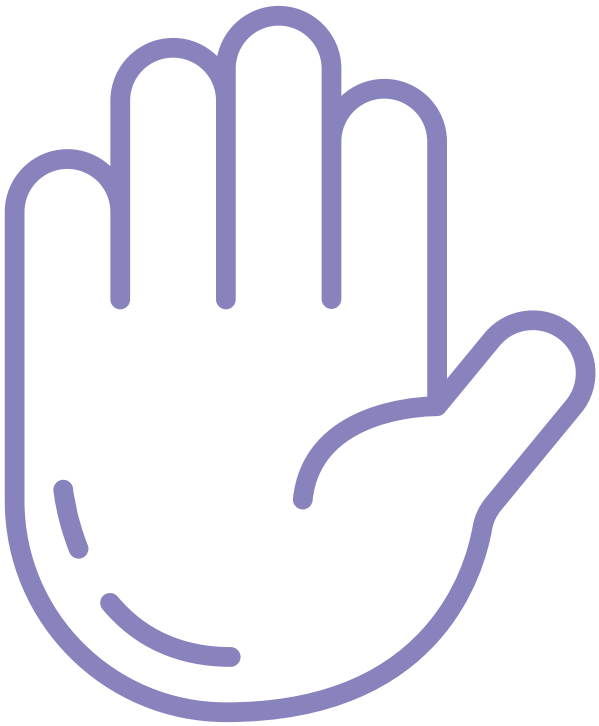
El llamado que se hace es a continuar la investigación respecto a esta temática y generar contenido desde la evidencia, fomentando discursos científicos y sociales libres de estigmas y preconcepciones poco objetivas respecto de la salud y el bienestar sexual de todas las personas.

ANEXOS

TABLA N°1: CARACTERIZACIÓN USUARIOS ENTREVISTADOS

ENTREVISTADO	EDAD	REGIÓN	PERMANENCIA EN EL PROGRAMA
Entrevistado N°1	22 años	Metropolitana	Continúa en el programa
Entrevistado N°2	34 años	La Araucanía	Continúa en el programa
Entrevistado N°3	26 años	Tarapacá	Abandonó el programa
Entrevistado N°4	27 años	Metropolitana	Abandonó el programa
Entrevistado N°5	26 años	Metropolitana	Continúa en el programa
Entrevistado N°6	27 años	Antofagasta	Continúa en el programa

***Fuente**: Elaboración propia*



Parte II

Violencias de Género

Dinámicas vinculares en los hogares chilenos durante la pandemia del Covid-19

Stephanie Otth Varnava[98], *M. Pía Larraín Bórquez*[99], *Javiera Celis Delard*[100], *Rocío Saavedra Isella*[101]

[98] Stephanie Otth Varnava, MA Gender, Society and Representation UCL, Londres, Psicóloga Universidad Católica de Chile. Coordinadora Área Investigación y Capacitación Corporación Miles.
[99] María Pía Larraín Bórquez, licenciada en Socióloga Pontificia Universidad Católica de Chile.
[100] Javiera Celis Delard, Socióloga de la Pontificia Universidad Católica. Pasante área investigación Corporación Miles.
[101] Rocío Saavedra Isella, Socióloga Universidad Diego Portales. Pasante área investigación Corporación Miles.

La violencia por razones de género es un fenómeno social que atraviesa de manera más o menos transversal a las sociedades. La naturalización de los estereotipos e inequidades de género sostienen una cultura de discriminación, injusticia y de vulneración de los derechos de las mujeres, niñas y otros grupos menos representados.

En Chile, las cifras de violencia de género son preocupantes. Según la última Encuesta de Violencia contra la Mujer, en el ámbito de violencia intrafamiliar y en otros espacios realizada por la Subsecretaria de Prevención del Delito durante el 2020, el número de mujeres que reconoce haber vivido alguna situación de violencia a lo largo de su vida ha aumentado en los últimos años; pasando de un 32,6% en el 2012 a un 38,2% en el 2017 a un actual 41,4% durante el 2020. Las variaciones que se han identificado en los últimos años son estadísticamente significativas, dejando en evidencia un incremento no sólo en la violencia a lo largo del curso de la vida de las personas, sino además un aumento de las situaciones de violencia durante el último año.

La violencia psicológica es la principal experiencia de violencia que viven las mujeres, llegando al 20% de las violencias registradas, seguida por la física y la violencia sexual. En función a la edad, a datos del 2020 el rango etario que percibió mayor violencia intrafamiliar fueron las personas entre los 19 y 25 años (34,5% el 2020), aumentando de manera significativa entre el año 2017 y 2020.

Según esta misma encuesta, 9 regiones de 15 tuvieron incrementos significativos en la percepción de VIF general entre 2017 y 2020. A datos del 2020, las regiones de mayor percepción de VIF general fueron: en primer lugar, la Región de Coquimbo 29,5%, en segundo lugar la Región de Arica y Parinacota 29,0% y en tercer lugar, la Región de Tarapacá 26,4%.

Varios análisis han vinculado la autonomía de las mujeres a las violencias a las que muchas son sometidas. A propósito de lo anterior, es relevante observar la autonomía de tiempo y de recursos económicos de las mujeres previo a la pandemia. Según la Encuesta Nacional de Uso del Tiempo del año 2015, las mujeres destinan en promedio 3 horas más que los hombres al conjunto de actividades de trabajo no remunerado; tanto al trabajo doméstico del cuidado de integrantes del hogar, como al trabajo no remunerado en otros hogares de carácter comunitario y voluntario.

Cabe agregar que el trabajo no remunerado en el sexo femenino opera independientemente del vínculo que se mantenga con el mercado laboral. Es decir, si se considera la carga total de trabajo durante un día de semana (tomando en cuenta el trabajo remunerado y no remunerado) la brecha se mantiene: las mujeres ‹ocupadas› destinan en promedio 11,5 horas diarias al trabajo, mientras que lo hombres, en la misma situación, no supera las 9,8 horas diarias.

Factores como el rango etario y el nivel educacional de las personas permite dar cuenta que independiente de estos el trabajo doméstico y de cuidados no remunerados siempre recaerá en gran medida en las mujeres. Si bien se destacan ciertos hallazgos relevantes, como el hecho de que las mayores diferencias destinadas al trabajo no remunerado entre hombres y mujeres se producen en tramos de edad intermedios, entre los 25 a 45 años y los 46 a 65 años y que las bre-

chas en la tasa de participación disminuyen en las personas con mayor nivel educacional, siempre la mujer alcanza una carga horaria que tiende a doblar la carga horaria masculina.

Siguiendo el estudio Cuánto Aportamos al PIB de Comunidad Mujer, es posible constatar que al estimar el valor de las tareas de trabajo doméstico y de cuidado no remunerado que realizan las personas en Chile (el cual es desarrollado mayoritariamente por mujeres alcanzando un 71,1%) este equivaldría a un 22% del PIB Ampliado, lo cual supera todas las ramas de actividad económica. Llevándolo a la cantidad de horas de trabajo, las horas de trabajo doméstico y de cuidado equivalen al 53% del tiempo total dedicado a las actividades productivas que realiza la población durante un año. De manera que el reparto desigual de tareas domésticas y de cuidado no solo genera que prácticamente sea el sexo femenino el único responsable de ese ámbito de la vida, sino que existan barreras en el acceso al trabajo y el desarrollo profesional de las mujeres.

Lo anterior puede evidenciarse a partir de los datos de la Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional del año 2017; el 71,6% de los hombres de 15 años o más se encontraba inserto en el mercado laboral, mientras que sólo un 48,9% de las mujeres lo estaba. Así, del total de mujeres 'inactivas', un 38% lo está por no poder conciliar la actividad remunerada con las tareas domésticas y de cuidado. Mientras que para los hombres, esta cifra no supera el 2,1%.

Según la Encuesta de Ocupación y Desocupación (EOD), realizada por el Centro de Microdatos de la Facultad de Economía y Negocios de la Universidad de Chile, dio cuenta que en marzo de 2020 la tasa de desempleo en Santiago fue de 15,6%, la más alta registrada en los últimos 20 años. El análisis por género dio cuenta que en los hombres en edad de trabajar solo un 68% lo estaba haciendo, mientras que solo un 46,1% de las mujeres participaban en el mercado laboral. Además, se estableció en el estudio que en los últimos 12 meses la tasa de participación femenina disminuyó en un 6,3%, mientras que la masculina solo disminuyó un 3,8%. Además, se estableció que en los últimos 12 meses, la tasa de participación había disminuido en 3,8 puntos porcentuales, mientras que la femenina, 6,3.

La baja tasa de participación laboral de las mujeres en contextos de crisis da cuenta de la responsabilidad doméstica y de cuidado que estas poseen de manera inherente dentro de la sociedad. La poca autonomía de las mujeres muchas veces las posiciona en un lugar complejo respecto de sus vínculos, viéndose en situaciones de dependencia (económica y emocional) que vuelve complejo problematizar algunas de las experiencias vividas.

Teniendo en consideración lo anterior, es preocupante lo que ha generado la pandemia del Covid–19 respecto de las situaciones de violencia al interior (y también fuera) de los hogares chilenos. Según lo informado por el MINMUJEG, uno de los primeros fenómenos observados guardó relación con un aumento significativo en las llamadas que realizaron las personas a los teléfonos de orientación (1455). Este ministerio ha informado un aumento de un 64% en el total de llamadas respecto del año 2019. Sin embargo, al comparar las cifras de enero a junio de 2020, con el mismo período del año pasado, la denuncia de delitos contra la mujer ha disminuido en un 25% en la Región Metropolitana[102].

Estos antecedentes movilizaron la necesidad de levantar información actualizada respecto de las dinámicas vinculares que han estado ocurriendo durante la pandemia del Covid–19 en el país. Durante el segundo semestre del 2020, Corporación Miles junto con el Centro de Estudios de la Mujer (CEM) realizó una investigación para conocer las experiencias de las personas al interior de sus hogares durante los meses de confinamiento, sus principales preocupaciones, dificultades y posibles experiencias de violencia.

[102] Información pública obtenida en el centro de estudios y análisis del delito (CEAD) en http://cead.spd.gov.cl/estadisticas-delictuales/

«La investigación Dinámicas vinculares en los hogares durante la oandemia Covid–19 en Chile tiene por objetivo analizar las situaciones de violencia de género que las personas han experimentado al interior de sus hogares durante la pandemia»

PRESENTACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

En septiembre de 2020, Corporación Miles con la colaboración del Centro de Estudios de la Mujer (CEM), realizó un estudio para conocer cómo han sido las dinámicas de las personas al interior del hogar durante la pandemia del Covid–19.

La investigación Dinámicas vinculares en los hogares durante la pandemia del Covid–19 en Chile[103] tiene por objetivo analizar las situaciones de violencia de género que las personas han experimentado al interior de sus hogares durante la pandemia y conocer las estrategias que utilizaron para abordarlas.

Para ello, se establecieron como objetivos específicos analizar las redes de apoyo de las personas (tanto personales como institucionales), caracterizar su utilización y nivel de satisfacción. Así, por ejemplo, el estudio levanta información sobre el nivel de conocimiento de los programas y servicios que tiene el estado para dar respuesta a la violencia de género y la evaluación que las personas tienen de ellos.

Ficha técnica

Características del instrumento

Encuesta online auto–administrada

Fecha de aplicación

Entre el 7 y el 21 de septiembre 2020

Número de personas encuestadas

470 personas

Muestreo

Por conveniencia o accidental

La encuesta fue difundida principalmente a través de redes sociales, como Instagram y WhatsApp, lo que puede implicar que fuera contestada por quienes tienen mayor acceso a Internet y familiaridad con las temáticas de género.

[103] Esta investigación fue inspirada por un estudio similar realizado por la consultora Nómades en Uruguay. El equipo de investigación de Nómades asesoró las primeras etapas del presente estudio y compartió información valiosa para el diseño del instrumento.

Características de la muestra

El 94% de las personas que contestaron la encuesta se identifican con el género femenino y un 72% como heterosexuales, un 24% se reconoce como perteneciente a la comunidad LGBTIQ+. Las edades de quienes participaron oscilan entre los 19 y 29 años (59%), siendo el promedio de edad 26,5 años. Un 64% del total vive en la Región Metropolitana y el 36% en otras regiones, principalmente en la Región de Valparaíso. En esta línea, casi el total de las encuestadas vive en sectores urbanos (92%) y sólo el 8% en áreas rurales. Lo anterior da cuenta que las personas participantes se encuentran, probablemente, cercanas a servicios e instituciones públicos y/o privados.

El 47% de la muestra tiene como último o actual nivel educacional la formación universitaria y en segundo lugar la educación media (33%). En esta línea, la principal ocupación de las participantes del estudio es «estudiante» (40%), seguida por «trabajadoras que reciben remuneración económica» (38%), por lo que se trata de una muestra con acceso a la educación y recursos económicos propios.

La mayoría de las personas no se reconoce en alguna situación de discapacidad sea permanente o transitoria. Solo un 15% refiere dificultades en la visión.

Por otra parte, el 12% del total de la muestra se identifica como perteneciente a algún pueblo originario, principalmente al pueblo mapuche (9%).

Un 65% de quienes contestaron la encuesta no tiene bajo su responsabilidad el cuidado de terceras personas, sean niño/as o adulto/as en situación de dependencia. Del 35% que sí se encuentra en esta situación, la mayoría tiene bajo su responsabilidad niño/as entre 0–12 años que requieren responsabilidades de cuidado, crianza y educación.

GÉNERO FEMENINO **94%**

HETEROSEXUAL **72%**

19 A 29 AÑOS **59%**

REGIÓN METROPOLITANA **64%**

FORMACIÓN UNIVERSITARIA **47%**

EDUCACIÓN MEDIA **33%**

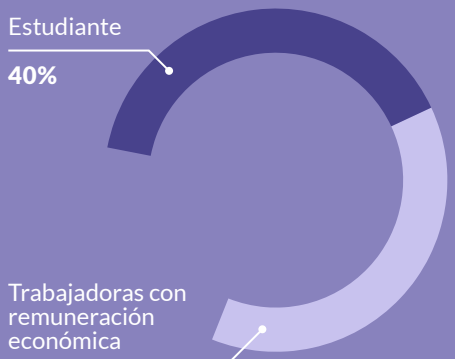
OTRAS REGIONES **36%**



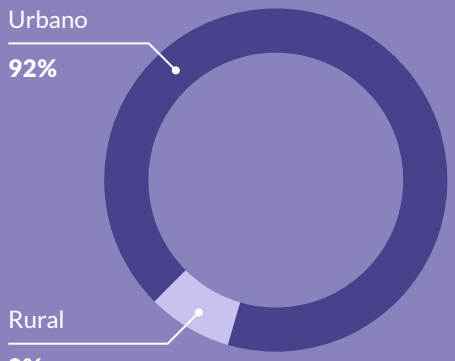
1 de cada 3 personas tiene a alguien bajo su cuidado *(niño/a u otra persona en situación de discapacidad)*



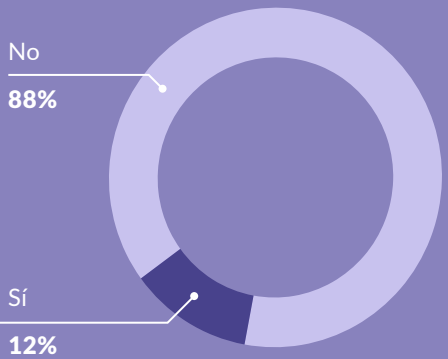
SEGÚN OCUPACIÓN



SEGÚN TIPO DE SECTOR DONDE VIVE



SEGÚN SI SE IDENTIFICA COMO PERTENECIENTE A PUEBLO ORIGINARIO



1 de cada 10 se identifica como mapuche

RESULTADOS

Estados de ánimo y principales preocupaciones durante la pandemia

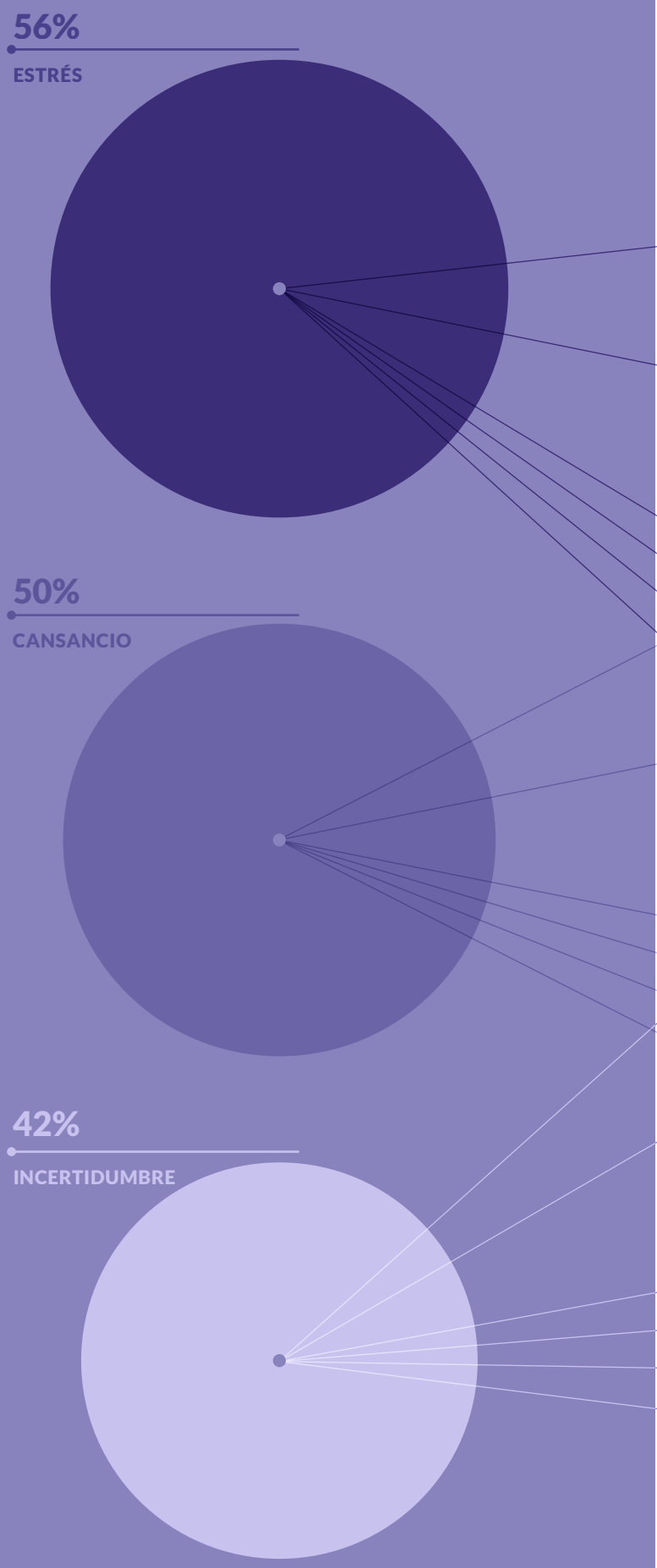
En relación con los estados de ánimo que han predominado durante la pandemia se constató que entre quienes contestaron la encuesta ha prevalecido el estrés (56%), el cansancio (50%) y la incertidumbre (42%). Si bien puede ser esperable que las personas atraviesen este tipo de emociones, producto de estar viviendo un hecho imprevisto, estas emociones sostenidas en el tiempo pueden afectar el bienestar basal e interferir en la capacidad que tienen las personas para afrontar situaciones propias de la vida cotidiana.

Es relevante señalar que el estrés se manifiesta con mayor prevalencia entre lo/as estudiantes que en personas con otras ocupaciones (67%), así como en personas que tienen bajo su responsabilidad a un tercero (niño/as y/o otras personas en situación de dependencia) (58%).

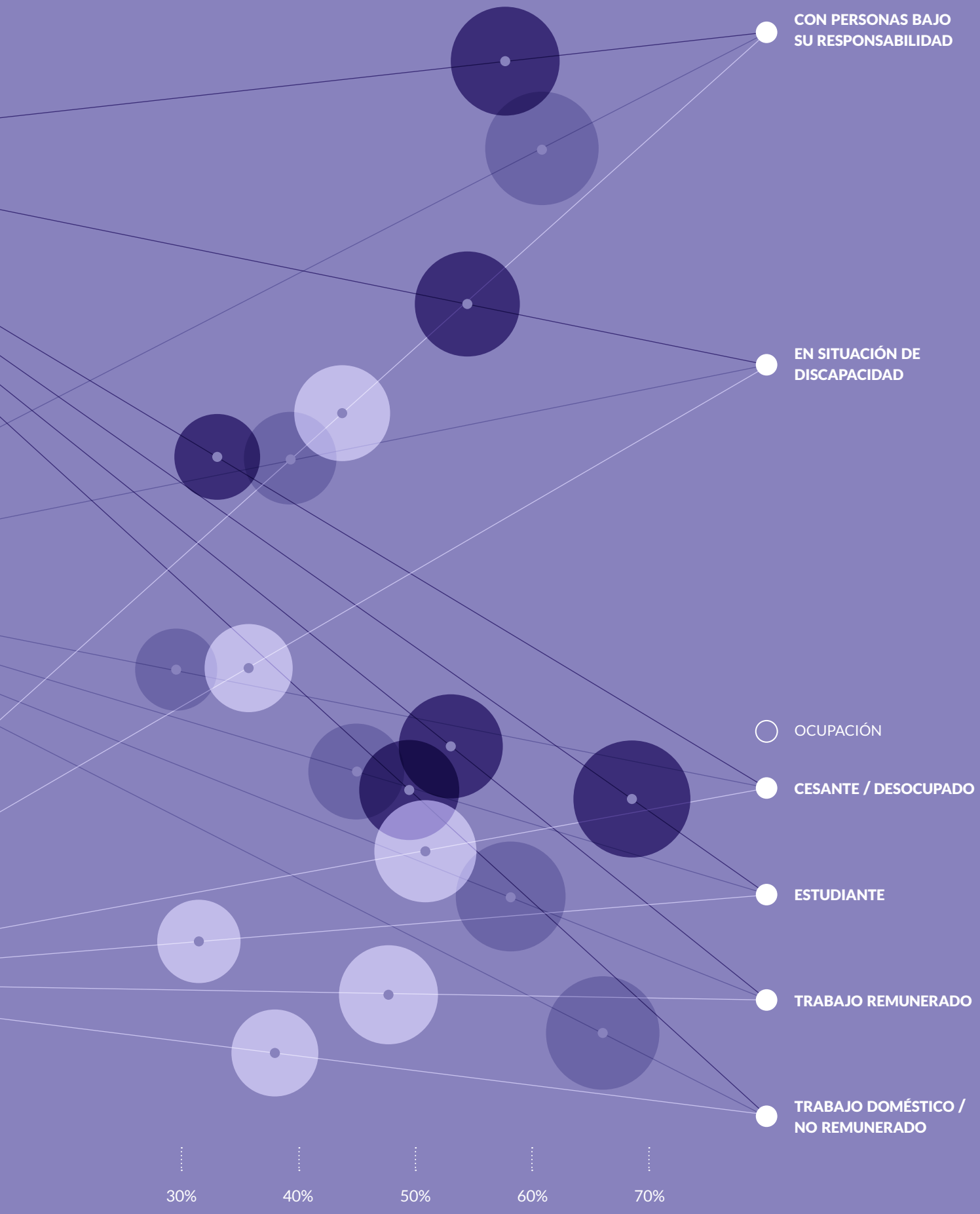
Por su parte, las personas que refirieron estar atravesando cuadros intensos de cansancio son principalmente aquellas que tienen alguien bajo su responsabilidad (63%) y aquellas que realizan labores de trabajo doméstico no remunerado (76%) versus, por ejemplo, lo/as estudiantes (45%) y quienes no tienen a terceros bajo su cuidado (43%).

Por último, no se encontraron mayores diferencias entre quienes han experimentado incertidumbre. Si bien este estado de ánimo se distribuye de manera transversal entre lo/as encuestado/as, predomina levemente entre quienes se encuentran cesantes o desocupado/as (51%).

Dentro de las principales preocupaciones que han atravesado las personas durante la pandemia destacan las dificultades para estudiar (47%), para conciliar vida personal con las demandas laborales (43%) y el temor a quedarse sin trabajo (24%). Si bien estas preocupaciones se distribuyen de manera homogénea entre quienes respondieron la encuesta, se destaca que son las mujeres que trabajan y que tienen bajo su responsabilidad a terceros quienes más dificultades refieren para conciliar la vida familiar o personal con las demandas laborales (71% y 65%, respectivamente). Lo anterior deja en evidencia que la pandemia ha tenido un impacto en la activación de redes de apoyo, ya sea personales y/o institucionales para abordar las responsabilidades de cuidado, educación y crianza de los niño/as; actividad que está siendo subsumida principalmente por las mujeres.



Porcentajes de prevalencia de estado de ánimo y/o preocupación según contexto social



¿Quienes declaran haber vivido una situación de violencia durante la pandemia?

Puesto que la violencia es un fenómeno complejo que no es sencillo de reconocer y reportar, en este estudio se utilizaron distintos tipos de preguntas para su evaluación. Por un lado, se consultó de manera explícita si acaso se reconocía haber vivido alguna situación de violencia durante el confinamiento y a qué tipo de violencia correspondía. Por otro lado, y de manera complementaria, se preguntó a las personas encuestadas si se sentían identificadas con determinadas situaciones (que aluden a situaciones de violencia). Estas respuestas permiten, de manera indirecta (es decir, sin el reconocimiento explícito de la encuestada), identificar la existencia de situaciones de violencia.

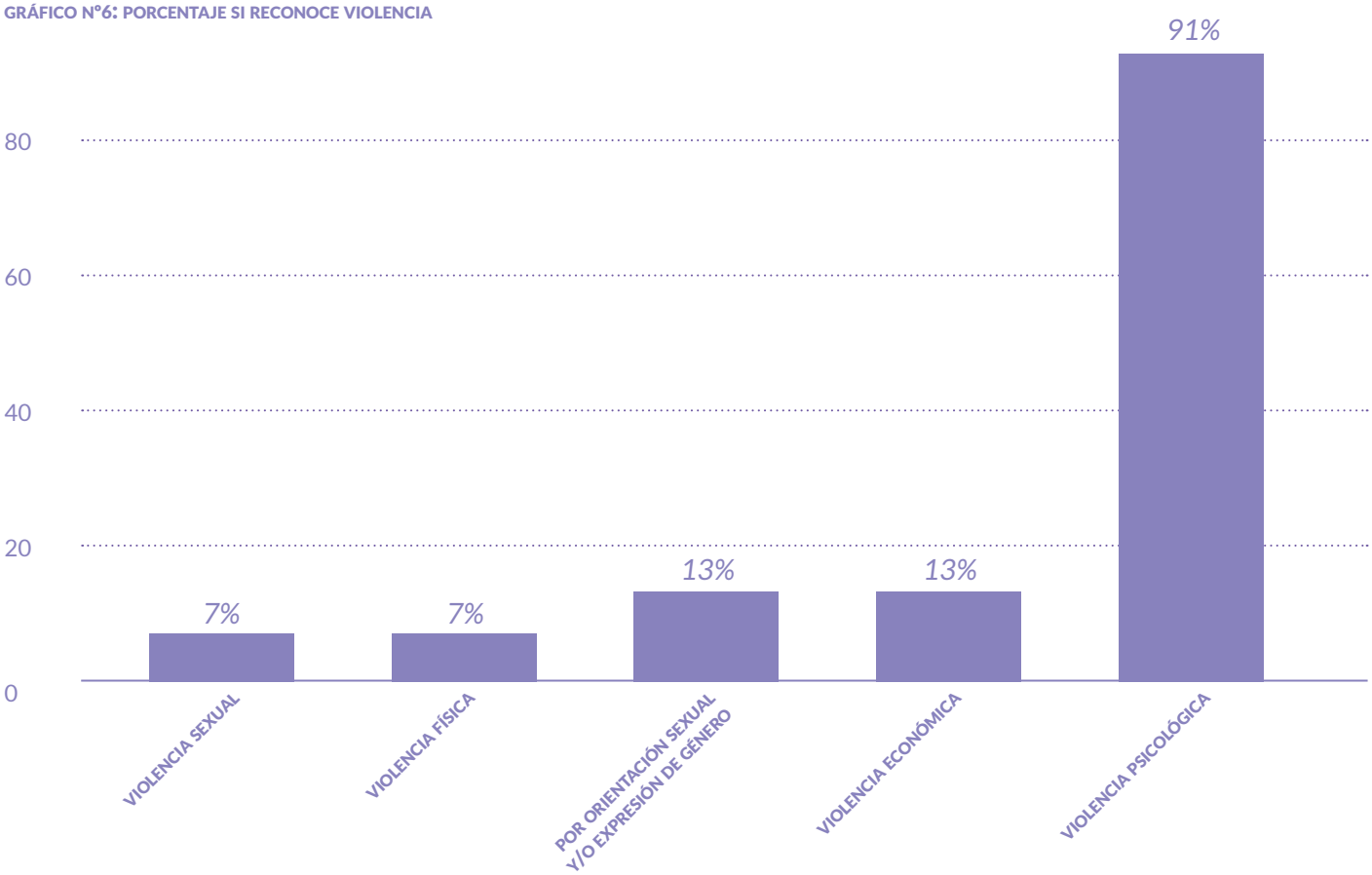
Así, al preguntar **explícitamente** si las personas reconocen haber sido víctimas de alguna violencia durante la pandemia, se observó que un 30% de las personas que respondieron la encuesta sí han experimentado este tipo de situaciones durante el confinamiento. El principal tipo de violencia que las personas reconocen es la de índole psicológica, seguidas por la económica, por expresión y/o identidad de género y finalmente de índole física y sexual.

Al analizar la pertenencia territorial de quienes refieren haber vivido violencia durante esta pandemia, son las personas de regiones distintas a la Región Metropolitana quienes evidencian mayor reconocimiento de violencia que quienes viven dentro de la RM (34% versus un 28%)

A su vez, quienes más reconocen experimentar violencia son aquellas personas que tienen como mayor nivel educacional alcanzado el nivel técnico profesional (42%), versus las personas con formación universitaria que no alcanza al 30%

No se presentan mayores diferencias respecto de la edad, aunque se observa una leve inclinación a que sean las personas más jóvenes quienes reconocen en mayor medida las situaciones de violencia.

GRÁFICO N°6: PORCENTAJE SI RECONOCE VIOLENCIA



Experiencias de violencia durante pandemia

Posteriormente, se les solicitó a las personas evaluar cuán cercanas o identificadas se sentían a distintas situaciones planteadas en la encuesta. Dichas situaciones corresponden a diversas expresiones o manifestaciones de violencia que se pueden haber suscitado al interior de los hogares durante la pandemia. Las respuestas de lo/as encuestado/as fueron organizadas en las siguientes dimensiones:

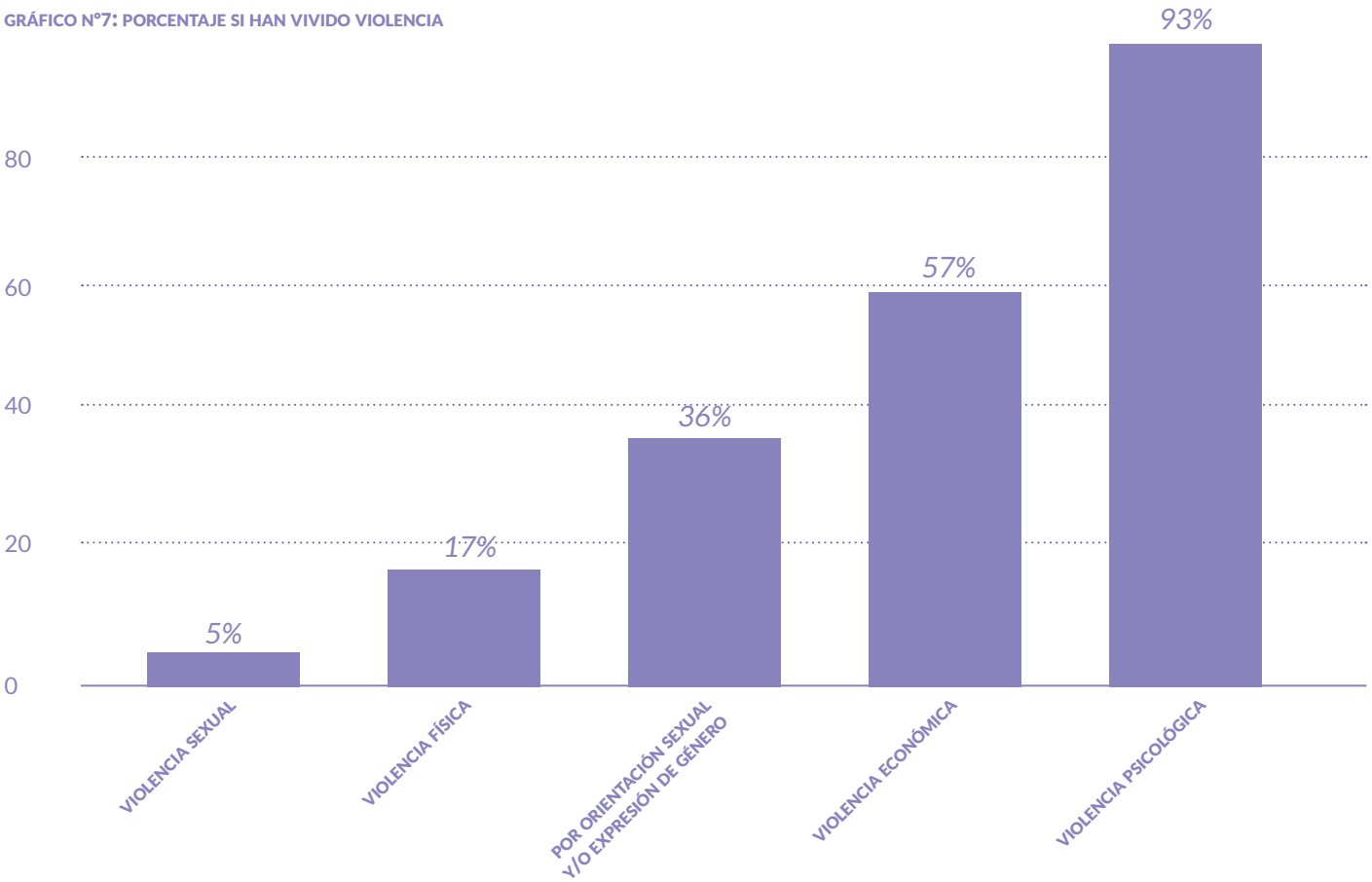
- Situaciones de violencia psicológica
- Situaciones de violencia económica
- Situaciones de violencia física
- Situaciones de violencia sexual
- Situaciones de violencia por la orientación sexual

Por otra parte, se solicitó a las personas encuestadas que señalen la frecuencia de ocurrencia de dichas situaciones, siendo éstas agrupadas en 3 categorías:

1. Nunca
2. A veces/habitualmente
3. Siempre

Al respecto, 432 personas refirió haber vivido al menos una de las situaciones planteadas. Esto es cerca del 92% de toda la muestra, tres veces más de los que pudieron reconocer explícitamente la violencia. La violencia psicológica es la más frecuente (93%), luego la económica (57%) y en tercer lugar por la orientación sexual y/o expresión de género (36%).

GRÁFICO N°7: PORCENTAJE SI HAN VIVIDO VIOLENCIA

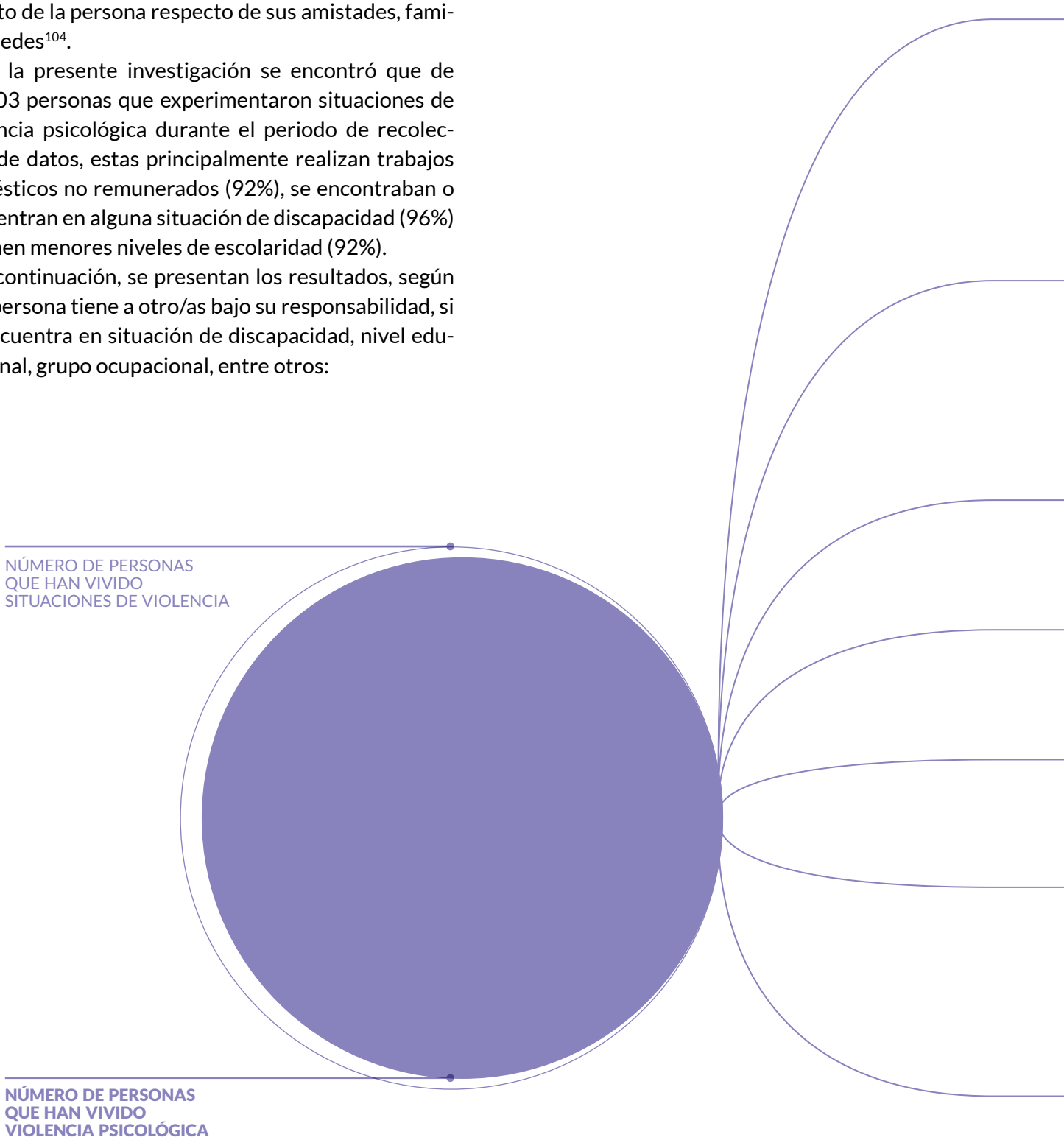


Violencia psicológica

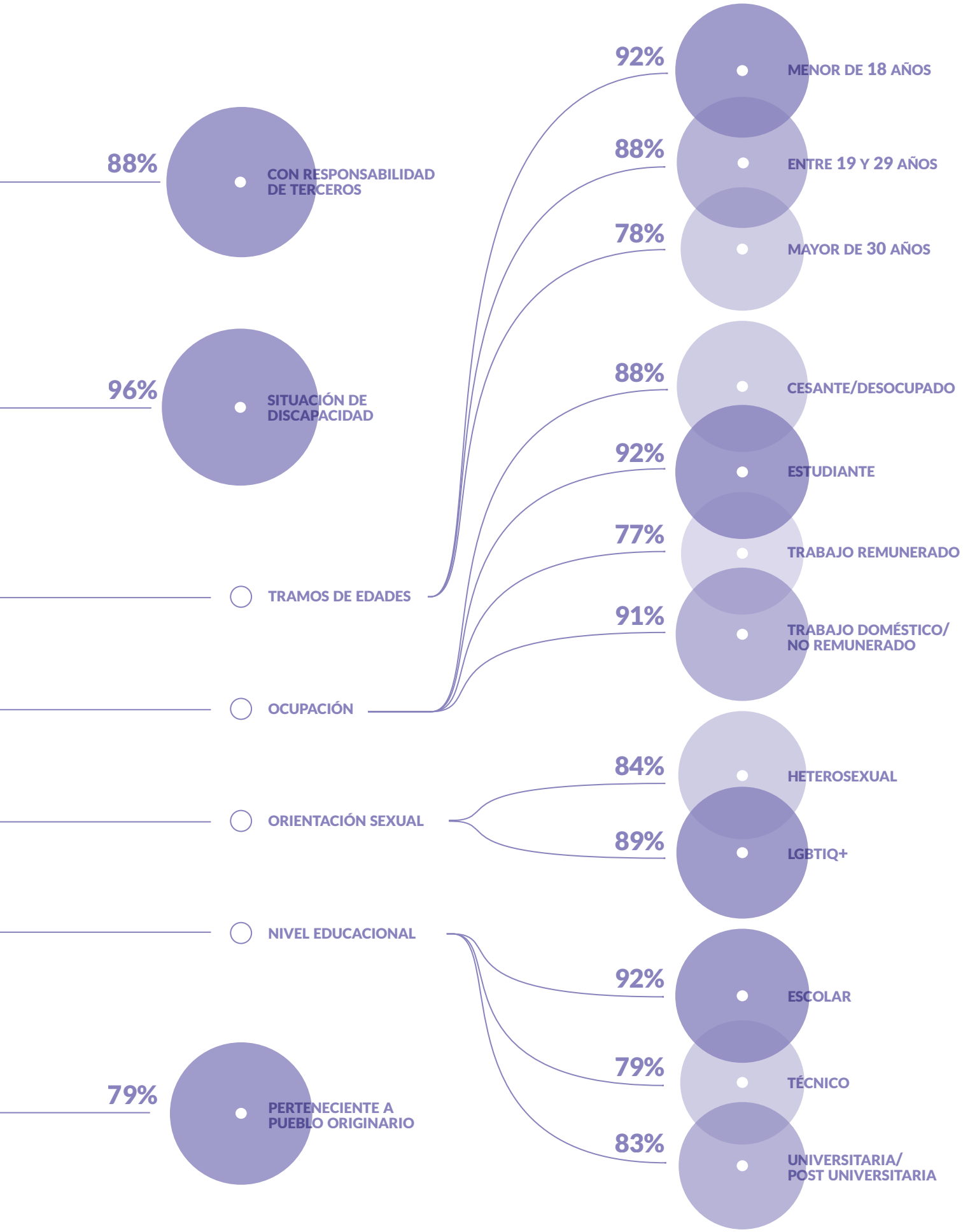
La violencia psicológica se entiende por la provocación de miedo en una persona mediante la intimidación, amenazas con causar daño físico a la víctima o alguien cercano o querido. Implica el sometimiento a un maltrato emocional, mediante el lenguaje o el aislamiento de la persona respecto de sus amistades, familia y redes[104].

En la presente investigación se encontró que de las 403 personas que experimentaron situaciones de violencia psicológica durante el periodo de recolección de datos, estas principalmente realizan trabajos domésticos no remunerados (92%), se encontraban o encuentran en alguna situación de discapacidad (96%) y tienen menores niveles de escolaridad (92%).

A continuación, se presentan los resultados, según si la persona tiene a otro/as bajo su responsabilidad, si se encuentra en situación de discapacidad, nivel educacional, grupo ocupacional, entre otros:



[104] https://www.unwomen.org/es/what-we-do/ending-violence-against-women/faqs/types-of-violence

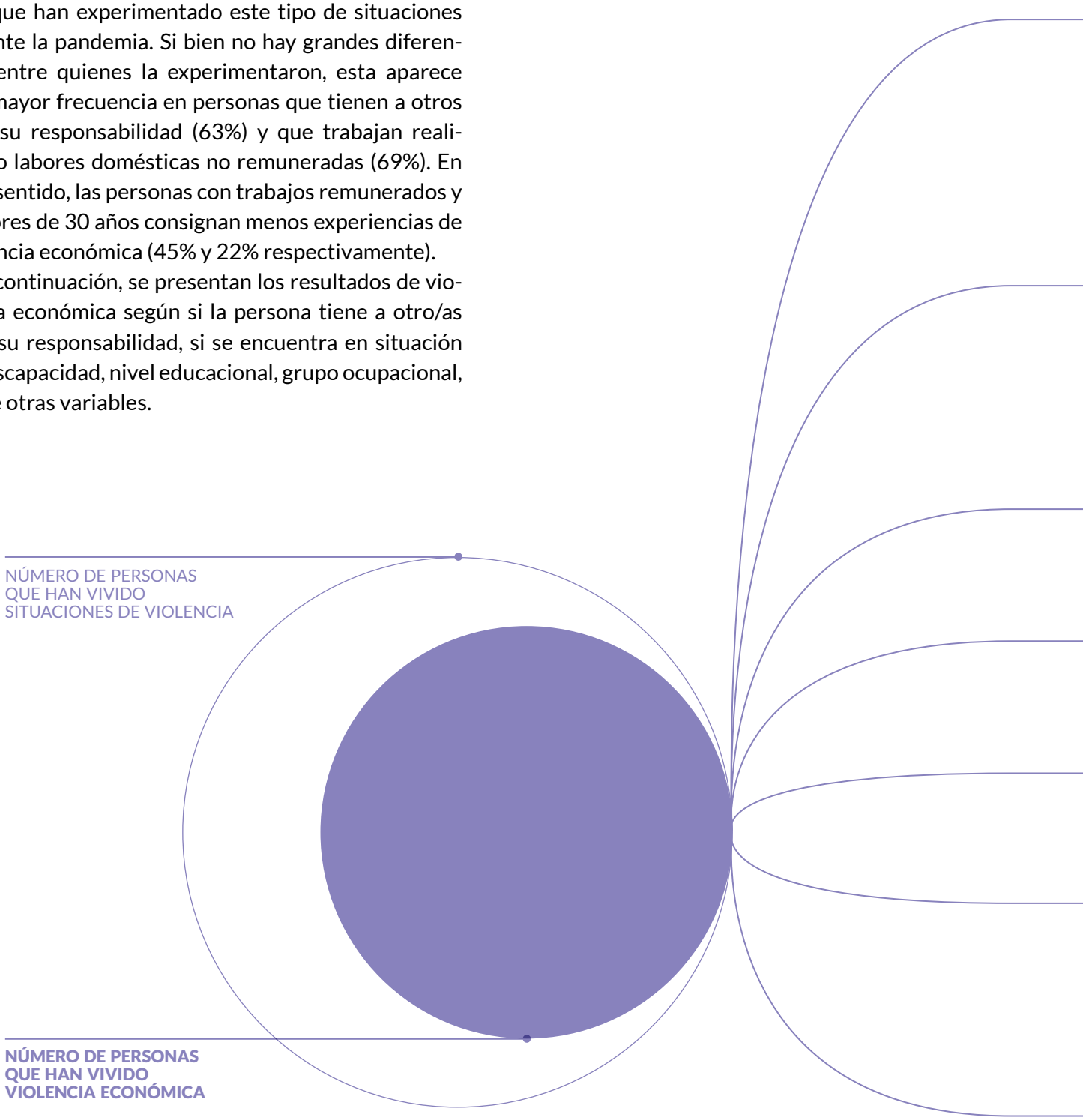

88%
CON RESPONSABILIDAD DE TERCEROS
96%
SITUACIÓN DE DISCAPACIDAD
TRAMOS DE EDADES
OCUPACIÓN
ORIENTACIÓN SEXUAL
NIVEL EDUCACIONAL
79%
PERTENECIENTE A PUEBLO ORIGINARIO
92%
MENOR DE 18 AÑOS
88%
ENTRE 19 Y 29 AÑOS
78%
MAYOR DE 30 AÑOS
88%
CESANTE/DESOCUPADO
92%
ESTUDIANTE
77%
TRABAJO REMUNERADO
91%
TRABAJO DOMÉSTICO/ NO REMUNERADO
84%
HETEROSEXUAL
89%
LGBTIQ+
92%
ESCOLAR
79%
TÉCNICO
83%
UNIVERSITARIA/ POST UNIVERSITARIA

Violencia económica

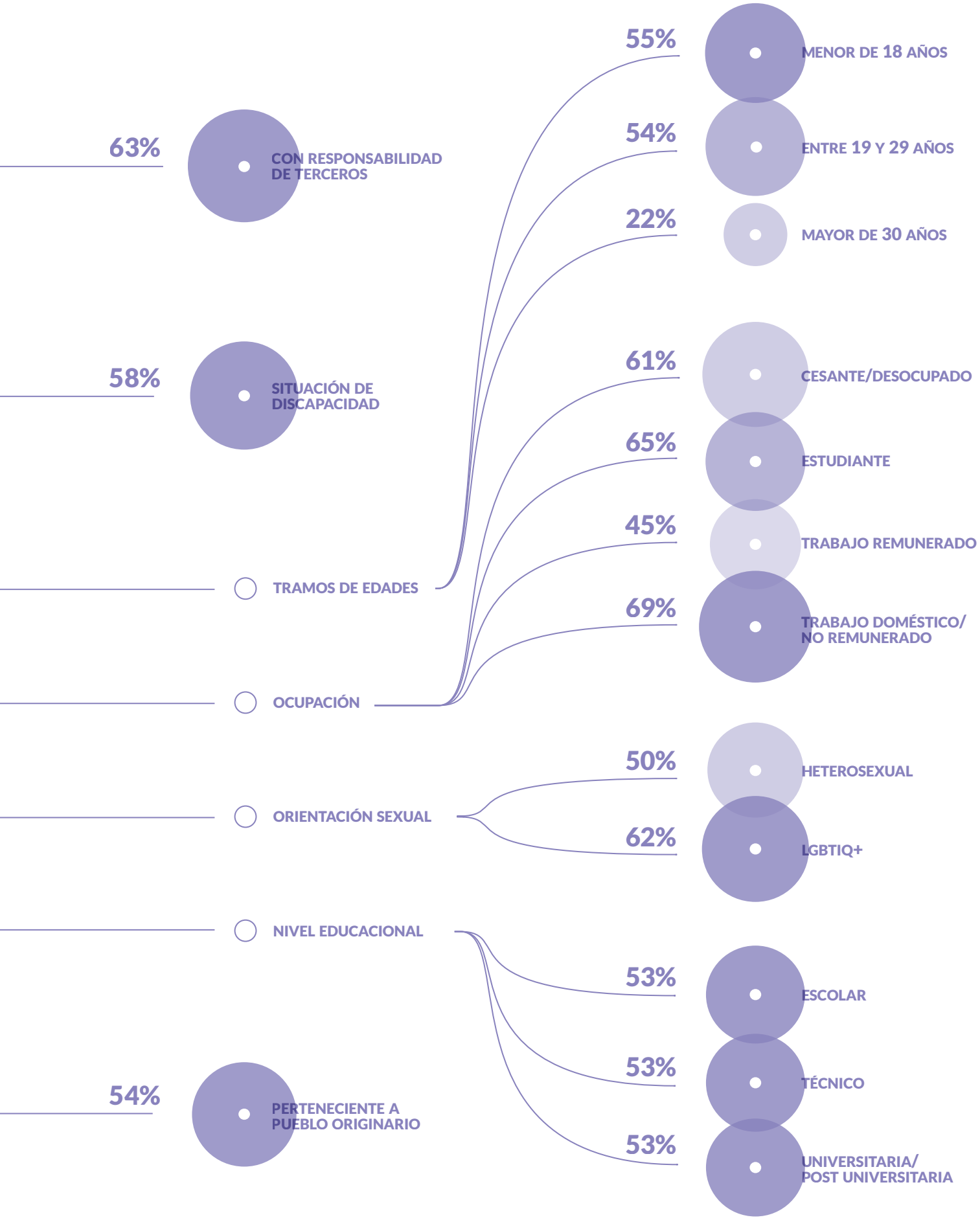
La violencia económica o patrimonial significa el intento o logro de conseguir la dependencia financiera de la víctima, logrando mediante aquello un control sobre sus recursos y decisiones[105].

Los resultados arrojan que 248 personas identifican que han experimentado este tipo de situaciones durante la pandemia. Si bien no hay grandes diferencias entre quienes la experimentaron, esta aparece con mayor frecuencia en personas que tienen a otros bajo su responsabilidad (63%) y que trabajan realizando labores domésticas no remuneradas (69%). En este sentido, las personas con trabajos remunerados y mayores de 30 años consignan menos experiencias de violencia económica (45% y 22% respectivamente).

A continuación, se presentan los resultados de violencia económica según si la persona tiene a otro/as bajo su responsabilidad, si se encuentra en situación de discapacidad, nivel educacional, grupo ocupacional, entre otras variables.



[105] Ídem

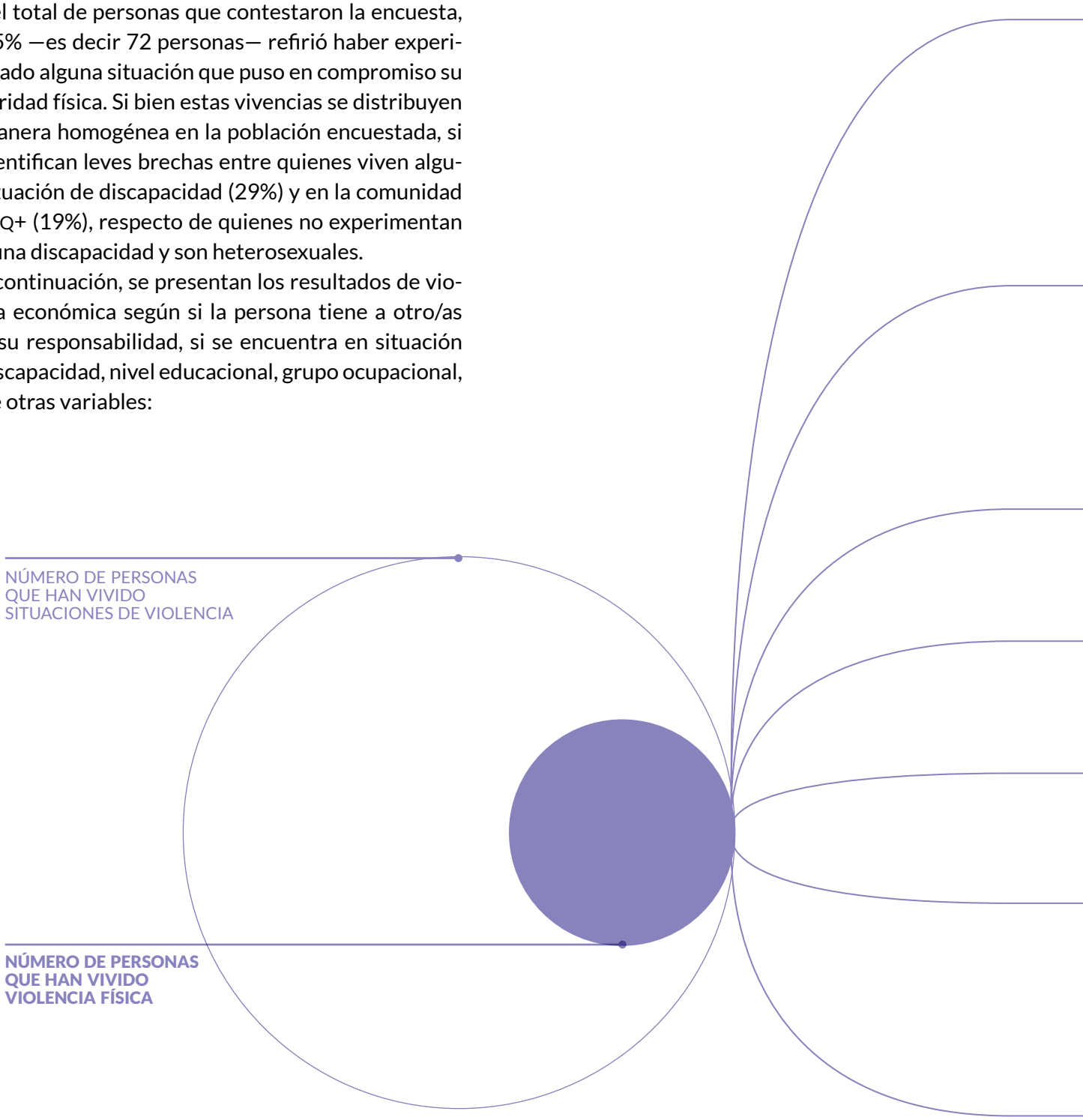

63%
CON RESPONSABILIDAD DE TERCEROS
58%
SITUACIÓN DE DISCAPACIDAD
54%
PERTENECIENTE A PUEBLO ORIGINARIO
TRAMOS DE EDADES
OCUPACIÓN
ORIENTACIÓN SEXUAL
NIVEL EDUCACIONAL
55%
MENOR DE 18 AÑOS
54%
ENTRE 19 Y 29 AÑOS
22%
MAYOR DE 30 AÑOS
61%
CESANTE/DESOCUPADO
65%
ESTUDIANTE
45%
TRABAJO REMUNERADO
69%
TRABAJO DOMÉSTICO/ NO REMUNERADO
50%
HETEROSEXUAL
62%
LGBTIQ+
53%
ESCOLAR
53%
TÉCNICO
53%
UNIVERSITARIA/ POST UNIVERSITARIA

Violencia física

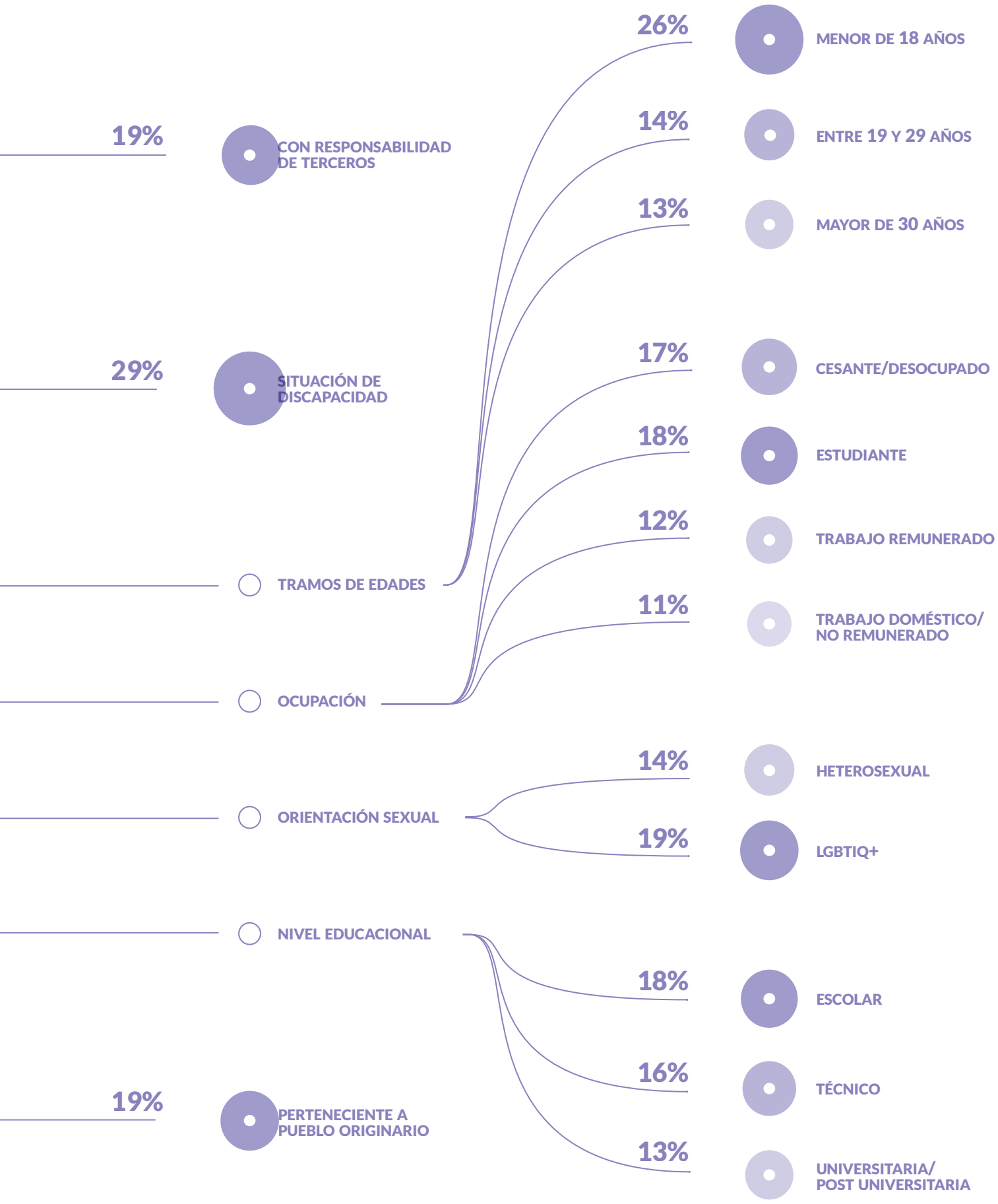
La violencia física es cualquier intento por dañar a una persona mediante golpes, patadas, empujones, bofetadas, negándole atención médica, forzándola a consumir alcohol o drogas o empleando cualquier fuerza física en su contra[106].

Del total de personas que contestaron la encuesta, un 15% —es decir 72 personas— refirió haber experimentado alguna situación que puso en compromiso su integridad física. Si bien estas vivencias se distribuyen de manera homogénea en la población encuestada, si se identifican leves brechas entre quienes viven alguna situación de discapacidad (29%) y en la comunidad LGBTIQ+ (19%), respecto de quienes no experimentan ninguna discapacidad y son heterosexuales.

A continuación, se presentan los resultados de violencia económica según si la persona tiene a otro/as bajo su responsabilidad, si se encuentra en situación de discapacidad, nivel educacional, grupo ocupacional, entre otras variables:



[106] Idem anterior.

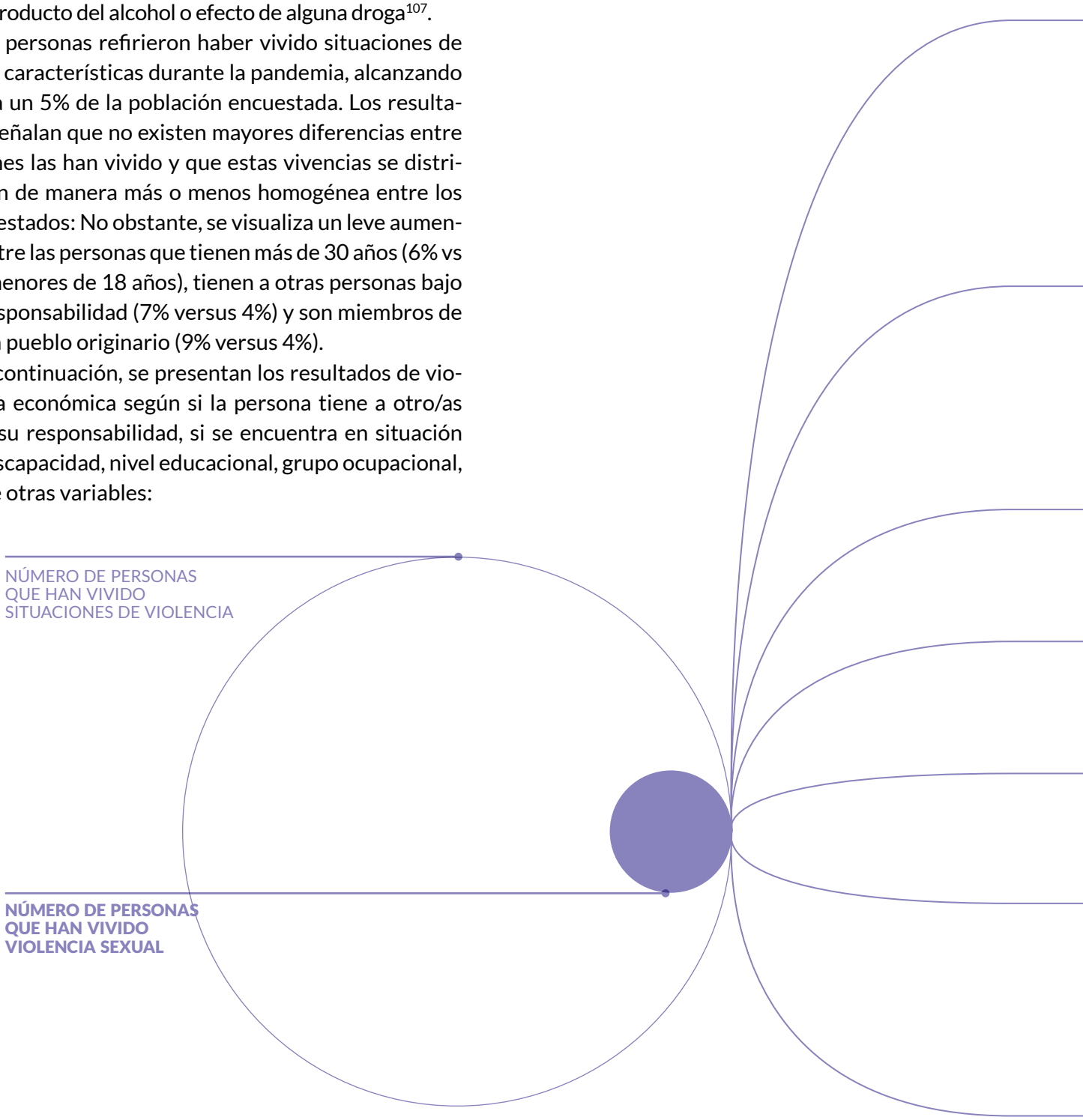

19%
CON RESPONSABILIDAD DE TERCEROS
29%
SITUACIÓN DE DISCAPACIDAD
TRAMOS DE EDADES
OCUPACIÓN
ORIENTACIÓN SEXUAL
NIVEL EDUCACIONAL
19%
PERTENECIENTE A PUEBLO ORIGINARIO
26%
MENOR DE 18 AÑOS
14%
ENTRE 19 Y 29 AÑOS
13%
MAYOR DE 30 AÑOS
17%
CESANTE/DESOCUPADO
18%
ESTUDIANTE
12%
TRABAJO REMUNERADO
11%
TRABAJO DOMÉSTICO/ NO REMUNERADO
14%
HETEROSEXUAL
19%
LGBTIQ+
18%
ESCOLAR
16%
TÉCNICO
13%
UNIVERSITARIA/ POST UNIVERSITARIA

Violencia sexual

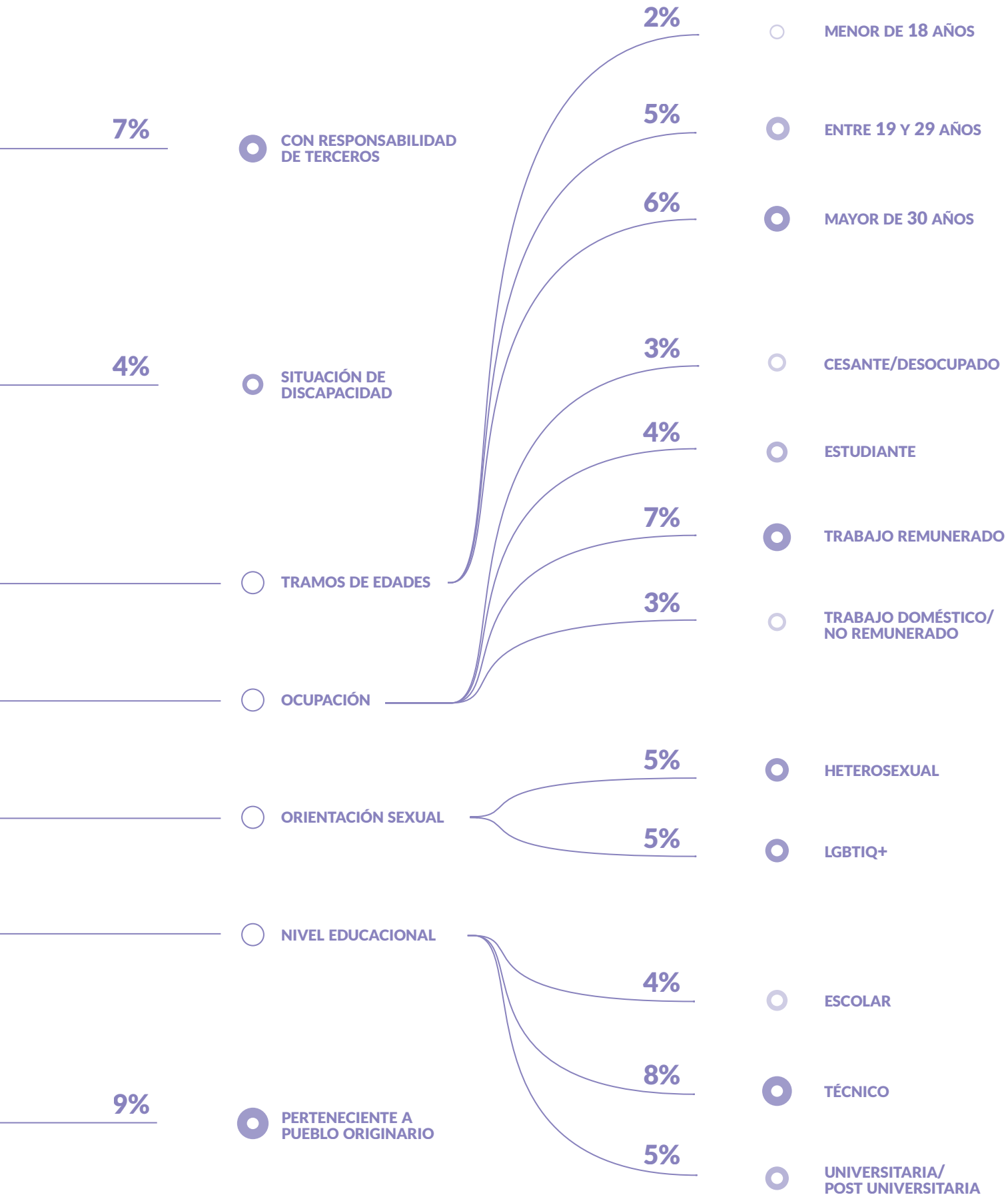
La violencia sexual implica cualquier acto de naturaleza sexual cometido en contra de la voluntad de una persona, ya sea porque esta no ha otorgado su consentimiento o no lo pueda dar por ser menor de edad, atravesar una situación de alternación de conciencia, por ejemplo, producto del alcohol o efecto de alguna droga[107].

22 personas refirieron haber vivido situaciones de estas características durante la pandemia, alcanzando casi a un 5% de la población encuestada. Los resultados señalan que no existen mayores diferencias entre quienes las han vivido y que estas vivencias se distribuyen de manera más o menos homogénea entre los encuestados: No obstante, se visualiza un leve aumento entre las personas que tienen más de 30 años (6% vs 2% menores de 18 años), tienen a otras personas bajo su responsabilidad (7% versus 4%) y son miembros de algún pueblo originario (9% versus 4%).

A continuación, se presentan los resultados de violencia económica según si la persona tiene a otro/as bajo su responsabilidad, si se encuentra en situación de discapacidad, nivel educacional, grupo ocupacional, entre otras variables:



[107] Ídem anterior.


7%
CON RESPONSABILIDAD DE TERCEROS
4%
SITUACIÓN DE DISCAPACIDAD
TRAMOS DE EDADES
OCUPACIÓN
ORIENTACIÓN SEXUAL
NIVEL EDUCACIONAL
9%
PERTENECIENTE A PUEBLO ORIGINARIO
2%
5%
6%
3%
4%
7%
3%
5%
5%
4%
8%
5%
MENOR DE 18 AÑOS
ENTRE 19 Y 29 AÑOS
MAYOR DE 30 AÑOS
CESANTE/DESOCUPADO
ESTUDIANTE
TRABAJO REMUNERADO
TRABAJO DOMÉSTICO/ NO REMUNERADO
HETEROSEXUAL
LGBTIQ+
ESCOLAR
TÉCNICO
UNIVERSITARIA/ POST UNIVERSITARIA

Estrategias de abordaje o afrontamiento a la violencia durante la pandemia

A lo/as encuestado/as se les consultó además por sus redes de apoyo y/o ayuda, el uso y la percepción que tienen de ellas. Al respecto, se organizaron las respuestas en 3 ejes:

- Uso de canales de ayuda
- Qué tipo de servicios ocupan las personas según tipo de violencia vivida
- Evaluación de los servicios de respuesta del Estado para la violencia.

Uso de los canales de ayuda

Los resultados arrojan que un 83% de las personas encuestadas preferiría solicitar ayuda a alguien dentro de su red de contactos personales, ya sea con un familiar, amigo/a o profesional de la salud mental (psicólogo y/o psiquiatra). Sólo un 15% de las encuestadas utilizaría algún servicio de respuesta del Estado, ya sea centros especializados de atención en violencia, servicios telefónicos de Carabineros y del Servicio Nacional de Mujer u otros.

En general, al preguntarle a las personas (tanto a aquellas que reconocen haber vivido alguna situación de violencia como aquellas que no) si acaso han acudido a alguna red de apoyo para solicitar algún tipo de ayuda durante la pandemia, se observa que sólo un 11% lo ha hecho.

Específicamente, respecto de las personas que sí reconocen haber vivido alguna situación de violencia durante la pandemia, sólo 29 (21%) de ellas solicitó ayuda.

GRÁFICO N°8: A QUIÉN SOLICITARÍAN AYUDA



GRÁFICO N°9: SI HAN ACUDIDO A ALGUNA RED DE APOYO

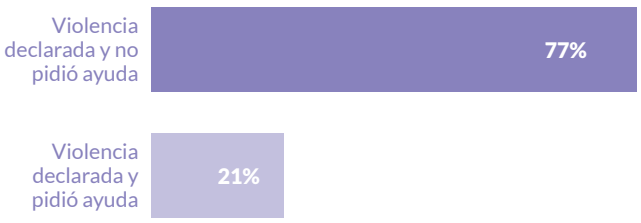
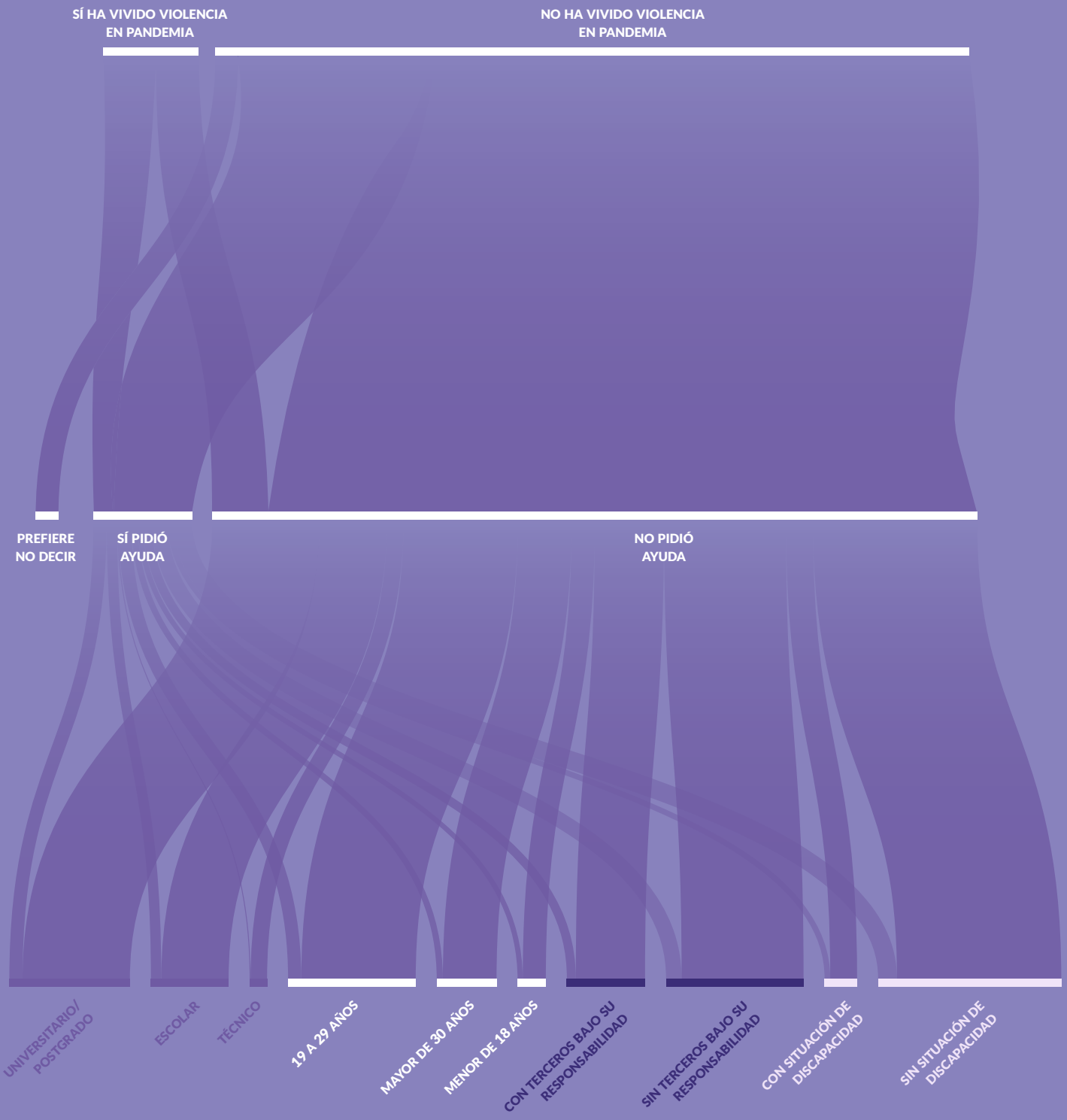


TABLA N°2: SI HA VIVIDO VIOLENCIA DURANTE LA PANDEMIA

	NO HA VIVIDO VIOLENCIA EN PANDEMIA	NO CONTESTA	SÍ HA VIVIDO VIOLENCIA EN PANDEMIA	TOTAL
No pidió ayuda	292	—	23	315
Prefiere no decir	12	2	—	14
Sí pidió ayuda	108	4	29	141
Total	**412**	**6**	**52**	**470**

SEGÚN SI HA PEDIDO AYUDA DURANTE LA PANDEMIA



Según nivel educacional, cabe señalar que las personas que menos ayuda solicitan son aquellas con nivel educacional técnico profesional y luego lo/as universitario/as. Si bien sigue siendo un número pequeño, son las personas con menores niveles de escolaridad quienes más solicitan apoyo bajo estas circunstancias.

Considerando los grupos etarios, son las personas más jóvenes quienes más utilizan sus redes de apoyo, versus las personas mayores que tienden a recurrir menos a estas instancias (10% versus 17%)

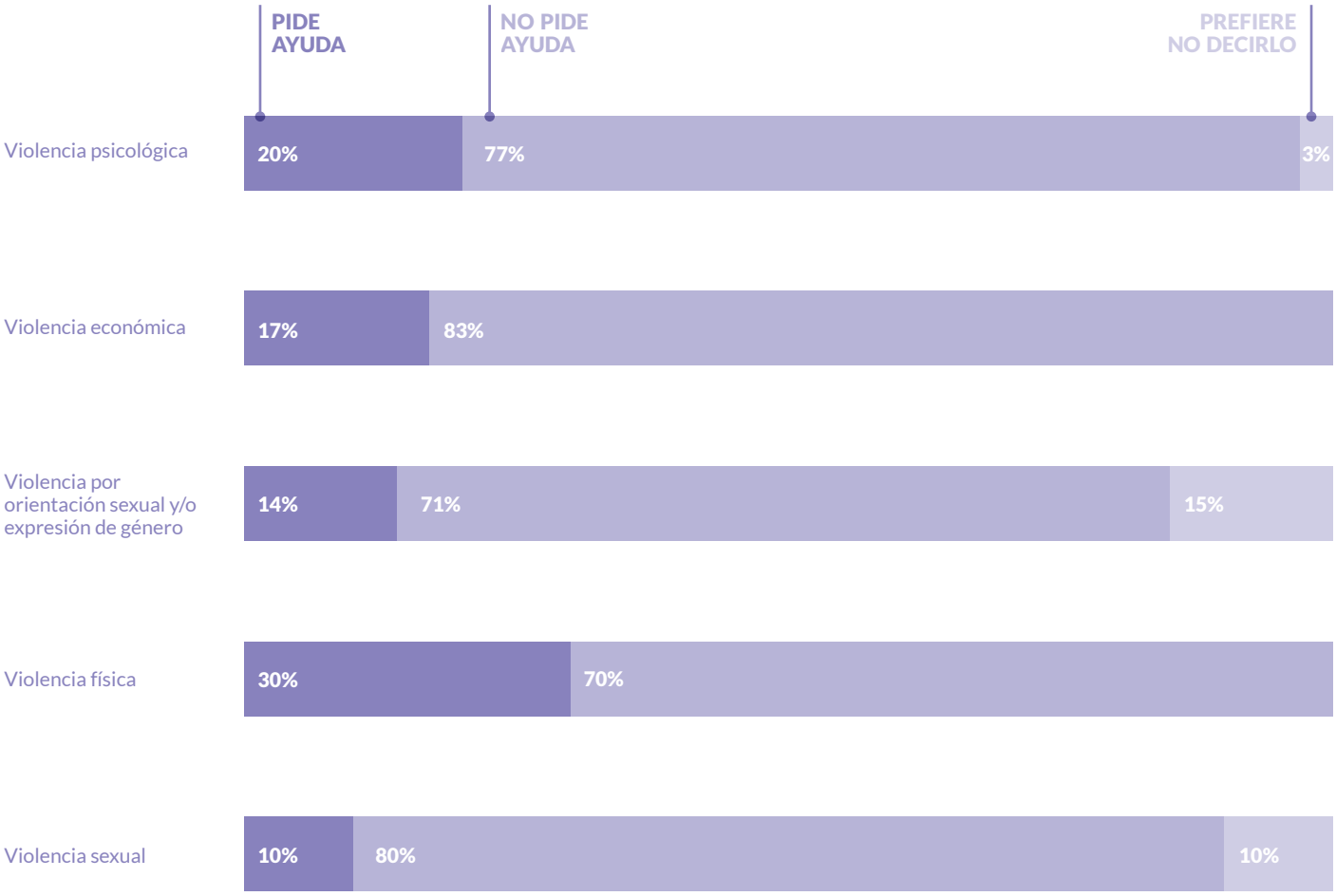
No se presentan mayores diferencias entre quienes tienen (o no) personas bajo su responsabilidad. En ambos casos el porcentaje de personas que utiliza sus redes de apoyo se encuentran en el 11%.

Por su parte, sí se observa que las personas que atraviesan alguna situación de discapacidad utilizaron más sus redes de apoyo que quienes no se encuentran en estas situaciones de vida (17% versus un 10%)

Qué tipo de servicios ocupan las personas según el tipo de violencia vivida

Al realizar un análisis cruzado en función del tipo de violencia experimentada durante la pandemia se puede observar que del total de personas que vive los siguientes tipos de violencia, el siguiente porcentaje pide/no pide ayuda:

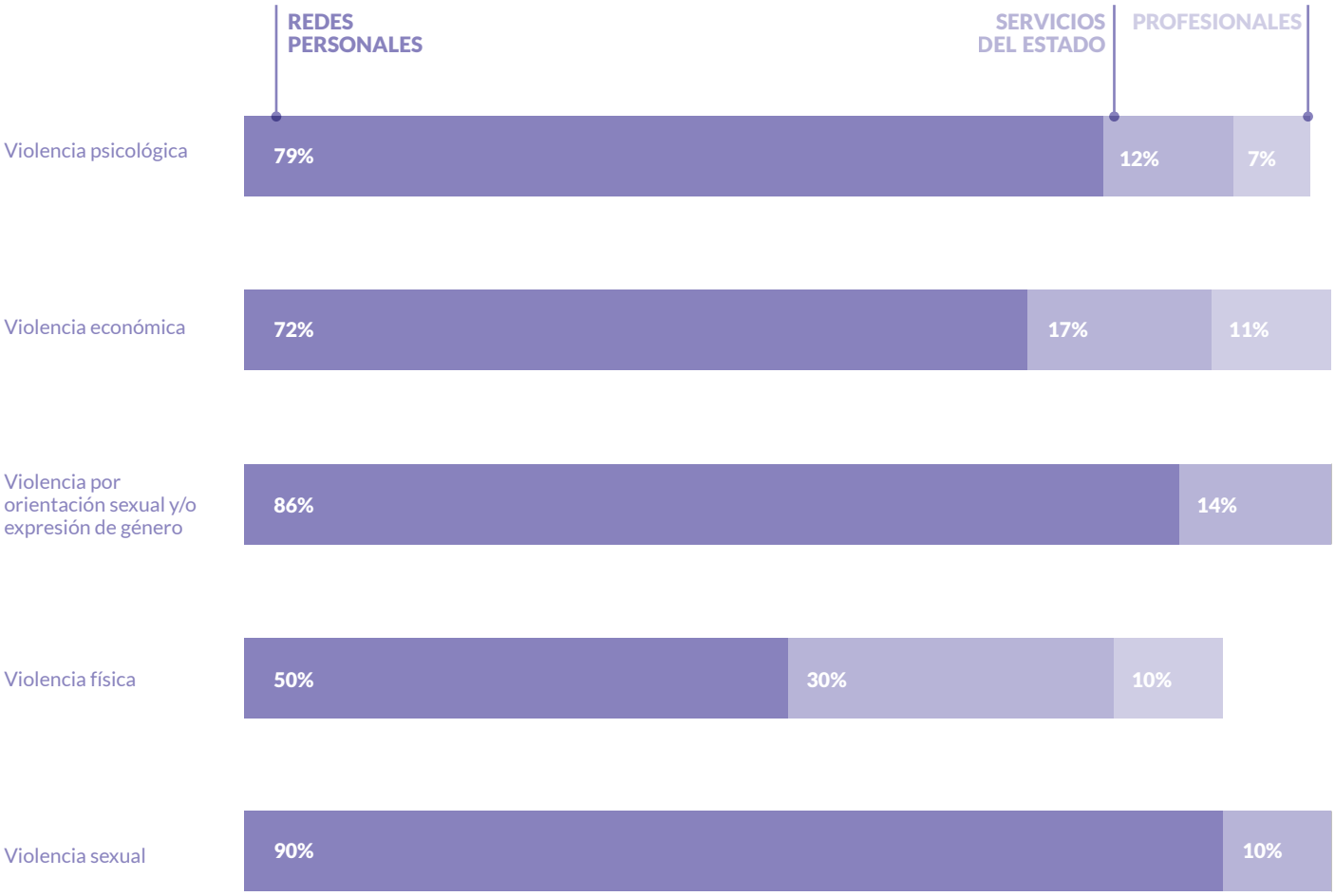
GRÁFICO N°10: ANÁLISIS CRUZADO EN FUNCIÓN DEL TIPO DE VIOLENCIA EXPERIMENTADA DURANTE LA PANDEMIA



Así se puede observar que las víctimas de violencia física son quienes más solicitan ayuda a terceros (30%). Luego, con un 20%, son las personas que experimentan violencia psicológica quienes más solicitan apoyo, mientras que las que menos activan sus redes son aquellas que viven violencia sexual y económica.

Respecto de dónde solicitan ayuda las personas se pudo observar que, según el tipo de violencia constatado, las personas utilizan sus redes de la siguiente manera:

GRÁFICO N°11: SEGÚN DÓNDE SOLICITAN AYUDA



Del total de personas que reconoce haber experimentado situaciones de violencia psicológica, la mayoría utiliza sus redes personales de apoyo para abordarlas, sólo un 12% utiliza los servicios de respuesta del estado. Cabe señalar que las personas que atraviesan este tipo de violencia son las que menos utilizan las estrategias institucionales para abordarla. Al contrario, las víctimas de violencia física son quienes más utilizan los servicios y/o programas especializados dispuestos por el estado (30%). Es probable que esto se condiga con que la violencia física es el tipo de violencia que más se ha visibilizado en las campañas comunicacionales del Ministerio de la Mujer y Equidad de Género. Así las personas pueden pensar que estos servicios están dispuestos especialmente para este tipo de violencias y no para otras.

También es interesante destacar que las personas que viven situaciones de discriminación y/o malos tratos por su orientación sexual y/o son víctimas de violencia sexual tienden a utilizar principalmente sus redes de apoyo personales; es decir, familiares y/o amigos (69% y 90%, respectivamente).

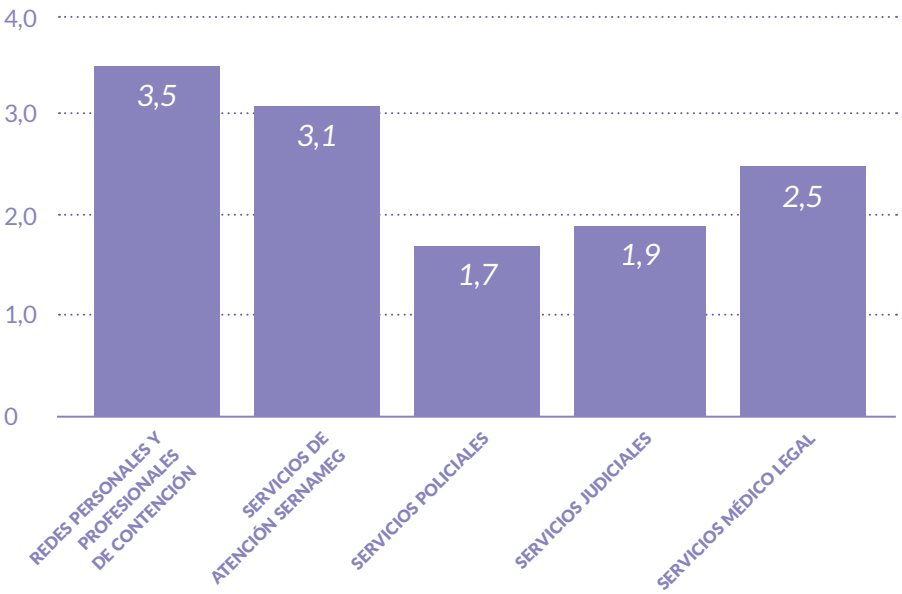
Cómo evalúan las personas los servicios de respuesta para la violencia del estado

Respecto de la evaluación que las personas que han utilizado los servicios de violencia hacen de los mismos, se observa que el 53% de quienes han utilizado los servicios del estado (servicios telefónicos de Carabineros, del Servicio Nacional de la Mujer, servicios judiciales, etc) los califican con la nota más baja. Por el contrario, este mismo número de personas califica a las redes de apoyo personales y/o profesionales (psicólogos y psiquiatras) con la nota más alta.

Siendo 5 el puntaje mayor y 1 el menor, los servicios recibieron en promedio las siguientes calificaciones:

Un análisis detallado a la evaluación de los distintos tipos de programas de respuesta contra la violencia arroja que los programas o servicios peores evaluados son aquellos relacionados con Carabineros (números telefónicos, atención en comisarías) junto con los servicios judiciales. En general, los programas del Servicio Nacional de la Mujer y/o Ministerio de la Mujer y Equidad de Género, tanto los presenciales como los telemáticos, tienen evaluaciones en términos medios.

GRÁFICO N°12: NOTA PROMEDIO DE SERVICIOS DE RESPUESTA CONTRA LA VIOLENCIA



Un análisis agrupado deja en evidencia que 3 de 4 personas (76%) califican de manera deficiente los servicios estatales, evaluación que podría explicar que tan pocas personas los elijan a la hora de necesitarlos.

GRÁFICO N°13: DISTRIBUCIÓN DE NOTAS DE SERVICIOS DE RESPUESTA CONTRA LA VIOLENCIA

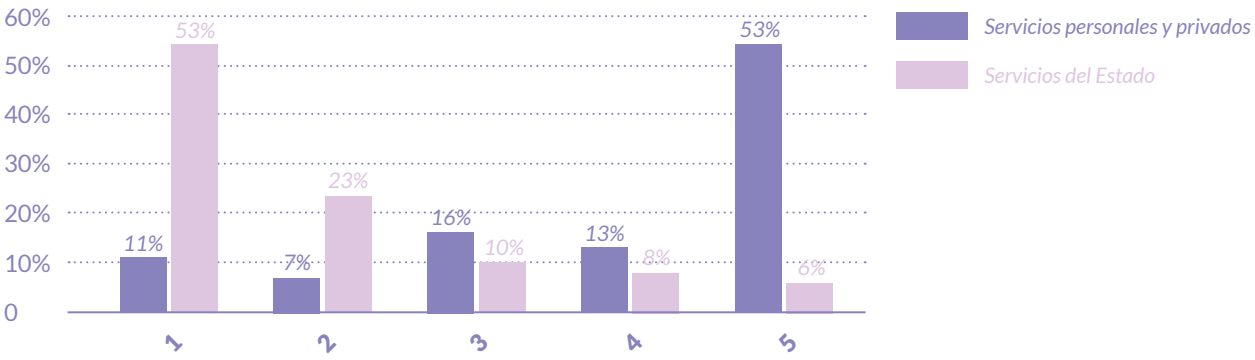
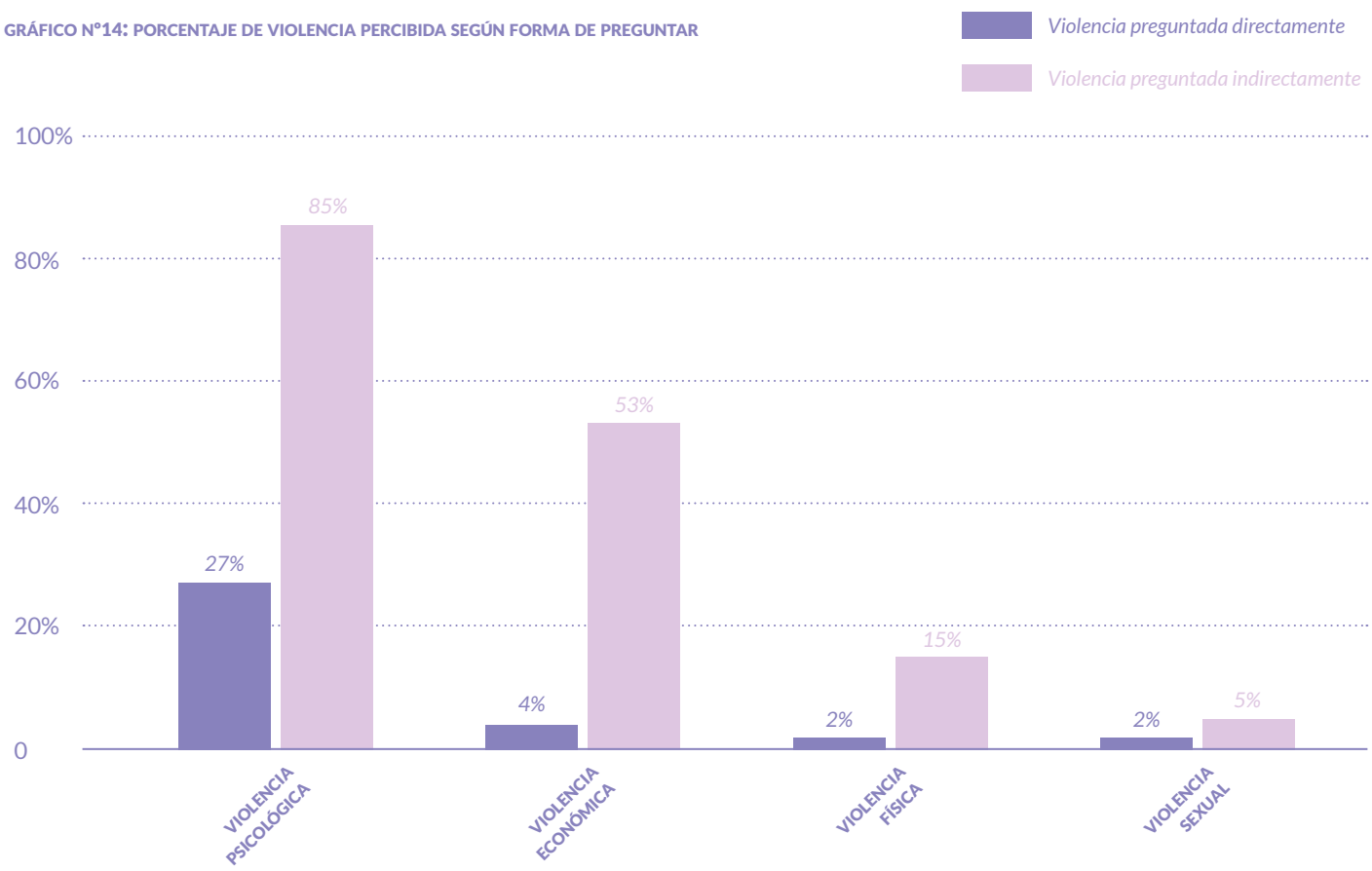


GRÁFICO N°14: PORCENTAJE DE VIOLENCIA PERCIBIDA SEGÚN FORMA DE PREGUNTAR



CONCLUSIONES

La violencia de género, dirigida históricamente hacia mujeres, niñas y personas de la diversidad sexual, es una problemática que se sostiene tanto en factores estructurales como sociales. Corresponde a una de las violaciones más generalizadas a los derechos humanos en todo el mundo y se encuentra de manera transversal entre distintas edades, niveles socioeconómicos y educacionales.

Si bien es difícil medir la magnitud del impacto de la violencia de género, tanto para las víctimas como para sus comunidades, es fundamental continuar con el trabajo de visibilizar su existencia y consecuencias a corto y largo plazo. Las condiciones que ha generado la pandemia del Covid–19, como el confinamiento, el aislamiento social, la incertidumbre económica, el estrés y cansancio, entre otros, han provocado un aumento preocupante en las situaciones de violencia, dejando, muchas veces, a las mujeres, niñas, personas en situación de discapacidad y de la diversidad sexual más expuestas.

En la presente investigación se ha levantado información relevante para caracterizar las distintas experiencias que las personas, especialmente mujeres, han experimentado al interior de los hogares durante el inicio de la pandemia del Covid–19.

El estrés, los cuadros agudos de cansancio y la incertidumbre han sido los estados emocionales que las personas más han experimentado en los últimos meses, especialmente entre lo/as estudiantes y las personas que tienen bajo su responsabilidad a terceros y realizan, además, trabajos remunerados.

La necesaria distancia social que ha traído el Covid–19 ha intensificado el aislamiento de las personas, afectando en mayor medida a las mujeres que realizan labores tanto de cuidado como de trabajos remunerados. La sobrecarga de trabajo y la conocida doble jornada se ha intensificado producto de la pandemia

A su vez, ha quedado en evidencia que la violencia psicológica es, sin duda, el tipo de violencia que con más frecuencia sufren las personas. Las intimidaciones, amenazas, manipulaciones y restricciones implícitas a la libertad de decidir se encuentran entre aquellas

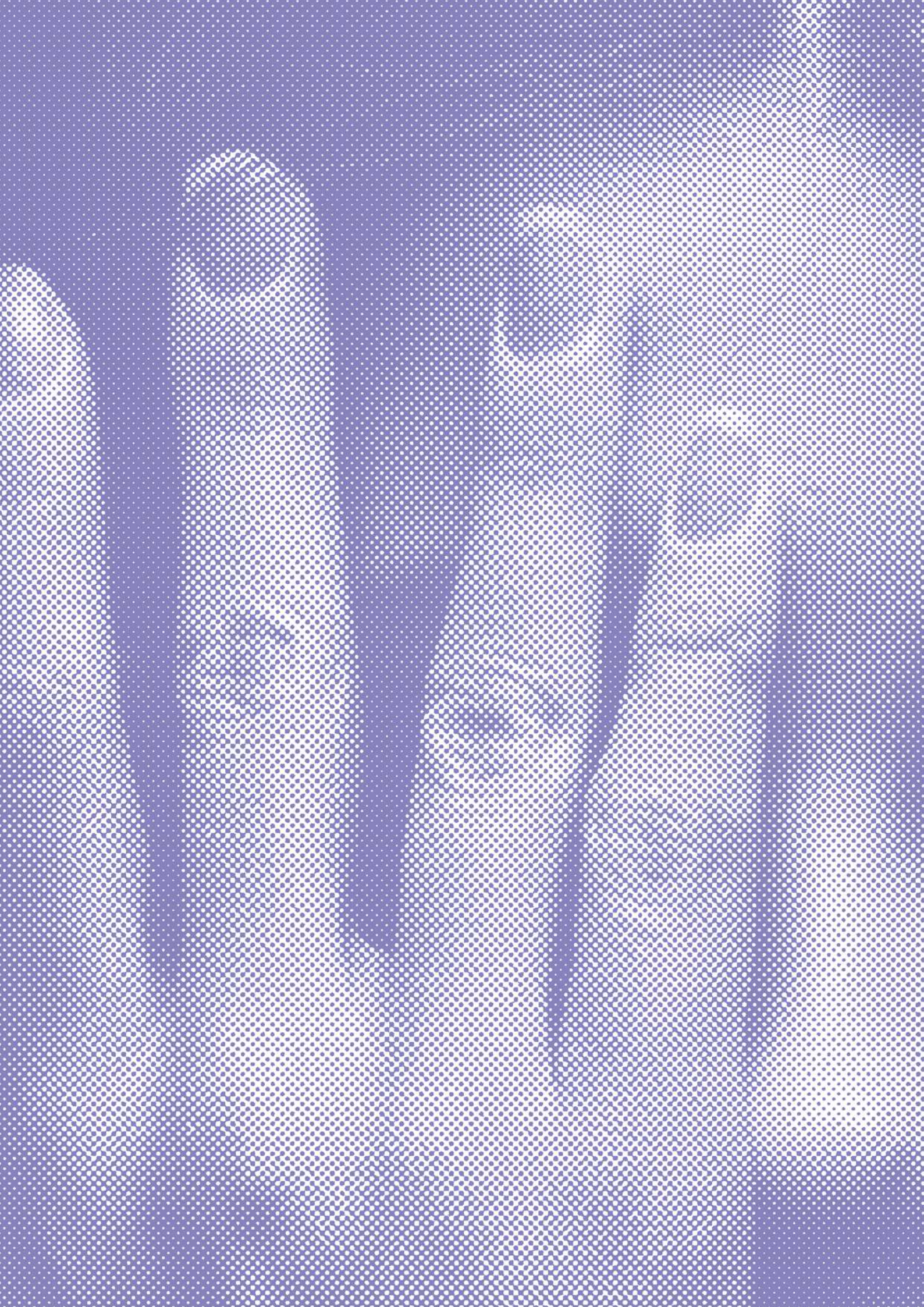
experiencias que más reconocen; especialmente, las mujeres. Este tipo de violencia en particular es 7 veces más grande que los otros tipos de violencia, por lo que su visibilización, legitimación y reconocimiento se hace urgente.

Reconocer y sancionar que lo que lo que se vive corresponde a alguna violencia requiere de ciertas condiciones de posibilidad, por lo que no todas las personas que atraviesan estas situaciones pueden todavía identificarlas. Por esto, la presente investigación también levantó información respecto de distintas situaciones de la vida cotidiana que aluden a experiencias de violencia, sin que la persona necesariamente tuviera que reconocerlas. Así, al consultar por cuán identificada se sentía con algunas afirmaciones, se pudo constatar que la violencia era, en todo los casos, mayor.

Estos resultados dejan en evidencia la necesidad de promover estrategias de sensibilización y educación que permitan a las personas poder cuestionar sus experiencias de vida, así como mejorar los servicios y programas de respuesta contra la violencia para que quienes los necesitan obtengan una atención especializada, oportuna y sensible a la problemática.

Las personas encuestadas refieren no tener una buena percepción de los servicios de atención de violencia de género en general, salvo por sus redes de contención particulares. Los servicios de respuesta de Carabineros se encuentran mal evaluados por quienes los han utilizado y son los que reciben las peores calificaciones. Lo anterior es preocupante, ya que las comisarías y las llamadas a Carabineros son muchas veces las estrategias más cercanas donde acuden las personas. En este sentido, se vuelve urgente mejorar esta respuesta y facilitar que más personas accedan y reciban una respuesta efectiva y profesional que dé curso a una reparación integral.

La violencia de género es anterior a la pandemia, pero sin duda esta la ha intensificado. Por ello, se deben a su vez aumentar los esfuerzos no sólo en términos de reparación, sino también en prevención e investigación del fenómeno. Caracterizar la violencia de género permite poder precisar las condiciones particulares que la sostienen, identificar aquellas personas que se encuentran en una mayor situación de vulnerabilidad a vivirlas y encontrar estrategias más efectivas y pertinentes para su solución.



Violencia en casa Dinámica al interior de los hogares en contexto de coronavirus en Uruguay

Florencia Roldán Viviano[108], *Nómade comunidad consultora*[109]

[108] Florencia Roldán Viviano, Politóloga por la Universidad de la República de Uruguay y Magíster en Derechos Humanos y Democracia por la Universidad de San Martín, Argentina. Coordinadora de Nómade comunidad consultora.

[109] Nómade es una comunidad consultora uruguaya que trabaja en la búsqueda de respuestas que orienten la acción https://www.nomadeconsultora.uy

Uruguay es un país con altos porcentajes de mujeres que sufren violencia de género. La segunda encuesta nacional de prevalencia sobre violencia basada en género y generaciones (2019) nos ilustra la situación pre pandemia. Allí se señala que el 76,7% de las mujeres han sufrido situaciones de violencia de género, en algún ámbito, a lo largo de su vida[110].

Casi un 20% de mujeres, dice haber sufrido violencia por parte de su pareja o expareja en el último año; estamos hablando de casi 350.000 mujeres. Cuando se amplía la pregunta a durante toda la vida, la cifra escala al 47%, casi la mitad de la población femenina del país, más de 800.000 mujeres.

Por otra parte está la respuesta que brinda el Estado a este problema. El Sistema de Respuesta de atención a mujeres víctimas de violencia doméstica[111] implementado por INMUJERES consta de 33 servicios a nivel nacional que atienden 2 o 3 veces por semana unas 4 hs. diarias, dependiendo de la localidad o ciudad donde esté. En 2019 atendieron a 3.124 mujeres[112].

En cuanto a los servicios dependientes de la Intendencia de Montevideo, el Programa Comuna Mujer, cuenta con 13 servicios que también atienden de forma parcial hasta 3 veces por semana, en 2019 han atendido 5.550 mujeres[113].

Las casas de seguridad y medio camino de INMUJERES alojaron durante 2019 a 26 mujeres con sus hijos e hijas, sumando un total de 63 personas. Y en el Programa de Alternativas Habitacionales han participado 112 mujeres en el mismo año.

A esto se suma el servicio telefónico de atención a mujeres en situación de violencia doméstica, 08004141, servicio nacional y gratuito que funciona de lunes a viernes de 8 a 24 hs. y sábados y domingos de 8 a 20 hs.

El Ministerio del Interior recibe cerca de 40.000 denuncias por violencia doméstica al año[114], cifra que se ha mantenido más o menos estable en los últimos años.

[110] Vivir sin violencia de género. Compromiso del Estado. 2a Encuesta Nacional de Prevalencia Sobre Violencia basada en Género y Generaciones. Accedido el 20/10/20. Disponible en: https://bit.ly/35Ir5jl

[111] Los servicios existentes al día de hoy solo intervienen en esta violencia, dejando fuera de cobertura el resto de las violencias de género.

[112] Respuesta a la violencia contra las mujeres, INMUJERES–Mides. Accedido el 20/10/20. Disponible en: https://bit.ly/34r8Ijr

[113] Información brindada por la Asesoría para la Igualdad de la Intendencia de Montevideo para este trabajo.

[114] Observatorio Nacional sobre Violencia y Criminalidad. Ministerio del Interior. Informe primer semestre 2020. Accedido el 20/10/20. Disponible en: https://bit.ly/2TkwWW5

SITUACIÓN DE VIOLENCIA DE GÉNERO INTRAFAMILIAR DURANTE LA CUARENTENA VOLUNTARIA POR COVID–19

En base a la experiencia acumulada sobre las situaciones de violencia de género en el marco de crisis y adaptándolas a la realidad de la pandemia, ONU Mujeres Latinoamérica elaboró en abril un informe especial para ayudar a orientar las políticas públicas, donde se señala que[115]:

- Las medidas de prevención y de mitigación del Covid–19 potenciarán la violencia contra las mujeres y niñas que ocurre en los hogares.
- Las medidas de confinamiento pueden reforzar el aislamiento de las víctimas.
- Para los perpetradores, la inestabilidad económica y el estrés pueden elevar la frecuencia y severidad de la violencia que se ejerce.
- Aumentan las barreras para que las mujeres puedan acceder a servicios.
- En las familias donde hay niñas, niños y adolescentes el aumento en la violencia contra las mujeres tendrá impacto directo sobre ellas y ellos.

Por ello, queriendo conocer la situación de violencia de género intrafamiliar a partir de la cuarentena voluntaria decretada el 13 de marzo de 2020 por el gobierno nacional, la Intersocial Feminista y Nómade de Comunidad Consultora realizaron la investigación Violencia en casa, dinámicas al interior de los hogares en contexto de Covid–19 en Uruguay[116].

Esta tuvo por objetivo medir la opinión de las mujeres acerca del impacto del coronavirus en Uruguay, respecto a la violencia de género intrafamiliar, sobre los servicios de violencia basada en género que brinda el Estado; sobre las principales formas de violencia (física, sexual, psicológica, económica y patrimonial) que viven e identificar las necesidades en este contexto de confinamiento.

Si bien la investigación no es representativa por la metodología utilizada, en ella se recoge la voz de 90 mujeres víctimas de violencia basada en género de perfil socioeducativo medio alto y alto que dicen estar sufriendo violencia intrafamiliar en el momento de la encuesta, abril y mayo 2020. Dos tercios de ellas poseen educación terciaria incompleta, completa o estudios de posgrado.

En sus respuestas sobre las formas de violencia que sufren primero se encuentra la violencia psicológica con un 68,4%, seguido con mucha diferencia por la violencia patrimonial y violencia económica,con 8,5% y 6,8% respectivamente, para nombrar en último lugar la violencia física, donde un 2,6% dice estar sufriendo.

Sobre sus necesidades principales el 44, 2% de ellas dice necesitar principalmente contención emocional, luego mencionan el empleo y el dinero como necesidades que aparecen en segundo y tercer lugar respectivamente, 34,7%. Lo cual hace sentido si se tiene en cuenta el nivel educativo de estas 90 mujeres. Es probable que en un contexto socioeconómico más bajo las necesidades varíen.

Uno de los datos más importantes relevados en esta población es la distancia que hay entre ellas y los servicios especializados del Estado. El 83,2 % de ellas conoce los servicios pero menos de un 27% recurre a estos. Estas respuestas abren muchas preguntas sobre las barreras que las mujeres de este nivel socioeconómico tienen para acceder a asistencia especializada, preguntas que no fueron parte de este estudio pero en las que se debería profundizar en futuros estudios.

Con respecto a los servicios del Estado encontramos que el 55% de ellas responden que son insuficientes. Así como solo un 21% responde que los mismos son adecuados o muy adecuados. Esta valoración de los servicios puede estar relacionada con lo poco que las personas recurren a ellos.

Sobre las percepciones en torno a la cantidad de servicios de violencia que brinda el Estado, la mitad de ellas cree que no variaron desde que se instaló el Covid–19 en Uruguay. Lo cual revela cierto imaginario de estas mujeres de que la violencia no es una prioridad para las autoridades en el contexto actual.

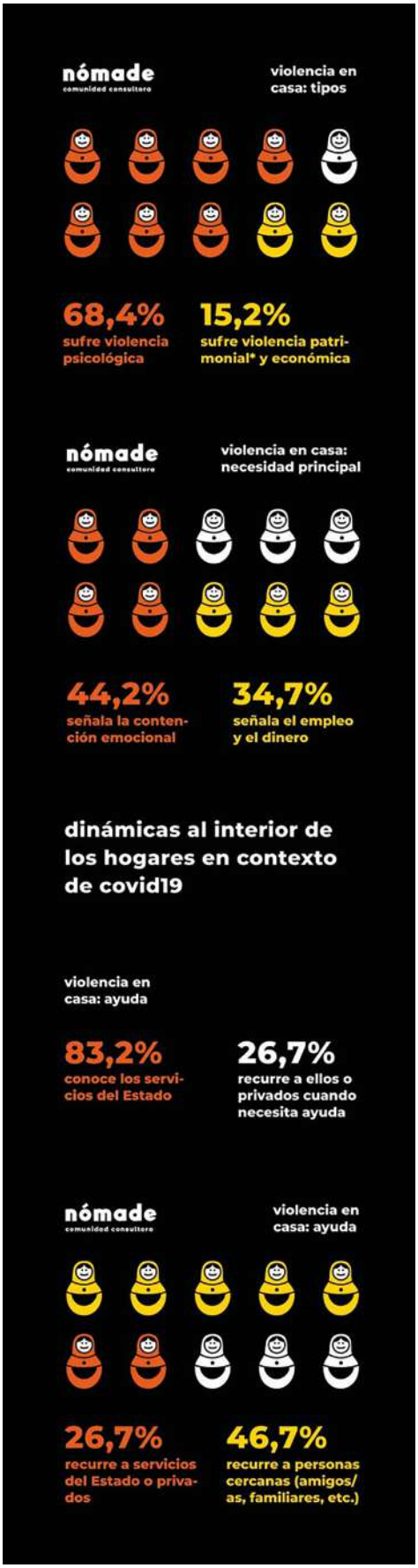
---

[115] ONU MUJERES (2020) Prevención de la violencia contra las mujeres frente al Covid–19 en América Latina y el Caribe. Panamá. Accedido el 20/10/20 Disponible en: https://bit.ly/3jwhYak

[116] La investigación se realizó durante los primeros 40 días de confinamiento, a través de una encuesta en línea autoadministrada de carácter voluntario. Respondieron 1975 personas: 1.808 mujeres, 160 varones, 7 personas no binaries y 1 mujer trans; mayores de 18 años. "Violencia en casa". Nómade Comunidad Consultora. La investigación está disponible en: https://bit.ly/3l2N1eW

En realidad los servicios presenciales de atención a mujeres en situación de violencia doméstica disminuyeron durante los primeros meses de cuarentena. Los servicios dependientes de INMUJERES funcionaron «desde el 18 de marzo [con] un plan de contingencia dichos servicios reciben momentáneamente las demandas de atención [...] de forma telefónica, pudiendo coordinar la atención presencial cuando la situación así lo amerite»[117]. Así como disminuyeron a la mitad la cantidad de Comunas Mujer en funcionamiento en Montevideo.

El único servicio que fue reforzado fue el servicio telefónico, primero con una gran campaña de comunicación que puso en conocimiento a toda la población su existencia y en simultáneo se reforzó el personal de atención (4 personas) debido a un gran crecimiento en las llamadas recibidas, 80%[118]. Entre abril y mayo recibieron 64 llamadas diarias[119] y se ajustaron las coordinaciones interinstitucionales ante casos de extrema gravedad. Sin embargo no se amplió el horario de atención, el mismo permaneció incambiado.



***Fuente imágenes**: «Violencia en casa: dinámicas al interior de los hogares en contexto Covid–19 en Uruguay». Consultora Nómade. Junio 2020.*

[117] Servicios de Atención a Mujeres en situación de Violencia Basada en Género, MIDES. Accedido el 20/10/20 Disponible en: http://guiaderecursos.mides.gub.uy/27548/servicios-de-atencion-a-mujeres-en-situacion-de-violencia-basada-en-genero

[118] Entrevista a Mónica Bottero, Directora de INMUJERES. VTV. Accedido el 21/10/20 Disponible en: https://bit.ly/31BHnJf

[119] La Diaria, 24/6/2020 Violencia de género durante la pandemia: una puesta a punto de la respuesta del Estado Accedido el 20/10/20 Disponible en: https://bit.ly/2FYvaXI

CONCLUSIONES

Resulta pertinente considerar que en un contexto de pandemia y crisis, en el que se exhorta al confinamiento y se toman medidas de aislamiento social, se generan modificaciones dentro de los hogares —en las configuraciones familiares, en las dinámicas de cuidados, en las formas trabajo y rutinas educativas, etc.— que también traen como consecuencias la configuración y/o profundización de situaciones de violencias.

Como hemos podido mostrar, el Estado uruguayo no desplegó una batería de medidas específicas y adecuadas para atender esta situación en el marco de la pandemia. Las mujeres en situación de violencia intrafamiliar que respondieron a la encuesta, en su mayoría, no encontraron en los servicios respuesta a sus necesidades. El débil sistema de respuesta existente previamente no fue reforzado ni modificado en función de la atención a la violencia de género sino que fue alterado en función de la prevención al contagio de Covid−19.

Más allá de los servicios

Pensar nuevas estrategias para el abordaje de las situaciones de violencia más allá de los servicios, implica contemplar el carácter social estructural y multidimensional de este fenómeno, es decir, entenderlo como consecuencia de las desigualdades entre los géneros. La experiencia de las organizaciones de la sociedad civil respecto a la temática evidencia que muchas veces las mujeres que están en situaciones de violencia no las perciben y esto dificulta abordar el problema. Es necesario construir un marco de sentido desde el cual poder identificar las situaciones de violencia como algo negativo e indeseable. Construir acciones que problematicen la construcción social de los géneros y sus relaciones.

Estrategias a medida a largo plazo

Pensar de manera focalizada y tener en cuenta las necesidades y las características de las mujeres que se encuentran en situaciones de violencia, es clave para el diseño de estrategias de salida y acciones que trasciendan el actual contexto de confinamiento y crisis sanitaria.

Ampliar el estudio

Llama la atención el alto nivel educativo de las mujeres que contestaron la encuesta. Interesa seguir indagando sobre las necesidades y las diferentes situaciones de violencia que experimentan otras personas, por ejemplo, mayores, con discapacidad, personas que no se auto perciben dentro del género binario y personas en vínculos homosexuales, etc. Asimismo, y entendiendo al género desde su concepción relacional, se vuelve necesaria la producción de información relativa a los agresores para construir insumos que permitan diseñar políticas públicas y acciones dirigidas también a estos segmentos.



Consideraciones técnicas sobre la Ley N° 21.030 **Deber de denuncia y autonomía de la mujer: análisis crítico del aborto en la causal violación**

Javiera Canales Aguilar[120], *Laura Dragnic Tohá*[121]

[120] Javiera Canales Aguilera, abogada de la Universidad Nacional Andrés Bello, Diplomada en Género y Violencia de la Universidad de Chile. Directora Ejecutiva de la Corporación Miles. Correo: jcanales@mileschile.cl

[121] Laura Dragnic Tohá, Licenciada en Ciencias Jurídicas y Sociales por la Facultad de Derecho de la Universidad de Chile y Diplomada en Mujeres y Justicia Penal por la misma casa de estudios. Coordinadora del Área Legal de Corporación Miles. Correo: ldragnic@mileschile.cl

Desde 1989, Chile se encontraba dentro de la reducida lista de aquellos países que proscriben y sancionan penalmente el aborto a nivel mundial. Esto avanzó con la Ley N° 21.030 sobre Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) del año 2017 a su despenalización en tres causales taxativas: riesgo vital de la mujer, inviabilidad fetal y violación. Sin embargo, el aborto aún se encuentra penado por nuestro ordenamiento jurídico cuando se desarrolla fuera de estas causales.

Hasta diciembre del 2020, 2.159 mujeres han invocado alguna de las 3 causales. De ellas, 1.827 procedieron a realizar la interrupción de su embarazo[122]. Del total de interrupciones, 573 de ellas constituyeron causal 1 (riesgo vital para la mujer), 883 causal 2 (inviabilidad fetal) y 371 constituyeron causal 3 (embarazo producto de una violación). Durante el año 2020, se observó un aumento de un 35% en la tercera causal, respecto del mismo período del año 2019[123].

Más allá de los números, los reportes de su implementación apuntan a diversas dificultades para la posibilidad de acceder a un aborto dentro del marco de la Ley N° 21.030. Al respecto, uno de los principales problemas ha sido la cantidad de objetores de conciencia por parte de médicos contratados por el sistema público: del total de 1.524 obstetras contratados, el 46% de ellos se declara objetor de conciencia en la causal de violación[124].

La investigación se centra en la observación crítica de la consagración normativa de la 3° causal (a través del método cualitativo y un estudio exploratorio), específicamente, a propósito de la incorporación del art. 119 bis inciso 5° de la Ley N° 21.030, la que podría dar luces de un aparente cambio en la naturaleza de la acción penal asociada al delito de violación en que se produzca el embarazo de la víctima y aquella desea interrumpirlo voluntariamente.

Hasta antes de la entrada en vigencia de la Ley, no cabía lugar a dudas que las agresiones sexuales cometidas contra mujeres mayores de 18 años, correspondía —por su naturaleza— a una acción penal pública previa instancia particular, vale decir, queda supedita-

[122] Cifras obtenidas por Corporación Miles en:https://public.tableau.com/profile/deis4231#!/vizhome/TABLERO_LEY_21030/NotaTcnica?publish=yes

[123] Monitoreo de la Ley IVE de Corporación Miles Chile.

[124] En: http://www.humanas.cl/mapa-objetores-de-conciencia-en-chile/

da a una manifestación de voluntad por parte de la víctima para la activación del aparataje estatal en orden a iniciar un proceso penal.

Ahora bien, tras la normativa citada, esto no queda del todo claro, dado que el artículo ya enunciado enfatiza en que, si la mujer mayor de 18 años no ha denunciado la violación, la jefatura de los establecimientos de salud deberá ponerlo en conocimiento al Ministerio Público con la finalidad de que se investigue de oficio.

Este estudio dilucidará cómo este aparente cambio en la naturaleza de la acción penal vulnera el principio de igualdad y no discriminación contemplado en el artículo 19 N°2 de la actual Constitución de la República de Chile, profundizando la criminalización del aborto, incluso en aquellos casos en que se encuentra legalmente permitido.

LOS CAMBIOS INTRODUCIDOS POR LA LEY N° 21.030

Con esta normativa se introdujeron una serie de modificaciones al Código Penal y al Código Sanitario, identificando circunstancias específicas en las que el aborto no es prohibido, a saber: «1) La mujer se encuentre en riesgo vital, de modo que la interrupción del embarazo evite un peligro para su vida. 2) El embrión o feto padezca una patología congénita adquirida o genética, incompatible con la vida extrauterina independiente, en todo caso de carácter letal, y 3) Sea resultado de una violación, siempre que no hayan transcurrido más de doce semanas de gestación. Tratándose de una niña menor de 14 años, la interrupción del embarazo podrá realizarse siempre que no hayan transcurrido más de catorce semanas de gestación.»

Respecto de la causal de violación, el art. 119 bis de la Ley N° 21.030 establece que, para su constitución, un equipo médico deberá constatar que el embarazo fue resultado de una violación y que coincide con los límites temporales que establece la ley para la práctica del aborto: 12 semanas para mayores de 14 años y 14 semanas para menores de 14 años. Este límite solo existe para la causal violación, pues para las otras dos causales no existen barreras temporales para su aplicación.

No obstante, si bien la naturaleza de la acción que surge a propósito de la comisión del delito de violación y que producto de ella resulte la mujer embarazada es de acción penal pública previa instancia particular, el art. 119 bis inciso 5° establece lo contrario, señalando que «tratándose de una mujer mayor de 18 años que no haya denunciado el delito de violación, los jefes de establecimientos hospitalarios o clínicas particulares deberán poner en conocimiento del Ministerio Público este delito, con la finalidad de que investigue de oficio al o los responsables».

En concreto, este artículo impone el deber de denuncia de los jefes de establecimientos hospitalarios o clínicas particulares frente al delito de violación de la mujer que desea aplicar una interrupción voluntaria del embarazo fundado en la tercera causal de la Ley IVE.

La Norma Técnica regula la forma en que esta denuncia debe ser realizada, especificando que deberá «indicarse que se ha invocado el delito de violación, el nombre y RUT de la requirente mayor de edad».[125] A su vez, menciona que se debe informar a la mujer que se realizó esta denuncia por parte del establecimiento de salud.

Del mismo modo, también reitera que esta es una «norma especial en caso de la mujer embarazada víctima de violación»[126], identificándola como una innovación en la materia, la que a nuestro juicio va en desmedro de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, cuestión no armónica al elemento axiológico que yace tras esta Ley.

Con todo, ya es posible prevenir en la gran interrogante de ¿qué establece nuestra legislación en torno al delito de violación que no produce un embarazo o que, produciéndolo, la mujer no desea interrumpir su embarazo frente a aquella que sí pretende hacerlo amparada en la tercera causal? Dos vías distintas para un mismo escenario.

EL RÉGIMEN DE LA ACCIÓN PENAL EN LA LEGISLACIÓN NACIONAL

En primer lugar, es importante distinguir entre los regímenes de acciones penales que establece la legislación nacional para los delitos en general. Así, de acuerdo con artículo 53 del Código Procesal Penal, la acción penal puede ser pública o privada, según el régimen

[125] Ministerio de Salud del Gobierno de Chile (2018). «Norma Técnica Nacional: Acompañamiento y atención integral a la mujer que se encuentra en alguna de las tres causales que regula la Ley 21.030» Disponible en: https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2018/01/NORMA-ACOMPAÑAMIENTO-Y-ATENCIÓN-INTEGRAL-LEY-21.030.pdf, p 90.

[126] Ídem, p 89.

de persecución penal al que se encuentra sometido el delito en particular. De esta manera, la acción penal será pública cuando el delito pueda ser «perseguido de oficio por el ministerio público, sin perjuicio que pueda ser ejercida, además por las personas que determine la ley (art. 53 inc 2° CPP)»[127]. En la acción penal privada el régimen de persecución «excluye el ejercicio de la acción penal por otra persona que no sea la víctima. En estos casos, existe un interés privado preponderante que impide la intervención del órgano oficial».[128]

La principal consecuencia de que la acción sea pública es que el Ministerio Público debe investigar de oficio sin necesidad de la intervención mediante denuncia por parte de la víctima. Evidente resulta el caso de la persecución penal de aquellos delitos cometidos contra niños, niñas y adolescentes dado que se trata de una acción penal pública, por tanto, se invocará de oficio un proceso de justicia criminal. Ello en virtud de lo dispuesto en el art. 53 inciso 2° del Código Procesal Penal.

Por contrapartida, en la acción penal privada el ente persecutor carece de la potestad enunciada, de modo tal que el impulso procesal está otorgado a la figura del querellante.

No obstante, existe una categoría intermedia dada por la naturaleza jurídico penal de la acción penal pública previa instancia particular, la que se distingue de la acción penal pública a secas conforme a lo establecido en el art. 369 del Código Penal, toda vez que no podrá iniciarse la persecución penal de oficio por parte del Ministerio Público, sin que previamente haya intermediado una denuncia o declaración de voluntad de la víctima en tal sentido. La denuncia debe ser efectuada por la persona ofendida o su representante legal.

Además, se establece que solo en caso de que la persona ofendida por el delito no tenga representante legal o no pueda efectuar la denuncia por sí misma, el Ministerio Público podrá proceder de oficio en la persecución.

Conforme a lo expuesto, las personas que podrán denunciar subrogando a la víctima directa del delito serán aquellas contenidas en el art. 108 del Código Procesal Penal —«a) al cónyuge o al conviviente civil y a los hijos; b) a los ascendientes; c) al conviviente; d) a los hermanos, y e) al adoptado o adoptante»— a las que se les reconoce normativamente la calidad de víctima en un sentido amplio.

LA ACCIÓN PENAL PREVIA INSTANCIA PARTICULAR Y LOS DELITOS SEXUALES

En relación con los delitos sexuales en particular, como es la violación, el Código Penal establece que estos requerirán «a lo menos denuncia de la persona ofendida, sus padres, abuelos o guardadores o por quien la tuviere bajo su cuidado» (artículo 369 inciso 1° CP)[129]. A excepción de que la víctima sea menor de edad, donde se concede acción penal pública para su persecución, pues «la voluntad o actuación de la víctima, decae frente al interés público que reviste la persecución penal de delitos cometidos contra personas cuyo estatus normativo las hace acreedoras de una protección reforzada»[130].

Aun cuando exista poca literatura asociada a la fundamentación de la diferencia entre los delitos de acción penal pública y los delitos de acción penal pública previa instancia particular, es posible determinar que su distinción se encuentra asociada a «la dimensión de intimidad o de afección de espacios de privacidad asociada a la comisión de estos delitos, que determinaron su sujeción a un régimen especial de persecución que confiere preponderancia a la voluntad o actuación de la víctima»[131].

Entonces, podría deducirse que la Ley N° 21.030 modifica la legitimación de la mujer en la acción penal pública previa instancia particular, al intervenir el jefe del establecimiento de salud por ella en la realización de la denuncia, subrogándole en sus derechos en calidad de víctima, en especial, el de incoar voluntariamente un proceso penal derivada de un posible delito de violación.

Tal intervención es, en estricto, un deber de la jefatura del establecimiento de salud, invalidando la voluntad de la mujer víctima al momento de decidir si denunciar el delito de violación del cual ella ha sido víctima.

En este orden de ideas, y de acuerdo al fundamento de la existencia de una acción penal pública previa

[127] Horvitz, María Inés y López, Julián (2002). Principios, sujetos procesales, medidas cautelares, etapas de investigación. Santiago de Chile: Editorial Jurídica de Chile, p 334.

[128] Ídem, p 337.

[129] Este mismo régimen procede para la violación de domicilio, los delitos previstos en la Ley 10.039 que establece normas aplicables a los privilegios industriales y protección de los derechos de propiedad industrial, las lesiones previstas en los artículos 399 y 494 n° 5 del Código Penal.

[130] Ídem, p 335.

[131] Ídem, p 334.

instancia particular, la modificación introducida es una afectación directa a la voluntad o actuación de la víctima para la investigación del delito, desconociendo la autonomía de la mujer.

Así, la Ley N° 21.030 no se hace cargo de justificar en qué se basa la diferencia legal de trato entre una víctima de violación que no trajo aparejado un embarazo y que, por tanto, no es susceptible de ser amparada por la tercera causal de la Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo, por frente a una mujer cuya violación sí trajo aparejado un embarazo del cual desea realizar su interrupción. En este sentido, no existe sustento normativo para establecer un régimen diferenciado en la naturaleza de la acción penal a propósito de la comisión de un delito de violación en uno u otro caso.

LA OBLIGACIÓN DE DENUNCIA EN EL ORDENAMIENTO JURÍDICO CHILENO

El establecimiento de la obligación de comunicación o de denuncia al Ministerio Público se consagra en diversas fuentes del ordenamiento jurídico chileno. Por ejemplo, en el artículo 61 del Estatuto Administrativo o en el artículo 58 del Estatuto Municipal.

En el ámbito de la jurisdicción penal, el artículo 175 del Código Procesal Penal, en la letra d) establece que estarán obligados a denunciar: «Los jefes de establecimientos hospitalarios o de clínicas particulares y, en general, los profesionales en medicina, odontología, química, farmacia y de otras ramas relacionadas con la conservación o el restablecimiento de la salud, y los que ejercieren prestaciones auxiliares de ellas, que notaren en una persona o en un cadáver señales de envenenamiento o de otro delito».

Tal obligación de denuncia se reitera en el artículo 200 del mismo Código, al mencionar que deberá «dar cuenta al fiscal de la entrada de cualquier individuo que tuviere lesiones corporales de significación», en que «la denuncia deberá consignar el estado del paciente, describir los signos externos de las lesiones e incluir las exposiciones que hicieren el afectado o las personas que lo hubieren conducido».

Si el deber de denuncia consagrado normativamente es omitido por quien recae tal obligación, se sancionará con la pena asignada al delito falta contemplado en el art. 494 n° 9 del Código Penal.

Una lectura sistemática de la obligación de denuncia y la existencia de delitos cuya acción penal sea de previa instancia particular, permite concluir que la obligatoriedad de la denuncia será aplicable para aquellos delitos cuya acción penal sea pública sin más, pues solo en este tipo de delitos el Ministerio Público está facultado para su investigación de oficio. Incluso si se efectuara la denuncia por alguna de las personas obligadas a denunciar de acuerdo a la ley, dicha denuncia —en los casos de delitos de previa instancia particular— en caso alguno facultaría al Ministerio Público a investigar de oficio.

En efecto, la determinación normativa del deber de denuncia en nuestro sistema jurídico no conlleva una tensión relevante en relación a aquellos delitos cuya naturaleza de la acción penal es de previa instancia particular, pues el deber de denuncia no habilita per se al Ministerio Público a actuar de oficio, como sí lo hace el artículo 119 bis inciso 5° de la Ley 21.030, de hecho, todo indica que ni siquiera se exige en estos casos una denuncia habilitante para el enjuiciamiento criminal.

Lo anterior, es consonante con la Norma y Guía Clínica para la Atención en Servicios de Urgencias de Personas Víctimas de Violencia Sexual. Esta norma precisa cual es la actuación debida de los médicos que atienden a personas que han sido víctimas de violencia sexual, mencionando así, que deberán consignar los signos corporales que indiquen la realización de un delito, por ejemplo, en el caso de la violación, se deberá determinar la presencia de acceso carnal y la falta de consentimiento de la víctima, todo ello para facilitar la investigación judicial posterior.

A ello se le suma que el médico deberá levantar acta de lo sucedido y realizar dos copias de esta, una de ellas deberá entregársela a la víctima y la otra deberá quedar bajo estricta custodia en el hospital, por al menos un año, hasta que sea requerida por el tribunal correspondiente. De hecho, en los anexos[132] de la guía se establece una pauta para consignar estos datos en caso de violación, mencionando claramente que el deber de denuncia del médico solo será aplicable para casos de violación en menores de edad.

Lo anterior es plenamente concordante con lo establecido por nuestro ordenamiento, según lo establecido por el artículo 53 del Código Procesal Penal,

[132] Gobierno de Chile (2005). «Normas y guía clínica para la atención en servicios de urgencia de personas víctimas de violencia sexual» Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología, vol. 70 n° 1: 49-65. DOI: 10.4067/S0717-75262005000100011.

los delitos efectuados contra menores de edad serán siempre de acción penal pública.

LOS PROTOCOLOS DE ACTUACIÓN EN TORNO A LA TERCERA CAUSAL IVE EN LOS SERVICIOS DE SALUD PÚBLICOS

De acuerdo a la investigación actualmente en curso de Corporación Miles, es posible preliminarmente mostrar que los protocolos de Interrupción Voluntaria del Embarazo, —específicamente, el modo de proceder en casos de violación— difieren unos de otros y también se alejan de la Normativa Técnica para la Interrupción Voluntaria del Embarazo, donde se establece el deber de denuncia del director de los establecimientos de salud. Así las cosas, es necesario ilustrar con algunos ejemplos recolectados de distintos protocolos de hospitales públicos del país:

1. **Hospital San Juan de Dios:** Establece los requisitos generales de la causal 3, esto es confirmar la edad gestacional según la edad de la solicitante y un breve resumen del relato. Sin embargo, respecto del procedimiento de denuncia establece lo siguiente: «Toma de muestra para análisis médico legal y cadena de custodia: La toma de muestra de restos fetales, que es obligatoria de acuerdo al artículo 198 del Código de Procesal Penal, será informada a la mujer, pero no requiere expresamente su autorización, de aquella muestra de sangre que se requiere para cotejar el ADN de la víctima, se rige por el artículo 197 del Código Procesal Penal, por lo que se le debe requerir autorización a la víctima para realizarla, informándole que tiene derecho a negarse, pero que eventualmente, en el transcurso de la investigación el juez, a instancias del Fiscal, podrá ordenar que se le practique el examen igualmente».
2. **Hospital San Borja Arriarán:** En su protocolo de aplicación para la Ley sobre Interrupción Voluntaria del Embarazo establece: «Cadena de custodia Junto con las indicaciones propias de sellado, resguardo e identificación de los restos fetales, se menciona que se deberá tomar muestra de sangre que se requiere de la víctima, huella genética indubitada que se utiliza para el peritaje de ADN y bases de datos que dispone el SML, requiere del consentimiento informado por escrito donde la víctima puede aceptar o negarse (es un derecho) quedando registrado en CI para lo cual se debe realizar un segundo R–FUCC1».
3. **Hospital Padre Hurtado:** «Toma de muestra de sangre materna 1. Para la obtención de la muestra de sangre de la paciente deberá contarse con su consentimiento, no así en caso de los restos fetales».
4. **Hospital Dra. Eloísa Díaz:** «Si una mujer mayor de 18 años no ha denunciado el delito de violación, el jefe del establecimiento hospitalario deberá poner en conocimiento del Ministerio Público este delito, con la finalidad de que investigue de oficio al o los responsables. La mujer debe saber que al estar abierto un proceso judicial por violación, los restos fetales serán utilizados como medio de prueba para la persecución del violador pues así lo establece el Código Procesal Penal Art 198. Si ella decide interrumpir, debe haber otro consentimiento por escrito del procedimiento. Este procedimiento deberá explicarse a la mujer detalladamente y de manera sencilla, señalando los riesgos del mismo».
5. **Hospital Ernesto Torres Galdames:** «El trámite de denuncia no es obligatorio si la paciente es mayor de 14 años y no ha realizado denuncia por el delito de violación. Sin embargo, el Jefe de Servicio de Ginecología y Obstetricia informará a la dirección del hospital sobre el caso, señalando los datos generales de la paciente y los antecedentes aportados sobre la configuración del delito, para que desde esa instancia se emita ordinario a Fiscalía Regional».
6. **Hospital Provincial del Huasco Monseñor Fernando Ariztía Ruiz (Vallenar):** «Conforme al artículo 198 del Código Procesal Penal, la toma de muestra de muestra de restos fetales es de carácter obligatorio, solo se informará a la mujer, no requiere expresamente su autorización, no requiere de consentimiento informado».

Con todo, no es únicamente la naturaleza jurídica de la acción la que se ve alterada por el cambio legislativo, sino que de igual forma se alteraron normas de carácter procesal penal.

Debido a que muchos de los Servicios Públicos, de forma discrecional, establecen mediante sus protocolos internos la facultad de tomar muestras del feto sin autorización de la mujer, como si este producto tuviera titularidad jurídica autónoma y no fuera una parte de ella la que se está expulsando de su cuerpo. Para ello, fundamentan sus criterios en lo establecido en el artículo 198 del Código Procesal Penal, omitiendo lo establecido en el artículo inmediatamente anterior sobre exámenes corporales, el que dispone que tanto el imputado como el ofendido por un delito deberán consentir ante un examen corporal y en caso contrario, se solicitará la correspondiente autorización judicial.

En consecuencia, la discrecionalidad de los protocolos —autorizados por el Ministerio de Salud— violan los derechos de igualdad y no discriminación en contra de las mujeres, así como también la integridad física y psicológica al omitir su consentimiento ante un examen corporal y darle titularidad jurídica —que no tiene— al feto.

LA VULNERACIÓN DE LOS PRINCIPIOS DE NO DISCRIMINACIÓN Y DEL DERECHO A LA IGUALDAD ANTE LA LEY

La Constitución de 1980 actualmente vigente, en su artículo 19 número 2, asegura a todas las personas «[l]a igualdad ante la ley. En Chile no hay personas ni grupos privilegiados. En Chile no hay esclavos y el que pise su territorio queda libre. Hombres y mujeres son iguales ante la ley».

El derecho a la igualdad ante la ley exige, entonces, que nuestra legislación no podrá realizar discriminaciones «en el ámbito sociológico, prohibiendo toda distinción basada en aspectos subjetivos de las personas por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opiniones políticas o de cualquier índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición social»[133].

Aun cuando no es posible establecer que exista un derecho constitucionalmente establecido a la intimidad, que pretenda resguardar la acción penal pública previa instancia particular, en el sentido de que su denuncia es relevante para habilitar la investigación del Ministerio Público, el problema aquí planteado sí representa una vulneración al derecho a la igualdad ante la ley.

En ese sentido, es relevante considerar que el legislador sí puede realizar diferencias de trato y que dichas diferencias pueden ser relevantes a la hora de ponderar diferencias materiales que hagan necesaria una consideración distintiva, por ejemplo, para que la ley opere como un ente de igualación entre partes que en términos concretos no son iguales.

Sobre este punto se ha referido Prieto Sánchiz, argumentando que se justificaría un «régimen jurídico diferenciado o desigual en atención precisamente a una desigualdad de hecho que trata de ser limitada o superada»[134]. En un sentido similar, Sepúlveda Hales señala «si bien la intención de la consagración liberal de la igualdad no aspira a corregir la realidad material, de todas maneras, sí aspira al menos a que el derecho no realice discriminaciones entre hombres y mujeres»[135].

Adicionalmente, la Convención para la eliminación de todos los tipos de discriminación en contra de las mujeres (CEDAW en sus siglas en inglés) establece:

El Comité exhorta al Estado parte a que: «a) Adopte una definición jurídica general de todas las formas de discriminación contra la mujer que abarque tanto la discriminación directa como la indirecta, y establezca en su Constitución y/o en otra legislación el principio de igualdad entre la mujer y el hombre, de conformidad con el artículo 2 a) de la Convención, con miras a lograr una igualdad formal y sustantiva entre la mujer y el hombre; b) Tome nota de que las palabras ‹equidad› e ‹igualdad› no son sinónimas ni intercambiables y pueden dar lugar a una confusión conceptual y de que la Convención tiene por objeto eliminar la discriminación contra la mujer y garantizar la igualdad (formal y sustantiva) de hecho y de derecho entre la mujer y el hombre» (recomendación 53º periodo de sesiones).

En un sentido similar, el artículo 26 del Pacto Inter-

[133] Nogueira, Hector (2006). «El derecho a la igualdad ante la Ley, no discriminación y acciones positivas». Revista de Derecho, Universidad Católica del Norte, vol. 13 nº 2: 61-100, p 64.

[134] Prieto, Luis (1995). «Los derechos sociales y el principio de igualdad sustancial». Revista del Centro de Estudios Constitucionales, nº 22: 9-57, p 17.

[135] Sepúlveda, Bárbara (2020). «Hombres y mujeres son iguales ante la Ley» En Juan Pablo Ciudad (compilador), La Constitución comentada. (53-56). Santiago: Editorial USACH, p 53.

nacional de Derechos Civiles y Políticos ha establecido una norma de igualdad autónoma o autosustentada[136]: «todas las personas son iguales ante la ley y tienen derecho sin discriminación a igual protección de la ley. A este respecto, la ley prohibirá toda discriminación y garantizará a todas las personas protección igual y efectiva contra cualquier discriminación por motivos de (…)». De acuerdo a Bayefsky, la igualdad ante la ley y la igual protección de la ley son derechos que se encuentran garantizados en sí mismos, y no solo en tanto representen una amenaza a otro derecho del mismo Pacto[137].

No obstante, «como lo establece la jurisprudencia constitucional e internacionalmente uniformemente, la regulación de las diferencias debe estar justificada racionalmente»[138], por tanto, una diferencia de trato legítima será aquella que esté fundamentada y justificada, tal como ha sido reconocido por el Tribunal Constitucional chileno[139].

La prohibición del aborto es en sí misma una vulneración al derecho a la igualdad entre hombres y mujeres, pues afecta la realización y libre desarrollo de la vida de las mujeres que no desean continuar con un embarazo. La diferencia de trato entre una mujer que fue víctima del delito de violación y que desea realizar la interrupción voluntaria del embarazo, frente a aquellas mujeres que fueron víctimas del delito de violación pero que producto de ella no resultaron embarazadas o bien no desean practicar un aborto, deviene en una diferencia de trato entre mujeres.

Ahora bien, ¿qué diferencia a una mujer que es víctima del delito de violación, pero que no desea practicarse un aborto y una que es víctima de violación y que sí lo desea practicar? De manera evidente, solamente la voluntad de realizarse la interrupción del embarazo. Pero ¿qué tipo de diferencia es la que el legislador realiza? Probablemente, la respuesta a esta pregunta tenga dos dimensiones: la diferencia de trato es una discriminación debido al género o es una discriminación a la voluntad de la mujer que desea practicar un aborto.

De ser una discriminación debido al género, la existencia de una diferencia de trato del legislador en las situaciones planteadas concibe el delito de violación como un delito cuya acción penal es de previa instancia particular únicamente en aquellos casos en que no se vea en riesgo la realización de la maternidad de la mujer. En este sentido, el legislador considera la esfera de intimidad protegida por la previa instancia particular de la mujer siempre que la posibilidad de aborto no esté sobre la mesa. Así, la diferencia de trato es un refuerzo normativo de un estereotipo de género: si la mujer se embaraza, debe llegar a término con su embarazo, cumpliendo con la expectativa social asignada a la maternidad.

Por otra parte, también es posible argumentar que esta diferencia de trato sea en torno a la opinión política de la mujer que decide someterse a la interrupción del embarazo invocando la tercera causal. Pues, como hemos desarrollado largamente, la única diferencia concreta entre una mujer que ha sido víctima del delito de violación sin resultado de embarazo, cuya denuncia es necesaria para habilitar al Ministerio Público a investigar los hechos delictivos, y una mujer que ha sido víctima del delito de violación y este ha producido un embarazo, existiendo voluntad para la aplicación de un aborto, es precisamente eso, su voluntad de producirse un aborto. La diferencia de trato que hace el legislador parece fundamentarse también en la opinión de la mujer que desea practicarse un aborto.

LA CONSTITUCIONALIDAD DE LA LEY 21.030

La Ley N° 21.030 ocupó un lugar importante en la discusión pública nacional. No solamente por su significancia política, sino que también por su cuestionamiento a nivel constitucional.

Luego de los diversos requerimientos de impugnación a la Ley, presentados principalmente por entidades religiosas y miembros de la coalición política de Chile Vamos, el Tribunal Constitucional abrió un período de audiencias públicas para escuchar las diversas opiniones de la sociedad civil en relación con la materia.

La sentencia del Tribunal Constitucional terminó por rechazar los requerimientos de inconstitucionalidad presentados, considerando así que el proyecto de Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo en tres causales no implica una vulneración de la norma fundamen-

[136] Bayefsky, Anne. (1990). «El Principio de Igualdad o No Discriminación en el Derecho Internacional». Human Rights Law Journal, vol. 11, n° 1-2: 1:34, p 3.

[137] Ídem

[138] Nogueira, Héctor (1997). «El Derecho a la Igualdad en la Jurisprudencia Constitucional». Revista de Derecho de la Pontificia Universidad Católica de Valparaíso, n° 18: 235-259, p 237.

[139] Tribunal Constitucional de la República de Chile (TC), rol n° 297 de 2/11/1999.

tal. Los argumentos de este fallo fueron los siguientes:

1. La Constitución Política de la República de Chile realiza una distinción en torno a los tipos de protección que merecen la vida de la persona y la vida del que está por nacer, según lo establece el artículo 19 nº1 inciso primero e inciso segundo. Así, en el primer inciso se contempla el derecho a la vida de las personas —dentro de las cuales por supuesto se encuentra la vida de las mujeres embarazadas, o no— y en el segundo —la vida del que está por nacer— no se reconoce un derecho sino un mero bien jurídico, y con ello, la forma de adopción de esta protección está destinada al legislador, no a la Constitución, pues esta no contempla la forma de abordar dicha protección.
2. Lo anterior coincide con una interpretación lógica y sistemática del ordenamiento jurídico nacional, pues tanto el Código Civil como el Código Penal conceden regímenes diferenciados de protección para la persona y para el nasciturus: ejemplo de ello es que el artículo 55 del Código Civil considera que las personas son los individuos de la especie humana y el artículo 72 establece que la existencia legal de toda persona principia al nacer. Lo mismo ocurre con la distinción entre homicidio y aborto realizada por el Código Penal, regulándolo incluso en una sección distinta a la de los delitos contra «las personas».
3. Se realizó un argumento histórico, considerando que «el constituyente originario consideró necesario distinguir entre el reconocimiento del derecho a la vida de las personas, y la protección relativa del nasciturus, la cual debe ser armónica con los derechos humanos de las mujeres, descartando de plano la prohibición absoluta del aborto defendida por la minoría[140]».
4. Luego, se determinó la constitucionalidad del proyecto pues su contenido se encuentra conforme al derecho internacional de los derechos humanos, considerando así que «ya no es la Constitución el parámetro último de control, sino que lo es el sistema internacional de protección de derechos humanos[141]». Para ello se consideró la Sentencia Artavia Murillo de la Corte Interamericana de Derechos Humanos, cuya vital importancia se encuentra en haber, por primera vez, interpretado el artículo 4.1 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos en clave de derechos sexuales y reproductivos. Quizás el argumento más relevante tuvo que ver con que la protección del no nacido es «gradual e incremental según su desarrollo[142]».
5. Se reconoció la significancia de una interpretación evolutiva de la Constitución, considerando el contexto histórico que hace posible las transformaciones jurídicas y sociales. En ese sentido, se mencionó que «la conciencia social del momento en Chile permite integrar con naturalidad el aborto en las tres causales propuestas en el proyecto[143]».

En este marco, la sentencia del Tribunal Constitucional no abordó la pregunta de la legitimidad en la diferencia de trato normativo en relación a la naturaleza de la acción penal del delito de violación en los términos anteriormente expuestos.

Es más, el contenido de la Sentencia reivindicó esta diferencia de trato, mencionando que «en cuanto a las objeciones penales, debe observarse que el proyecto obliga a hacer las denuncias que correspondan. Para tal efecto, hace un distingo. De un lado, la mujer mayor de 18 años. Esta, de acuerdo al artículo 369 del Código Penal, no está obligada a hacer la denuncia a la justicia o al Ministerio Público. No obstante eso, el proyecto dice que si la mujer no hizo la denuncia, los jefes de los establecimientos hospitalarios o de clínicas particulares, deben poner en conocimiento del Ministerio Público este delito. (...) No es, por tanto, que el asunto penal no importe. Es solo que no condiciona el procedimiento de interrupción[144]».

En este sentido, la justificación que otorga el Tribu-

[140] Zúñiga, Alejandra (2017). «Derechos reproductivos son derechos humanos». Argumentos para la Discusión sobre la Interrupción Legal del Embarazo: 1-5, p 2.

[141] Ídem, p 3.

[142] Corte CIDH. Caso Artavia Murillo y otros (fecundación in vitro) vs. Costa Rica. Excepciones preliminares, fondo, reparaciones y costas. Sentencia de 28 de noviembre de 2012, numeral 264.

[143] Zúñiga, 2017: 4.

[144] Tribunal Constitucional de la República de Chile (TC), rol N° 3729(3751)-17. Sobre requerimiento de inconstitucionalidad presentado por un grupo de Senadores y Diputados respecto del proyecto de ley que regula la despenalización de la interrupción voluntaria del embarazo en tres causales. Sentencia de 21 de agosto de 2017, p 119.

nal Constitucional a esta diferencia de trato guarda relación con la importancia penal del asunto. Nuevamente, llama la atención esta noción de importancia penal reforzada por existir un embarazo producto de una violación, sobre todo considerando que la violación es en sí misma un delito penal de alta importancia jurídica y social.

Vale la pena mencionar el examen realizado por el Tribunal Constitucional respecto de los recursos de apelación procedentes en la autorización judicial sustitutiva. Para el ejercicio de la IVE en menores de 14 años, se requiere —además de su propia voluntad— la autorización de su representante legal. Ahora, la ley reconoce la posibilidad de que esta segunda voluntad provenga de la «autorización judicial sustitutiva» en caso de que falte la autorización del representante legal o se sospeche de la vulneración de derechos de la menor. Así, se deberá acudir al Tribunal de Familia para que entregue su aquiescencia o denegación de la autorización.

El proyecto original contemplaba la posibilidad de apelar la decisión del Tribunal de Familia sólo en los casos en que se denegara la autorización por parte del Tribunal, y no así, para aquellos casos en que se aceptara. Respecto a ello, el Tribunal Constitucional mencionó que la restricción de la procedencia del recurso de apelación sólo en caso de que la autorización judicial sustitutiva fuese denegada para la aplicación de la interrupción voluntaria del embarazo, importaba una afectación a la tutela judicial reconocida por el artículo 19 nº 3, pues el recurso de apelación debiese otorgarse tanto en el caso de denegación como de aceptación de la autorización judicial sustitutiva.

A su respecto, el Tribunal Constitucional mencionó que «la preceptiva deviene en contraria a la Política por cuanto crea una diferencia de trato que no es admisible conforme lo previsto en el artículo 19, numeral 2º de la Carta Fundamental[145]».

Finalmente, el tribunal terminó por reconocer una diferencia de trato inconstitucional para las partes envueltas en la tramitación de una autorización judicial sustitutiva, indicando que esta diferencia implicaría una afectación directa del principio de igualdad ante la ley, cuestión que ni siquiera fue evaluada para la diferencia de trato introducida en la naturaleza de la acción penal del delito de violación y su variación arbitraria.

«La ley reconoce la posibilidad de que esta segunda voluntad provenga de la ‹autorización judicial sustitutiva› en caso de que falte la autorización del representante legal o se sospeche de la vulneración de derechos de la menor»

[145] Ídem, considerando vigésimo.

CONCLUSIONES

La entrada en vigencia de la Ley N° 21.030 ha traído un avance en la autonomía de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, al considerar que, en situaciones especialmente graves, el derecho a la vida de las mujeres —en tanto personas— debe necesariamente prevalecer por sobre la protección del feto.

Por su parte, el Tribunal Constitucional concluyó claramente que la protección del feto es una tarea que el constituyente ha dejado al legislador y que con ello no es materia constitucional. No obstante lo anterior, y siguiendo la línea argumentativa que permitió la legislación del aborto en tres causales, en una situación de embarazo existe una persona —la mujer— y un nasciturus. En ese sentido, los derechos fundamentales los tienen aquellas personas que ya poseen una existencia legal.

La introducción del deber de denuncia de los jefes de hospitales y otras entidades de salud en los casos de aborto en la tercera causal fue significado por el Tribunal Constitucional como válido, en tanto reconoce el interés jurídico penal que existe en esta situación.

Ahora bien, ¿cuál es el interés penal que pretende hacer valer la introducción de este artículo? Si la respuesta fuese el interés penal que implica la ocurrencia del delito de violación del que ha sido víctima la mujer, este refuerzo de denuncia no tendría mucho sentido, pues la denuncia en el delito de violación es la facultad de la víctima, tal como establece el artículo 369 del Código Penal. Por lo tanto, el interés penal en el delito de violación se concibe desde la actuación de la víctima para habilitar al Ministerio Público al ejercicio de la investigación penal.

Entonces, ¿de quién es el interés? ¿Es el interés de la sociedad toda en que la tercera causal se ocupe correctamente? ¿Es el interés del nasciturus en no ser destruido por una causa no legítima? Vale la pena recordar que, en determinado momento de la discusión pública, se argumentó la necesidad de que la denuncia del delito de violación debía ser requisito de procedencia de la interrupción voluntaria del embarazo en la causal de violación[146].

Finalmente, la denuncia no quedó concebida como requisito de procedencia. No obstante, la modificación de la naturaleza de la acción penal en el delito de violación solo en casos de aplicación de IVE muestra la suspicacia con la que la ley concibe la realización de un aborto en la tercera causal.

Pareciera ser que la introducción del artículo 119 bis inciso 5° de la Ley N° 21.030 es una concesión a los sectores que consideraron que la tercera causal podría ser «mal utilizada» y que sería la puerta de entrada a un aborto libre, y con ello se sostiene una suerte de invalidación de su autonomía consagrada normativamente en torno a las mujeres que deseen acceder a la tercera causal.

Ello profundiza la concepción del aborto como un delito, aun cuando la Ley IVE vino precisamente a despenalizar el tipo penal del aborto en una situación en que la mujer ha sido víctima del delito de violación (y otras dos causales). Así, la intimidad que pretende salvaguardar la acción penal pública previa instancia particular en los delitos de violación que no han producido un embarazo —o bien que sí lo han producido pero la maternidad no se ve riesgo— no se ve realizada en aquellos casos en que producto de la violación ha ocurrido un embarazo y existe la voluntad de la mujer de dar término a este.

Así, la intimidad de la mujer cede ante el interés de la sociedad —o del feto, no queda claro—, al invalidar la autonomía en su calidad de mujer y víctima, debiendo soportar una carga adicional tanto intra como extraprocesal al someterse a la interrupción del embarazo invocando la tercera causal.

Es fundamental que con la apertura del proceso constituyente nuestra sociedad sea capaz de revisar y revisitar la pregunta por el aborto como un derecho propiamente tal. Observando cuidadosamente cuáles han sido las deficiencias tanto normativas como de implementación que ha traído la Ley N° 21.030, comprendiendo que el aborto como un derecho humano requiere de un cuerpo normativo que facilite la realización de este, no de normativas que dificulten e impidan el ejercicio de un derecho. Solo así podremos caminar hacia una mirada descriminalizada del aborto, que tan necesaria es para que las mujeres seamos consideradas verdaderas sujetas de derechos.

[146] Para más información ver: https://www.cooperativa.cl/noticias/pais/iglesia-catolica/arzobispo-de-concepcion-tres-causales-son-la-llave-de-la-puerta-del/2017-09-18/170953.html.



Cierre

Palabras finales

Desafíos en el aporte a la construcción de democracia y justicia reproductiva en el Chile actual

Soledad Díaz Pastén[147]

[147] Presidenta del Directorio de Corporación Miles

Los derechos sexuales y reproductivos aluden a dos situaciones vitales de las personas, como son la sexualidad y la reproducción, que asimismo hacen referencia al derecho a la autonomía reproductiva y al derecho a la atención en salud reproductiva, ambos relacionados al derecho a la salud.

Una premisa fundamental, que se ha planteado en la discusión para la elaboración de una nueva Carta Magna en el país, es que los derechos sexuales y derechos reproductivos son derechos humanos. Actualmente, desde los poderes del Estado se tiende a conferir un contenido restringido a estos derechos, dificultando que las personas puedan ejercer y decidir sobre su sexualidad y reproducción de manera autónoma, libre y consciente.

Desde diferentes propuestas teóricas se encuentran sustratos para la discusión sobre qué implica la construcción de una cultura democrática, para evidenciar de alguna manera, que esta se constituye en todo un desafío cuando hay tópicos de la realidad social cotidiana que frecuentemente no se toman en consideración, como son los derechos que se corresponden con la sexualidad y la reproducción de las mujeres, la niñez y adolescencia, las personas migrantes y las personas LGBTIQ+. La construcción de una cultura democrática, considerada como democracia de la cotidianidad, tiene que ver con el cómo se desarrollan las relaciones en la sociedad, especialmente cuando se busca conciliar participación con heterogeneidad, fomentando el respeto por la diversidad societal. Las crisis de las sociedades, como las sanitarias, políticas o fiscales, se hacen más dramáticas cuando la cultura democrática no está firmemente consolidada. Se podría enunciar aquí que la pandemia del Covid-19 puso en evidencia la conmovedora desigualdad social en Chile y se hizo más patente una cultura autoritaria proveniente del Estado. Se hizo visible la discriminación y el trato vejatorio hacia las personas excluidas de la sociedad. Obviamente, esto no es compatible con una cultura de democracia.

El informe que, año con año, viene publicando la Corporación Miles pretende mostrar, a través de acuciosas investigaciones, cómo se visualiza el comportamiento de los derechos sexuales y reproductivos en una cultura en permanente construcción democrática. Hay momentos exitosos de avance, que luego se ven ralentizados por las barreras que se presentan al momento de su cumplimiento y garantía.

Este tercer informe Sobre Derechos, Salud Sexual Reproductiva y Violencia de Género en Chile nos muestra específicamente que en materia de reconocimiento de derechos y justicia reproductiva se está al debe con la sociedad chilena porque se reveló que existen barreras de acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva que afectan principalmente a la población joven, que las mujeres migrantes son objeto de racismo y discriminación en los servicios de salud, que las personas no son protagonistas al momento de diseñar programas de atención en salud, en especial

cuando se trata de prevención de infecciones de transmisión sexual y, por último, el ejercicio de autonomía de las mujeres ante la decisión de un aborto por causal violación se ha visto alterado porque se habilitan otras instancias o personas que entrampan el proceso.

Corporación Miles seguirá atendiendo el desafío permanente del respeto a los derechos sexuales y reproductivos y a la justicia reproductiva, además del respeto a las diferencias, las diversidades y el reconocimiento de la pluralidad de la sociedad chilena, apostando y aportando desde el lugar de la sociedad civil para la convivencia en democracia, contribuyendo al ejercicio de las libertades ciudadanas, sobre todo en el ejercicio de la libertad de decidir.

«La pandemia del Covid–19 puso en evidencia la conmovedora desigualdad social en Chile y se hizo más patente una cultura autoritaria proveniente del Estado»



Este libro se terminó de imprimir en los talleres de Larrea Marca Digital durante el mes de abril de 2021.

Para su composición y diagramación fueron utilizadas las siguientes tipografías: *DM Mono* para los títulos de la publicación y *Lato* para los bloques de textos.

CORPORACIÓN MILES

Corporación Miles trabaja para promover el libre ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos (DSR) de todas las personas buscando aportar en la construcción de sociedades libres de discriminaciones y violencias. Sistemáticamente publica estudios y monitoreos actualizados para facilitar el acceso a información sobre derechos sexuales y reproductivos.

Nuestro Tercer Informe sobre Derechos Sexuales, Reproductivos y Violencia de Género aporta con antecedentes y argumentos actualizados en estas materias. Pretende ser un insumo de trabajo para organizaciones y personas que defiendan los DSR en la región y luchen contra la violencia de género en su quehacer cotidiano. En este documento encontrarán investigaciones en salud sexual y violencia de género, antecedentes y recomendaciones para mejorar las políticas públicas y programas sociales.

Abril 2021
www.mileschile.cl