



OBSERVATORIO DE EQUIDAD DE GÉNERO EN SALUD

INFORME 2006

Observatorio de Equidad de Género en Salud. Informe 2006
Organización Panamericana de la Salud/
Organización Mundial de la Salud
Proyecto Género, Equidad y Reforma de la Salud. Segunda Fase.
Serie Observatorio de Equidad de Género en Salud 2007
Primera Edición: febrero 2007

Auspicio: **Fundación Ford**

Núcleo Técnico del Observatorio de Equidad de Género en Salud

- **María Eugenia Calvin**
(Educación Popular en Salud, EPES)
- **Sandra Castañeda**
(Red de Salud de las Mujeres de América Latina y el Caribe)
- **Ximena Díaz**
(Centro de Estudios de la Mujer, CEM)
- **Pamela Eguiguren**
(Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile)
- **Marcela Ferrer**
(Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile)
- **Thelma Gálvez**
(consultora externa OPS/OMS Chile)
- **Nirvana González**
(Red de Salud de las Mujeres de América Latina y el Caribe)
- **Yamileth Granizo**
(Foro Red de Salud de Derechos Sexuales y Reproductivos)
- **Patricio Hevia**
(Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile)
- **Margarita Iglesias**
(Centro de Estudios de Género y Cultura de América Latina, Universidad de Chile)
- **María Isabel Matamala**
(OPS/OMS Chile)
- **José Olavarría**
(Centro de Estudios de Desarrollo de la Mujer, CEDEM)
- **Patricia Provoste**
(Consultora Hexagrama)



Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud
Proyecto Género Equidad y Reforma de la Salud, Chile, Segunda Fase
Serie Observatorio de Equidad de Género en Salud N° 3



Elaboraron este Informe

- **María Eugenia Calvin**
- **Pamela Eguiguren**
- **Marcela Ferrer**

Diseño: **Marcela Solís**
Secretaría: **Graciela Acevedo**
Imprenta: **LOM Ediciones**
Fotos: **OPS/OMS Chile, Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe, Marcela Passalacqua.**



OBSERVATORIO DE EQUIDAD DE GÉNERO EN SALUD

INFORME 2006



Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud
Proyecto Género Equidad y Reforma de la Salud, Chile, Segunda Fase
Serie Observatorio de Equidad de Género en Salud N° 3



| | |
|--|-----------|
| Presentación y agradecimientos | 6 |
| 1. Contexto Social y Demográfico | 8 |
| 2. Situación General de Salud | 9 |
| 3. Atención de Salud | 12 |
| 4. Calidad de Atención | 18 |
| 5. Financiamiento y Presupuesto Público | 21 |
| 6. Recursos Humanos de la Salud | 22 |
| 7. Participación | 23 |
| 8. Componentes Específicos de la Situación de Salud | 26 |
| Conclusiones: Los avances destacables y los principales desafíos | 43 |

PRESENTACIÓN Y AGRADECIMIENTOS

Este documento presenta el Informe 2006 del Observatorio de Equidad de Género en Salud. El Informe entrega la evaluación sobre el nivel que alcanzaron los indicadores monitoreados por el Observatorio. Estos indicadores dan cuenta de la situación de las prioridades del movimiento social por la equidad de género en salud, definidas en el año 2004. Con esto, se pretende destacar los avances en materia de equidad de género en salud, como también mostrar los temas pendientes y, sobretodo, aquellas áreas de intervención pública que muestran retrocesos y que, por lo mismo, requieren de la acción urgente de distintas entidades del gobierno. De esta forma, la sociedad civil organizada contribuye a la producción de evidencia para la evaluación y formulación de políticas públicas, que impactan la equidad de género en salud.

El Informe 2006 presenta la situación de un conjunto de indicadores correspondientes a los siguientes campos de observación:

1. Contexto Social y Demográfico
2. Situación General de Salud
3. Atención de Salud
4. Calidad de Atención
5. Financiamiento y Presupuesto Público
6. Recursos Humanos de la Salud
7. Participación
8. Componentes Específicos de la Situación de Salud

6

La selección de los indicadores que forman parte de este Informe se realizó considerando dos criterios: **a)** aquellos sobre los cuales se tuviera información actualizada; y **b)** aquellos que mostraran cambios relevantes para la toma de decisiones de política pública. Respecto del primer criterio, por ejemplo, fueron excluidos todos los indicadores cuya fuente es la Encuesta CASEN, pues la última versión disponible corresponde al año 2003. La situación de todos los indicadores monitoreados por el Observatorio puede revisarse en su página Web:

<http://www.observatoriogenerosalud.cl>

El Observatorio agradece a todas las instituciones y personas que facilitaron la información para la actualización de los indicadores. Ellas son:

- Departamento de Seguridad Preventiva. Sección de Análisis Estadístico y Operaciones Preventivas. Carabineros de Chile.
- Juan Carlos Araneda. Area de Estudios, CONACE.
- Teresa Vecilla. Encargada de Género, FONASA.
- Ernesto Contreras. Programa Orígenes, MIDEPLAN.
- Claudia Alarcón. Secretaría Técnica de Educación en Sexualidad, Afectividad y Género, MINEDUC.
- Myriam Allende. Departamento de Atención Primaria, MINSAL.
- Patricia Miranda. Departamento de Atención Primaria, MINSAL.
- Alain Palacios. Departamento de Economía de la Salud, Unidad de Cuentas de Salud y Análisis Sectorial, MINSAL.
- Danuta Rajs. Departamento de Estadísticas e Información de Salud, DEIS-MINSAL.
- Ximena Carrasco. Departamento de Estadísticas e Información de Salud, DEIS-MINSAL.
- Rodrigo Salinas. Departamento de Estudios, MINSAL.
- Juan Carlos Moreno. Departamento de Gestión y Desarrollo de Recursos Humanos, MINSAL.
- Carmen López. Programa del Adolescente, MINSAL.

- Iris Hernández. Programa de Salud de la Mujer, MINSAL.
- Miriam Gonzalez. Programa de Salud de la Mujer, MINSAL.
- Flor Dragicevic. Subsecretaría de Redes Asistenciales, MINSAL.
- María Elena Varela. Salud Mental, MINSAL.
- Ximena Rayo. Salud Mental, MINSAL.
- Rosa Lizama. Unidad de Calidad de Vida y Relaciones Laborales, MINSAL.
- Nora Donoso. Unidad de Participación Social, División de Gestión de la Red Asistencial, MINSAL.
- Pamela Farías. Departamento de Estudios, Ministerio del Trabajo y Previsión Social.
- Andrea Figueroa, Comunicaciones, SERNAM.
- María Cristina Aviles, SERNAM.
- Emilio Torres. Unidad de Estudios, Superintendencia de Seguridad Social, SUSESO.
- Alberto Muñoz. Departamento de Estudios y Desarrollo, Superintendencia de Salud.
- Cristina Gueneau de Mussy. Encargada de Género, Superintendencia de Salud.

El Observatorio deja constancia que varios de los indicadores pudieron ser actualizados sobre la base de información publicada por las siguientes instituciones:

- CONACE. Estudios nacionales de consumo de drogas y estupefacientes.
- Congreso Nacional. Sistema de Información Legislativa, SIL.
- FONASA. Fondo Nacional de Salud. DGE-Estudios.
- FONADIS. Primer Estudio Nacional de la Discapacidad, ENDISC, 2004.
- INE. Instituto Nacional de Estadísticas. Varias estadísticas.
- Instituto Médico Legal.
- MINSAL:
 - Departamento de Estadísticas e Información de Salud. DEIS-MINSAL.
 - Departamento de Epidemiología.
 - Departamento Programa de las Personas, Unidad de Salud Mental.
 - CONASIDA.
- Registro Civil e Identificación. Estadísticas Registro Nacional de Discapacidad.
- SERNAM. Base de Datos Mujer.
- Superintendencia de Salud, Varias estadísticas.

Agradecemos de manera especial a Thelma Gálvez, por su valioso trabajo en el Observatorio, fundamental en el proceso de construcción, establecimiento de líneas de base y publicación online de estos indicadores.

Por último, el Observatorio agradece a la Representación en Chile de OPS/OMS, encabezada por el Dr. Juan Manuel Sotelo; a la Unidad Género, Etnia y Salud de OPS/OMS, y a su responsable, Elsa Gómez, por el apoyo permanente a la constitución del Observatorio y sus distintas actividades. En especial, agradece a la Dra. María Isabel Matamala, profesional de la Representación de la OPS/OMS en Chile, por su labor incansable para hacer del Observatorio un efectivo instrumento de vigilancia ciudadana.

1. CONTEXTO SOCIAL DEMOGRÁFICO

| DEMOGRÁFICO | | | |
|---|--|---|-----------------------|
| 2005 | 2006 | Índice de Femeidad de la Población de 80 Años y más. ¹ | Estado |
| 181.1 mujeres por cada 100 hombres mayores de 80 | 179.8 mujeres por cada 100 hombres mayores de 80 | <p>Las personas de 80 y más años son en su mayoría mujeres.</p> <p>Por cada 100 hombres de 80 y más años existen casi 180 mujeres.</p> <p>Las mujeres adultas mayores constituyen un grupo vulnerable.</p> | sin cambios |
| 2001 | | Porcentaje de población de 75 y más años autovalentes, según sexo. ² | Estado |
| <p>Hombres 78,2%</p> <p>Mujeres 54,2 %</p> <p>Diferencia 24 puntos porcentuales</p> | | <p>Los hombres de 75 y más años son más auto-valentes que las mujeres de esa misma edad.</p> <p>54,2 de cada 100 mujeres de 75 años y más son auto-valentes, comparado con 78,2 de cada 100 hombres de 75 años y más son auto-valentes.</p> | no es posible evaluar |

El aumento de la esperanza de vida y la baja fecundidad tienen como resultado una proporción creciente de población de 80 años y más, lo que se conoce como envejecimiento de la población. Debido a la mayor mortalidad masculina que ocurre en todas las edades, pero que aumenta al final de la vida, en esta edad predominan las mujeres. Ellas tienen mayores necesidades de cuidados, pues los hombres sobreviven en mejores condiciones. Esto se demuestra en que los hombres tienen una mayor auto-valencia que las mujeres, lo que significa que más hombres que mujeres, de esas edades, pueden realizar actividades de la vida diaria sin limitaciones.

El Observatorio espera que la mayor vulnerabilidad de las mujeres adultas mayores sea considerada en las políticas públicas intersectoriales.

¹ Instituto Nacional de Estadísticas, INE, Proyecciones de población vigentes año 2005 y 2006.

² Encuesta SABE, Salud, Bienestar y Envejecimiento. Caso de Chile. OPS/ MINSAL/ BID/ INTA.

Investigadora principal: Cecilia Albala. Coinvestigadores: Pedro Paulo Marin, Fernando Vio, Carola García.

2. SITUACION GENERAL DE SALUD

| DISCAPACIDAD | | | |
|---|---|--|------------------------------|
| 2003 | 2006 | Número de mujeres y hombres con discapacidad inscritos en el registro nacional de discapacidad. ³ | Estado |
| <p>Mujeres: 51.700 Hombres: 62.600</p> <p>cifras estimadas por muestra de hogares, estudio FONADIS.</p> | <p>Mujeres: 47.719</p> <p>Hombres: 53.429</p> | <p>Las estadísticas del Registro Nacional de Discapacidad informan más hombres que mujeres registrados.</p> <p>Según un estudio del FONADIS (2004), basado en una muestra de hogares, existirían cerca de 864 mil hombres con alguna discapacidad y 1 millón 205 mil mujeres. De acuerdo a esto sería esperable una proporción mayor de mujeres que hombres inscritos en el registro nacional.</p> <p>Los datos no son comparables con el año anterior, por lo cual no es posible evaluar el estado.</p> | <p>no es posible evaluar</p> |

Aunque el Registro Nacional de Discapacidad contiene más hombres que mujeres, las estimaciones del Fondo Nacional de Discapacidad, FONADIS, indican que existirían más mujeres que hombres discapacitados. Dado que estar inscrito en este registro es un requisito para recibir beneficios del FONADIS, el Observatorio espera que se tomen medidas para aumentar el número de mujeres discapacitadas inscritas.

³ Ministerio de Justicia, Servicio de Registro Civil e Identificación, Estadística Discapacidad, Registro Nacional de Discapacidad. http://www.registrocivil.cl/f_estadisticas_enfoque_de_genero.html.

| MORTALIDAD | | | |
|---|--|--|---------------|
| 2003 | 2004 | Tasa de mortalidad materna.⁴ | Estado |
| 13.4 por 100 mil NV | 17.3 por 100 mil NV | La tasa de muertes maternas por 100 mil nacidos vivos aumentó entre el año 2004 y 2003. El número de muertes maternas registrado el año 2004 fue 42 y el 2003 fue 33 . | retroceso |
| 2003 | 2004 | Tasas de mortalidad de niñas y niños menores de un año.⁵ | Estado |
| Niñas: 7.2 por 100 mil NV Niños 8:4 por 100 mil NV | Niñas: 7.3 por 100 mil NV Niños 9:4 por 100 mil NV | La tasa de mortalidad en menores de un año aumentó el año 2004 en relación con el año 2003. La tasa aumentó levemente en las niñas y en mayor medida en los niños. La diferencia entre ambos sexos fue de 2.1 muertes de niñas menos que de niños por cada 100 mil nacidos vivos, NV. | retroceso |
| 2003 | 2004 | Tasa de mortalidad de mujeres y de hombres por causas externas.⁶ | Estado |
| Mujeres: 18.1 por 100 mil Hombres: 76.4 por 100 mi | Mujeres: 18.1 por 100 mil Hombres: 75.8 por 100 mil | Entre el año 2004 y el año 2003, la tasa de mortalidad por causas externas se mantuvo constante en las mujeres y disminuyó en los hombres. Sin embargo, continúan muriendo muchos más hombres que mujeres por causas externas. Las causas externas incluyen accidentes, envenenamientos, agresiones y lesiones autoinflingidas. | avance |

⁴ Ministerio de Salud - MINSAL, Departamento de Estadísticas e Información de Salud, DEIS.

⁵ Ministerio de Salud - MINSAL, Departamento de Estadísticas e Información de Salud, DEIS.

⁶ Valor año 2003: INE. Chile: Anuario de Estadísticas Vitales. Valor año 2004: Ministerio de Salud- MINSAL, Departamento de Estadísticas e Información de Salud, DEIS; Instituto Nacional de Estadísticas, INE, Proyecciones de población vigentes para el año 2004.

| 2003 | 2004 | Tasa de mortalidad por accidentes, agresiones autoinfligidas y otras, en mujeres y hombres, en el grupo de edad de 15 a 34 años. ⁷ | Estado |
|--|--|---|-----------|
| Mujeres: 11.0 por 100 mil Hombres: 75.2 por 100 mil | Mujeres: 13.2 por 100 mil Hombres: 77.5 por 100 mil | En personas de entre 15 y 34 años, las muertes por accidentes, agresiones autoinfligidas y otras ocurren más en hombres que en mujeres. Ambas tasas aumentaron en el año 2004 respecto del año 2003. | retroceso |

Los indicadores de mortalidad incluidos en este campo corresponden a muertes en rangos de edad y por causas que, de acuerdo a nuestro nivel de vida y desarrollo, son evitables y debieran ser mínimas. Los indicadores globales o nacionales esconden las diferencias entre quintiles de ingresos, áreas geográficas y otras variables que son expresión de la desigualdad social y económica.

Las muertes por causas relacionadas al embarazo, parto y puerperio aumentaron el año 2004 en relación al año anterior. El año 2003 había mostrado una baja considerable de muertes por estas causas, respecto de la tendencia que traía. Esto podría deberse también a problemas de registro, ya que el año 2004 retoma valores parecidos al período anterior (2002: 17,0/100 mil NV).

En el caso de la mortalidad infantil, la brecha entre niñas y niños aumenta, como también la mortalidad infantil total.

La mortalidad por causas externas, es decir, lesiones autoinfligidas, accidentes de tránsito u otros, agresiones y otros, son indicadores que dan cuenta de la fuerza de los roles de género en la socialización y sus consecuencias negativas, en este caso para los hombres. Los hombres mueren con mayor frecuencia que las mujeres por estas causas. La brecha en la mortalidad por causas externas entre mujeres y hombres se mantiene el año 2004 en relación con el año 2003, pero se registra un aumento en la tasa para ambos sexos.

No se debe olvidar que dentro de las muertes de mujeres por agresión se encuentran aquellas provocadas por sus parejas, información que se vuelve difusa dentro de estos indicadores. Como se afirma más adelante, existe la necesidad urgente de un registro que las distinga y permita monitorear la ocurrencia de estos casos de violencia extrema basada en el género.

El Observatorio espera que el MINSAL realice un monitoreo de la calidad de los registros de muertes maternas, incluyendo auditorías a los casos que se presentan. Plantea también la necesidad de campañas de sensibilización tendientes a disminuir las muertes por causas externas, dirigidas especialmente a los hombres y mujeres jóvenes.

⁷ Valor año 2003 INE: Anuarios de Estadísticas Vitales 2003. Valor año 2004: Ministerio de Salud - MINSAL, Departamento de Estadísticas e Información de Salud, DEIS; Instituto Nacional de Estadísticas, INE, Proyecciones de población vigentes para el año 2004.

3. ATENCIÓN DE SALUD

| SISTEMA PÚBLICO | | | |
|--|--|--|---------------|
| 2004 | 2005 | Diferencia de porcentaje de beneficiarios mujeres y hombres del sistema público.⁸ | Estado |
| Hombres 68,0 Mujeres 67,6 | Hombres 68,4 Mujeres 68,3 | No existe diferencia entre mujeres y hombres de todas las edades que pertenecen al sistema público de salud. Si se examina la tendencia esta cifra viene en aumento desde 1997, lo que se considera un avance. | avance |
| 2004 | 2005 | Cambios netos de cotizantes entre los sistemas público y Sector ISAPRE de ATENCIÓN de salud, por sexo.⁹ | Estado |
| ISAPRE mujeres: - 0,5; ISAPRE hombres : + 0,1; FONASA mujeres: 4,0; FONASA hombres: 10,7 | ISAPRE mujeres: +1,0; ISAPRES hombres: +1,0; FONASA mujeres: 4.5.; FONASA hombres: 2.6 | En relación con el año anterior, en el año 2005 las mujeres presentaron un aumento porcentual mayor que los hombres como cotizantes en el sistema de aseguramiento público (FONASA). Hombres y mujeres aumentaron en igual proporción en el sistema privado o de ISAPRE. Esto indicaría que está aumentando el número de mujeres con posibilidades de autonomía económica. | avance |
| 2005 | 2006 | Las convivientes de los cotizantes del Sistema Público son aceptadas como cargas beneficiarias.¹⁰ | Estado |
| Ante-Proyecto de Ley FONASA a MINSAL | Ante-Proyecto de Ley MINSAL a Presidencia | Las mujeres convivientes siguen sin poder beneficiarse de la cotización de su cónyuge en el sistema de aseguramiento público de salud. Para solucionar este problema, el MINSAL envió a la Secretaría General de la Presidencia un Ante-Proyecto de ley para que las mujeres convivientes puedan ser cargas de su pareja cotizante en FONASA. | avance |

⁸ Valor año 2004: Boletín Estadístico FONASA 2003-2004, http://www.fonasa.cl/prontus_fonasa/site/artic/20070112/asocfile/boletin_estadistico_2003_2004_version_final_pdf_25_07_06_.pdf
Valor año 2005: Boletín Estadístico FONASA 2004-2005,

http://www.fonasa.cl/prontus_fonasa/site/artic/20070112/asocfile/boletin__2004__2005.pdf

⁹ Superintendencia de Salud, Departamento de Estudios.

¹⁰ Fondo Nacional de Salud, FONASA.

| 2005 | 2006 | Los cónyuges y convivientes que no trabajan son aceptados como cargas de la mujer cotizante en el Sistema Público. ¹¹ | Estado |
|----------------|----------------------|--|--------|
| Sin iniciativa | Ante-Proyecto de Ley | Los cónyuges y convivientes de las cotizantes mujeres, que se encuentran sin trabajo, siguen sin poder ser aceptados como carga de ellas. Para solucionar este problema, el MINSAL envió a la Secretaría General de la Presidencia un anteproyecto de ley para que éstos puedan ser beneficiarios como cargas de su pareja cotizante en FONASA. | avance |

El 68.4% del total de hombres y mujeres de todas las edades son beneficiarios/as del sistema público de salud. El número de mujeres cotizantes aumentó tanto en el sistema público como en el privado, lo que indicaría que más mujeres tienen posibilidades de autonomía económica. En esto se debe considerar que estas mujeres pueden ser mujeres jóvenes que recién se integran al mercado de trabajo.

Los convivientes hombres y mujeres, y cónyuges hombres sin trabajo aún no pueden ser beneficiarios/as como cargas de sus parejas que cotizan en el sistema público. Por ello, el hecho de que exista un Ante-Proyecto de Ley para solucionar este problema, y que haya sido enviado por el MINSAL a la Secretaría General de la Presidencia, es una buena señal.

El Observatorio espera que, en el transcurso del año 2007, el Proyecto sea presentado por el Gobierno y aprobado por el Parlamento.

SECTOR PRIVADO

| 2004 | 2005 | Diferencia entre porcentaje de beneficiarios mujeres y hombres del sector ISAPRE. ¹² | Estado |
|---|---|--|--------|
| Hombres 17.4% Mujeres 15.9% | Hombres 17.2% Mujeres 15.5% | La proporción de beneficiarios, tanto mujeres como hombres en el sistema ISAPRE, ha experimentado una leve disminución. Si se examina la tendencia, esta cifra viene en disminución desde 1997. | avance |
| Diferencia 1.5 puntos porcentuales menos mujeres | Diferencia 1.7 puntos porcentuales menos mujeres | | |

¹¹ Fondo Nacional de Salud, FONASA

¹² Valor año 2004: Superintendencia de Salud, http://www.superintendenciasalud.cl/_temporal/474/Boletin%202004/02%20Cartera/Cuadro%20Cartera.xls; Instituto Nacional de Estadísticas; INE, Proyecciones de población vigentes para el año 2004.
Valor año 2005: Superintendencia de Salud, Departamento de Estudios; Instituto Nacional de Estadísticas, INE, Proyecciones de población vigentes para el año 2004.

| 2005 | 2006 | DISCRIMINACIÓN por sexo y edad en los contratos de salud suscritos con ISAPRES.¹³ | Estado |
|--|---|---|---------------|
| GES garantiza equidad en el acceso a prestaciones de salud en ambos sistemas, eliminando la posibilidad de discriminación por sexo y edad en el sistema ISAPRE para 25 problemas de salud. | Ampliación GES a 40 problemas de salud | <p>La ampliación de las Garantías Explícitas de Salud, GES, significa que, para un número mayor de necesidades de salud, se garantiza acceso a prestaciones sin discriminación por edad y sexo.</p> <p>Aunque aún existen pocas prestaciones específicas para la mujer, en las GES, se incorporó la analgesia del parto, como piloto en el sistema público. Será garantizado por ley a partir de Julio de 2007, junto con la ampliación de las GES a 56 problemas de salud.</p> <p>La Superintendencia de Salud continúa regulando a las ISAPRES a través de bandas de precios y de limitaciones en la aplicación de tablas de factores de riesgo por sexo y edad.</p> <p>Permanece la posibilidad de discriminación en los problemas de salud no incluidos en las GES.</p> | avance |
| 2005 | 2006 | Eliminación de las exclusiones relacionadas con la salud reproductiva y con la salud mental de los planes de salud.¹⁴ | Estado |
| <p>GES incluyó Esquizofrenia, Cáncer cervicouterino y Cáncer de mamas</p> <p>Las ISAPRE debieron suspender la venta de planes sin cobertura de embarazo.</p> | <p>GES incluye Depresión en mayores de 15 años Analgesia del Parto.</p> <p>Regulación de cobertura para el Parto y prestaciones de Salud Mental</p> | <p>De acuerdo a las Garantías Explícitas de Salud, GES, las ISAPRE deben eliminar la exclusión para problemas como Esquizofrenia, Depresión para personas mayores de 15 años y Analgesia del parto.</p> <p>A partir de julio de 2005, las ISAPRE están obligadas a incorporar tanto las prestaciones como la cobertura mínima establecidas en el Arancel del FONASA, en la Modalidad de Libre Elección, que incorpora, entre otras prestaciones, las de salud mental y las asociadas al parto.</p> | avance |

¹³ Superintendencia de Salud, Departamento de Estudios.¹⁴ Superintendencia de Salud, Departamento de Estudios.

Las Garantías Explícitas en Salud, GES, han permitido eliminar la discriminación por sexo y edad en forma progresiva desde el año 2005, teniendo proyectado cubrir 56 problemas de salud en Julio de 2007. Esto implica la eliminación de exclusiones en el sistema ISAPRE, de algunos problemas de salud reproductiva y de salud mental que están cubiertos por las GES.

La posibilidad de discriminación existe para el resto de los problemas no incluidos en las GES. Por ello, la Superintendencia de Salud ha implementado otros mecanismos de regulación, que en teoría limitan la posibilidad de discriminación. Hasta el momento no hay estudios sobre la efectividad de estos mecanismos.

El Observatorio espera que la Superintendencia de Salud realice un monitoreo de las medidas implementadas para impedir la discriminación por sexo y edad en problemas de salud no incluidos en las GES, y de su efectividad. También, que detecte exclusiones en los planes de salud y tome las medidas correspondientes.

SECTOR DE CUIDADO NO REMUNERADO - ÁMBITO FAMILIAR Y COMUNITARIO

| 2005 | 2006 | Diferencia en horas semanales promedio dedicadas al cuidado de enfermos en el hogar entre mujeres y hombres. ¹⁵ | Estado |
|-----------------|--|--|-----------------------|
| Sin información | Entre personas que realizan cuidados de salud a enfermos: el tiempo promedio destinado es de 20.5 horas semanales, en ambos sexos. | Un estudio sobre cuidados de salud no remunerados, realizado por el Centro de Estudios de la Mujer, CEM, encontró que la gran mayoría de las personas que asumen cuidados en el hogar son mujeres: 86,1% del total. El promedio de horas semanales invertidas en estos cuidados, no difiere según el sexo del cuidador, y es de 20.5 horas semanales. | no es posible evaluar |

¹⁵ Medel J, Díaz X, Mauro A, "Cuidadoras de la Vida: Visibilización de los costos de la producción de salud en el hogar. Impacto sobre el trabajo total de las mujeres" Centro de Estudios de la Mujer; 2006. http://www.cem.cl/pdf/articul2_julio.doc

| 2005 | 2006 | Existencia de protocolos de apoyo institucional a las/os familiares cuidadores de enfermos o de discapacitados en el sistema de salud pública. ¹⁶ | Estado |
|--|--|---|-----------|
| Se elabora un Programa de apoyo a la atención de postrados, que contempla apoyo y protección a cuidadores/as familiares, para ser inaugurado en noviembre 2005. | Se implementa el Programa de apoyo a la atención de postrados en 222 comunas | <p>En Junio del año 2006 se inicia el “Programa de apoyo al cuidado de personas postradas de toda edad, con discapacidad severa o pérdida de autonomía”, destinado a personas de mayor vulnerabilidad social.</p> <p>El Piloto de este Programa comenzó en 10 comunas. En Julio 2006 se inició su ampliación, llegando a una cobertura actual de 222 comunas, de las 345 comunas del país.</p> <p>Este Programa incluye la capacitación a quien realiza los cuidados, junto al apoyo y asistencia técnica del equipo de salud a la persona postrada, a través de visitas domiciliarias. También, un estipendio mensual de \$20.000 para el/la cuidador/a.</p> | avance |
| 2005 | 2006 | Existe legislación para dar beneficios previsionales a quienes han cuidado de familiares enfermos o discapacitados en su hogar. ¹⁷ | Estado |
| No existen iniciativas | No existen iniciativas | Aun no existen iniciativas legislativas para entregar beneficios previsionales a quienes han cuidado de familiares enfermos o discapacitados en su hogar. | retroceso |
| 2005 | 2006 | Existencia de estudios que acopien datos y mediciones sobre el cuidado de enfermos en el hogar y en la comunidad. ¹⁸ | Estado |
| Está en elaboración el estudio “Uso del tiempo en actividades no remuneradas para el cuidado de salud en el hogar”, por el Centro de Estudios de la Mujer, con apoyo financiero de FONIS, Fondo de Investigación en Salud. | Estudio publicado | Investigación realizada en comunas del Gran Santiago por el Centro de Estudios de la Mujer (CEM). Publicación de resultados: “Cuidadoras de la Vida: Visibilización de los costos de la producción de salud en el hogar. Impacto sobre el trabajo total de las mujeres”. | avance |

¹⁶ Ministerio de Salud - MINSAL, Departamento de Atención Primaria.

¹⁷ Núcleo Técnico del Observatorio.

¹⁸ Medel J, Díaz X, Mauro A, “Cuidadoras de la Vida: Visibilización de los costos de la producción de salud en el hogar. Impacto sobre el trabajo total de las mujeres” Centro de Estudios de la Mujer; 2006. http://www.cem.cl/pdf/articul2_julio.doc

SECTOR DE CUIDADO NO REMUNERADO – CUENTAS NACIONALES

| 2005 | 2006 | Cálculo de cuentas de salud incorporando la contribución económica de las familias y de la comunidad al cuidado de la salud. ¹⁹ | Estado |
|--|--|--|--------|
| Hay cálculo de Cuentas de Salud pero no se incorpora la contribución de las familias | El MINSAL inicia un proceso para la incorporación de la contribución económica de las familias | <p>Durante el año 2006 se realizaron dos talleres internacionales sobre Cuentas de Salud y Género.</p> <p>Existe un acuerdo MINSAL - OPS para la realización de una Encuesta de uso del tiempo, como primer paso para la valorización de los cuidados de salud brindados por las familias y la comunidad.</p> <p>Esto, es un paso para la incorporación de la contribución económica de las familias y de la comunidad, en el cálculo de las Cuentas de Salud.</p> | avance |

El Observatorio felicita la implementación del “Programa de apoyo al cuidado de personas postradas de toda edad, con discapacidad severa o pérdida de autonomía”. Este Programa, viene a satisfacer una demanda pendiente de muchas personas de los sectores más vulnerables, en su mayoría mujeres, que asumen, con grandes costos personales los cuidados de familiares postrados. Esto se ve claramente en los resultados del Estudio del Centro de Estudios de la Mujer. Por esta razón es una medida de equidad, y significa también, un reconocimiento al sistema de cuidado no remunerado de la salud, basado en la comunidad, que comparte con el sistema público el cuidado de la salud de la población.

Queda pendiente una respuesta global a este problema, como entregar beneficios previsionales a quienes hayan cuidado de familiares enfermos o discapacitados en su hogar.

Para la incorporación en las cuentas nacionales de salud, es necesario hacer visible la contribución económica que estas/os cuidadoras/es realizan, mediante estudios específicos, como la proyectada Encuesta de uso del tiempo que acordaron el MINSAL y la OPS/OMS. El Observatorio valora esta iniciativa y espera que siga avanzando en esa dirección.

¹⁹ Ministerio de Salud - MINSAL, Subsecretaría de Salud Pública División de Planificación Sanitaria Unidad de Cuentas de Salud y Análisis Sectorial.

4. CALIDAD DE ATENCIÓN

| SEGUIMIENTO DE CALIDAD | | | |
|--|--|--|-------------|
| 2005 | 2006 | La sociedad civil que trabaja en salud con perspectiva de género se incorpora en instancias de auditoría o seguimiento de la calidad de atención. ²⁰ | Estado |
| No existen instancias | No existen instancias | No existen instancias específicas de auditoría o seguimiento de la calidad de atención donde pueda incorporarse la Sociedad Civil que trabaja en salud con perspectiva de género. Las instancias de participación existentes son los Consejos Consultivos, que no tienen este carácter. | sin cambios |
| 2005 | 2006 | Hospitales públicos con maternidad acreditados para la participación de las parejas en la preparación de y en el parto. ²¹ | Estado |
| 36 hospitales públicos | 36 hospitales públicos | No ha aumentado el número de hospitales públicos acreditados para la participación de las parejas en el proceso de preparación de y en el parto. | sin cambios |
| 2004 | 2005 | Porcentaje de partos con operación cesárea sobre el total de los partos, sistema público y privado. ²² | Estado |
| 28.3% de cesáreas sobre el total de partos en el sistema público | 28.0% de cesáreas sobre el total de partos en el sistema público | La proporción de partos con operación cesárea, sobre los partos totales atendidos a mujeres beneficiarias en el sistema público, se mantuvo prácticamente sin cambios entre el año 2005 y el año 2004. La proporción de partos con operación cesárea en el sistema ISAPRE en el año 2005 fue de 63.9 cesareas por cada cien partos. | sin cambios |

²⁰ Ministerio de Salud - MINSAL, Unidad de Participación Social.

²¹ Ministerio de Salud - MINSAL, Programa de Salud de la Mujer

²² Ministerio de Salud - MINSAL, Departamento de Estadísticas e Información de Salud, DEIS; Superintendencia de Salud

No existen instancias específicas para el seguimiento de la calidad de atención, donde pueda incorporarse la sociedad civil que trabaja en salud con perspectiva de género.

El porcentaje de cesáreas, sobre el total de partos, prácticamente se ha mantenido igual entre el año 2005 y el año 2004, aunque muestra tendencia descendente en los últimos años. La proporción de partos con operación cesárea en el sistema ISAPRE es inaceptable, ya que, según la OMS, tasas mayores al 15% indican un uso inapropiado del procedimiento.

El Observatorio espera que el MINSAL desarrolle estrategias para promover el descenso del número de partos por operación cesárea, acercando este indicador a las recomendaciones internacionales. Se esperan acciones de sensibilización al cuerpo médico y también a las mujeres, en su derecho a no ser sometidas a este procedimiento quirúrgico sin razones justificadas.

El Observatorio también espera que el MINSAL asegure la creación de instancias específicas para el seguimiento de la calidad de atención, con participación activa de organizaciones de la sociedad civil, que trabajan en salud con perspectiva de género.

REGULACIÓN

| 2005 | 2006 | Existencia de normativa y protocolos sobre consentimiento informado en el sistema público y en el sector privado. ²³ | Estado |
|------------------------|------------------------|---|-------------|
| Sin normativa nacional | Sin normativa nacional | El Proyecto de Ley sobre Derechos y Deberes de las Personas en Salud ha sido reformulado y se encuentra iniciando su primer trámite en el Parlamento. Este proyecto establece como requisito el proceso de consentimiento informado en las atenciones de salud. | sin cambios |

²³ Ministerio de Salud - MINSAL, Departamento de Estudios.

| 2005 | 2006 | Las normas de salud incluyen atención humanizada del aborto según normas de la O.M.S. para aborto sin riesgos. ²⁴ | Estado |
|---|---|--|-------------|
| No existen normas | No existen normas | No se contempla la atención humanizada del aborto en las normas de salud. | sin cambios |
| 2005 | 2006 | Existencia de normativa nacional acerca de la humanización del proceso reproductivo. ²⁵ | Estado |
| No hay normas en aplicación sobre humanización del proceso reproductivo. Se encuentran en proceso de elaboración. | No hay normas en aplicación sobre humanización del proceso reproductivo. Se encuentran en proceso de elaboración. | Se encuentra en elaboración un Manual de Atención Personalizada e Integral del Proceso Reproductivo. | sin cambios |

Se encuentra en proceso de elaboración el “Manual de Atención Personalizada e Integral del Proceso Reproductivo”. Sin embargo, no existen normas de atención humanizada del aborto, que recojan recomendaciones de la OMS.

El Observatorio espera que el MINSAL concluya la elaboración del Manual, y avance en la humanización de la atención del proceso reproductivo en el sistema público de salud. También, se esperan avances en la tramitación en el Parlamento de la Ley de Derechos y Deberes de las Personas en Salud.

²⁴ Ministerio de Salud - MINSAL, Programa de Salud de la Mujer.

²⁵ Ministerio de Salud - MINSAL, Programa de Salud de la Mujer.

5. FINANCIAMIENTO Y PRESUPUESTO PÚBLICO

ASIGNACIÓN DE RECURSOS INSTITUCIONALES

| 2003 | 2006 | Existe total apertura por sexo en los actuales sistemas de registro de salud pública. Nivel nacional y local. ²⁶ | Estado |
|--|--|--|-------------|
| Apertura parcial por sexo de los registros | Apertura parcial por sexo de los registros | <p>El Departamento de Estadísticas e Información de Salud del MINSAL ha incorporado de manera progresiva la apertura por sexo en los sistemas de registro y publicación de información del sistema público de salud. Se mantiene sin apertura por sexo el registro de exámenes de laboratorio.</p> <p>Aunque en muchos casos el registro considera la apertura por sexo la información no se hace disponible de esa forma.</p> <p>Los informes periódicos sobre enfermedades notificables, que hasta ahora no estaban disponibles de forma desagregada, sí lo estarán en el transcurso del año 2007.</p> | sin cambios |

El Observatorio valora la mayor disponibilidad de información estadística según sexo. Espera que se continúe en esa dirección, mejorando las posibilidades de monitoreo y vigilancia ciudadana de la equidad de género en el acceso, calidad de atención y resultados de salud.

²⁶ Ministerio de Salud - MINSAL, Departamento de Estadísticas e Información de Salud, DEIS.

6. RECURSOS HUMANOS DE LA SALUD

FORMACIÓN Y DISTRIBUCIÓN DE LOS RECURSOS HUMANOS EN SALUD

| 2005 | 2006 | Formación del personal de salud en derechos humanos, derechos del paciente y género. ²⁷ | Estado |
|--|---|--|-------------|
| Módulo de capacitación para la aplicación del enfoque de género en las acciones de salud pública y en la gestión de redes, como parte de los compromisos de gestión (PMG). | Módulo de capacitación para la aplicación del enfoque de género (PMG) | <p>Continúa, como parte de los compromisos de gestión (PMG), el módulo de capacitación, para la aplicación del enfoque de género en las acciones de salud pública y en la gestión de redes asistenciales.</p> <p>Se realizó capacitación a personal del Ministerio de Salud durante el año 2006.</p> | sin cambios |

El módulo de capacitación para la aplicación del enfoque de género en las acciones de salud pública y en la gestión de redes, se mantiene incluido en los compromisos de gestión. Durante el año 2006, se continuó capacitando al personal de salud.

Se desconoce el impacto de la capacitación en las actividades cotidianas de los funcionarios y en los servicios de salud en su conjunto.

7. PARTICIPACIÓN

| TIPO DE INSTANCIAS DE PARTICIPACIÓN | | | |
|---|---|---|--------|
| 2005 | 2006 | Creación de instancias participativas con poder de decisión en nivel central, regional y local. ²⁸ | Estado |
| Proceso de constitución de Consejos en la mayoría de los Servicios de Salud | El 90% de los establecimientos de la red de salud tienen “Consejos consultivos”, “Consejos de Desarrollo” o “Comités Locales” | Se constituyeron instancias locales de participación en la gran mayoría de los establecimientos de la red de salud. | avance |

De acuerdo a la Unidad de Participación Social del MINSAL, el último catastro registró alrededor de 420 instancias constituidas. No existe registro sistemático de la participación de mujeres, como tampoco del perfil de sus integrantes. Tampoco se tiene información sobre el funcionamiento de estos Consejos y su real incidencia en las decisiones de los distintos niveles.

El Observatorio espera que el MINSAL comience a registrar sistemáticamente la participación de mujeres en estas instancias y el rol que desempeñan en ellas, como también monitorear la participación efectiva de los Consejos en los procesos de toma de decisiones.

²⁸ Ministerio de Salud - MINSAL, Unidad de Participación Social.

PROTAGONISMO SOCIAL

| 2005 | 2006 | Creación de instancias participativas con poder de decisión en nivel central, regional y local. ²⁹ | Estado |
|---|---|--|--------|
| Ministerios: 16,7%; Senado: 4,2%; Diputados: 12,5%; Alcaldías: 12,2%; Seremi Salud: 30,8%; Directores/as Servicios de Salud: 28,6%; Directiva Colegio Médico: 22,9%; Directiva Nacional CONFENATS: 26,7%; Directorio FENPRUSS: 40,0%; Directorio CONFUSAN: 63,6% | Ministerios: 50%; Senado: 5%; Diputados: 15%; Alcaldías: 12,2%; Seremi Salud: 46,2%; Directores/as Servicios de Salud: 32,1%; Directiva Colegio Médico: 8,6 %; Directiva Nacional CONFENATS: 26,7%; Directorio FENPRUSS: 50,0%; Directorio CONFUSAN: 63,6% | Aumentó la participación de las mujeres en todos los cargos designados. También aumentó la participación de mujeres en los cargos de representación, en las instancias que tuvieron elecciones. Excepción es la directiva del Colegio Médico, donde el porcentaje de mujeres disminuyó más de la mitad entre el 2005 y el 2006. | avance |

La Presidenta Bachelet aumentó significativamente la participación de mujeres en cargos de dirección, cumpliendo la meta de paridad en los ministerios. En el caso de los Directores de Servicios de Salud, 1 de cada 3 es mujer. En el caso de los SEREMIS, poco menos de la mitad son mujeres.

Aunque aumentó levemente la participación de mujeres en el Senado y la Cámara de Diputados, la proporción continúa siendo minoritaria en ambas cámaras.

El Observatorio felicita las acciones del gobierno tendientes a aumentar la participación de las mujeres en instancias de decisión en salud. También, llama a los partidos políticos a tomar similares iniciativas al conformar sus listas de candidatos(as) para las próximas elecciones parlamentarias, de modo de aumentar la participación de las mujeres en el Senado y la Cámara de Diputados.

²⁹ Ministerio de Salud - MINSAL, Unidad de Participación Social.

| OTROS | | | |
|--|---|---|-----------------|
| 2005 | 2006 | Existe rendición de cuentas en salud por parte del gobierno central, regional y municipios. ³⁰ | Estado |
| Los hospitales autogestionados están obligados a dar cuenta pública por disposición de la Ley de Autoridad Sanitaria. Los hospitales en general están dando cuenta pública por disposición ministerial | 100% de los Hospitales y Servicios de Salud dieron cuenta pública durante el año 2006 | Todos los hospitales y servicios dieron cuenta pública anual, acatando la Ley de Autoridad Sanitaria. | avance |
| 2003 | 2006 | Realización de campañas mediáticas oficiales sobre derechos ciudadanos y de salud de las mujeres. ³¹ | Estado |
| No hay | No hay | La institucionalidad oficial aún no realiza campañas mediáticas sobre los derechos ciudadanos y de salud de las mujeres. | retroceso |
| 2003 | 2006 | Porcentaje de Municipios que formulan de manera participativa su presupuesto para salud con inclusión de sociedad civil que trabaja con perspectiva de género. ³² | Estado |
| No existe información | No existe información | Se desconoce el porcentaje de Municipios que formulan de manera participativa sus presupuestos de salud. Se necesitan estudios que permitan conocer la participación de la sociedad civil, con perspectiva de género, en la definición de los presupuestos municipales de salud. | sin información |

Es urgente que la autoridad realice campañas mediáticas de difusión de los derechos ciudadanos y de salud de las mujeres, para que ellas puedan ejercerlos, apropiarlos, y por esta vía empoderarse. La participación informada no es posible sin un buen conocimiento de los derechos ciudadanos, así como de los derechos básicos de salud y sus aspectos de género.

El Observatorio hace un llamado al MINSAL para que realice campañas de difusión de los derechos ciudadanos y de salud de las mujeres, durante el año 2007.

³⁰ Ministerio de Salud - MINSAL, Unidad de Participación Social.

³¹ Ministerio de Salud - MINSAL, Unidad de Participación Social.

³² Ministerio de Salud - MINSAL, Unidad de Participación Social.

8. COMPONENTES ESPECÍFICOS DE LA SITUACIÓN DE SALUD

SALUD SEXUAL

| 2005 | 2006 | Aprobación de ley sobre derechos sexuales y reproductivos. ³³ | Estado |
|--|--|--|-----------|
| No se ha aprobado | No se ha aprobado | Aún no se aprueba una ley que reconozca los derechos sexuales y reproductivos, y establezca las obligaciones del Estado para respetarlos, protegerlos y garantizarlos. Se han presentado otras dos iniciativas, que tampoco han prosperado. | retroceso |
| 2005 | 2006 | Existencia de política que impulsa educación sexual no sexista en la enseñanza básica de los establecimientos de educación pública. ³⁴ | Estado |
| Se lanzó nuevo Plan de Educación en Sexualidad y Afectividad | El Plan se está implementando en los establecimientos de educación básica del país, con énfasis en 50 comunas distribuidas en las 13 regiones. | El MINEDUC está implementando el Plan de Educación en Sexualidad y Afectividad. La evaluación de los primeros avances para la Fase I 2005-2006, se dará a conocer durante el año 2007. | avance |
| 2004 | 2005 | Porcentaje de mujeres en las notificaciones de sida. ³⁵ | Estado |
| 11,5 | 17,5 | Aumentó el porcentaje de mujeres en las notificaciones totales de SIDA. | retroceso |

³³ Congreso Nacional, Sistema de Información Legislativa <http://sil.congreso.cl/pags/index.html>.

³⁴ Ministerio de Educación - MINEDUC, Secretaría Técnica de Educación en Sexualidad, Afectividad y Género.

³⁵ Ministerio de Salud - MINSAL, Departamento de Epidemiología. Evolución del VIH/SIDA Chile, 1985-2005. Octubre de 2006. Disponible en: http://epi.minsal.cl/epi/html/bolets/reportes/Pais_86-05%20vih%20sida%20epi.pdf.

| 2003 | 2004 | Tasas de mortalidad por SIDA, por cada 100.000 mujeres y hombres y diferencia entre ambas. ³⁶ | Estado |
|---|---|---|-------------|
| Tasas por 100 mil: Mujeres=0,8 Hombres=4,6 Diferencia mujeres-hombres:-3.7 | Tasas por 100 mil: Mujeres=0,5 Hombres=4,5 Diferencia mujeres-hombres:-4.0 | Disminuyó levemente la tasa de mortalidad por SIDA en las mujeres. | avance |
| 2003 | 2006 | Diseño e implementación de un sistema estadístico integral sobre la sexualidad. ³⁷ | Estado |
| No existen iniciativas | No existen iniciativas | Aún no existen iniciativas para implementar un sistema estadístico integral sobre la sexualidad, que entregue evidencia para el diseño de políticas sobre sexualidad. | sin cambios |

El Proyecto Ley Marco sobre Derechos Sexuales y Reproductivos continúa durmiendo en la Cámara de Diputados. Se han presentado dos mociones orientadas a reconocer estos derechos. En octubre de 2004, los Parlamentarios Accorsi, Girardi y Quintana presentaron el Proyecto "Reforma a la Constitución Política de la República con el objeto de establecer una nueva garantía constitucional en materia de derechos sexuales y reproductivos". En junio de 2006 los Parlamentarios Girardi, Gómez, Muñoz, Navarro y Ominami presentaron el Proyecto "Establece la garantía constitucional del derecho a la libertad sexual y reproductiva". Ambos Proyectos se encuentran en Primer Trámite Constitucional, con carácter de sin urgencia.

El Observatorio lamenta que aún no se haya aprobado a una ley que reconozca los derechos sexuales y reproductivos, y establezca las obligaciones que el Estado chileno tiene para su reconocimiento, protección y garantía. Por ello, llama al Gobierno y a los Parlamentarios a agilizar la discusión legislativa en esta materia.

³⁶ Valor año 2003: INE. Anuario de Estadísticas Vitales 2000, 2001, 2002, 2003. INE. Proyecciones de población por sexo y edad. Boletín 15 CONASIDA, Diciembre de 2003, para corrección de tasas de mortalidad por subregistro. Gráfico 11. Valor año 2004: MINSAL, Departamento de Epidemiología. Evolución del VIH/SIDA Chile, 1985-2005. Octubre de 2006. Disponible en: http://epi.minsal.cl/epi/html/bolets/reportes/Pais_86-05%20vih%20sida%20epi.pdf.

³⁷ Ministerio de Salud - MINSAL, Departamento de Estadísticas e Información de Salud, DEIS; Núcleo Técnico del Observatorio.

SALUD REPRODUCTIVA – ANTICONCEPCIÓN

| 2004 | 2006 | Número de métodos anticonceptivos ofertados por el sistema público de salud, diferenciados por sexo, como porcentaje del total de métodos deseables que estén disponibles. ³⁸ | Estado |
|---|--|--|-----------|
| 5 más la Anticoncepción de Emergencia, con cobertura limitada | 7 métodos | <p>Durante el segundo semestre del año 2005, se agregó el implante anticonceptivo subdérmico.</p> <p>En esta primera fase (2005-2006) sólo se incorporó como piloto la Región Metropolitana. En el año 2007 se incorporará a 6 regiones del país, y en el 2008 a las 6 restantes.</p> <p>Las limitaciones a la Anticoncepción de Emergencia continúan.</p> | avance |
| 2004 | 2005 | Número de hombres y de mujeres receptores de anticonceptivos en el sistema público, por tipo de anticonceptivo. ³⁹ | Estado |
| 1.087.743 mujeres 8.355 hombres | 1.141.798 mujeres 8.848 hombres | <p>Aumentó el número de mujeres y hombres receptores de anticonceptivos en el sistema público.</p> <p>Aumentaron las usuarias de anticonceptivos hormonales y preservativos, y disminuyeron las usuarias de DIU.</p> | avance |
| 2004 | 2006 | Vasectomías en proporción a esterilizaciones femeninas en el sistema público. ⁴⁰ | Estado |
| 121 esterilizaciones por cada vasectomía | 250 esterilizaciones por cada vasectomía | Aumentó el número de esterilizaciones femeninas por cada vasectomía . | retroceso |

³⁸ Ministerio de Salud - MINSAL, Unidad de Atención Primaria.

³⁹ Año 2004: Ministerio de Salud - MINSAL, Programa de Salud de la Mujer y Fondo Nacional de Salud, FONASA. Año 2005: Ministerio de Salud - MINSAL, Departamento de Estadísticas e Información de Salud, DEIS; Instituto Nacional de Estadísticas, INE, Proyecciones de población vigentes para el año 2005.

⁴⁰ Año 2004: Ministerio de Salud - MINSAL, Programa de Salud de la Mujer. Año 2006: Ministerio de Salud - MINSAL, Departamento de Estadísticas e Información de Salud, DEIS.

Ha aumentado el número de métodos anticonceptivos ofertados por el sistema público, como también el número de usuarios y usuarias. Además, a fines de agosto de 2006, el MINSAL lanzó las “Normas Nacionales sobre Regulación de la Fertilidad”. Las normas pretenden contribuir al logro de los objetivos sanitarios en el ámbito de la salud sexual y reproductiva. Incorporan explícitamente la perspectiva de género, proponiéndose corregir las desigualdades que existen entre hombres y mujeres respecto a su capacidad de ejercer control y decidir sobre su reproducción, así como aumentar la participación y responsabilidad masculina en este ámbito. Esta cuestión es de vital importancia, dadas las desigualdades de género que se expresan,

por ejemplo, en el aumento de la relación entre las vasectomías y las esterilizaciones femeninas.

El Observatorio apoya y valora profundamente estas normas, en especial las medidas orientadas a garantizar equidad en el acceso de los/as adolescentes y mujeres pobres a la Anticoncepción de Emergencia. Apoya también la defensa de las normas que el MINSAL y el Gobierno han realizado, frente a los ataques de grupos conservadores que han buscado, por distintos medios, impedir su aplicación. Especialmente destacable es el Decreto Supremo firmado por la Presidenta en enero de 2007, para hacer efectivas estas normas.

| SALUD REPRODUCTIVA – PARTO | | | |
|------------------------------------|------------------------------------|--|-------------|
| 2005 | 2006 | Porcentaje de partos acompañados en el sistema público. ⁴¹ | Estado |
| 49% | 56% | Aumentó el porcentaje de partos acompañados en el sistema público. | avance |
| 2005 | 2006 | Existencia de normativa que asegure psicoprofilaxis del parto para madres y padres en el sistema público de salud. ⁴² | Estado |
| 1.087.743 mujeres 8.355 hombres | 1.141.798 mujeres 8.848 hombres | Aún no se elabora una normativa que asegure la psicoprofilaxis del parto para padres y madres en el sistema público. La normativa ha estado en elaboración por un período mayor a 3 años. | retroceso |
| 2005 | 2006 | Establecimientos con atención intercultural del parto. ⁴³ | Estado |
| 1 Hospital | 1 Hospital | El Hospital Regional de Iquique es el único que trabaja institucionalmente con modalidades y protocolos de parto indígena. Existen otras experiencias incipientes, siendo la más avanzada la del Hospital de Villarrica bajo la modalidad de “parto natural”. | sin cambios |

⁴¹ Ministerio de Salud - MINSAL, Departamento de Estadísticas e Información de Salud, DEIS.

⁴² Ministerio de Salud - MINSAL, Programa de Salud de la Mujer.

⁴³ Valor año 2005: MINSAL, Programa de Salud y Pueblos Indígenas. Año 2006: Programa Orígenes – Ministerio de Planificación y Cooperación, MIDEPLAN.

Aunque ha aumentado el porcentaje de partos acompañados en el sistema público, todavía no contamos con una normativa que asegure la psicoprofilaxis del parto. Además, sólo en un hospital de Chile se ha instalado la atención intercultural del parto.

El Observatorio espera que la normativa que asegure la psicoprofilaxis del parto sea terminada durante el año 2007, como también que se instale el parto mapuche en al menos un hospital del país.

SALUD REPRODUCTIVA – ABORTO

| 2003 | 2004 | Porcentaje de muertes por complicaciones del aborto sobre el total de casos de muertes maternas. ⁴⁴ | Estado |
|------------------|------------------|--|-----------|
| 13.3 | 10.5 | Disminuyó el porcentaje de muertes maternas causadas por aborto entre el año 2003 y el 2004. | avance |
| 2005 | 2006 | Aprobación de proyecto de ley que repone el aborto terapéutico. ⁴⁵ | Estado |
| No se aprueba | No se aprueba | No se ha aprobado el Proyecto presentado en el 2003. Una nueva iniciativa fue declarada inconstitucional por la Cámara de Diputados. | retroceso |
| 2005 | 2006 | Número de abortos en relación al número de partos atendidos en el sector público. ⁴⁶ | Estado |
| 12.6 por cien | 13.1 por cien | Aumentó levemente el número de abortos atendidos por cada parto entre el año 2005 y el 2006: de 12.6 abortos por cada cien partos, a 13.1 abortos por cada 100 partos. | retroceso |
| 2005 | 2006 | Se exime al personal de salud de la obligación de notificar el aborto inseguro provocado. ⁴⁷ | Estado |
| No se ha eximido | No se ha eximido | Aún no se ha eximido al personal de salud de la obligación de notificar el aborto inseguro provocado. | retroceso |

⁴⁴ Valor año 2003: instituto Nacional de Estadísticas - INE, Estadísticas Vitales. Valor año 2004: MINSAL, Departamento de Estadísticas e Información de Salud, DEIS.

⁴⁵ Congreso Nacional, Sistema de Información Legislativa <http://sil.congreso.cl/pags/index.html>

⁴⁶ Ministerio de Salud - MINSAL, Departamento de Estadísticas e Información de Salud, DEIS.

⁴⁷ Núcleo Técnico del Observatorio.

| 2005 | 2006 | Existe registro epidemiológico de casos de aborto inseguro provocado. ⁴⁸ | Estado |
|--------------------------------|------------------------------|--|-----------|
| No existen iniciativas | No existen iniciativas | Aún no existen iniciativas para el registro epidemiológico del aborto inseguro provocado. | retroceso |
| 2005 | 2006 | Las encuestas sobre sexualidad y reproducción indagan sobre incidencia de aborto inseguro provocado. ⁴⁹ | Estado |
| No existen encuestas | No existen encuestas | No se han realizado encuestas sobre sexualidad y reproducción. El Departamento de Estadísticas del MINSAL tiene interés de realizar encuestas sobre el tema, pero todas las iniciativas que ha presentado no han sido acogidas por el MINSAL. | retroceso |
| 2003 | 2004 | Número de mujeres procesadas por año por haberse efectuado un aborto. ⁵⁰ | Estado |
| 22 procesadas 20 condenadas | 7 procesadas 6 condenadas | Disminuyeron las mujeres procesadas y condenadas por aborto. | avance |

El aborto continúa siendo un problema de salud pública, de inequidad socioeconómica y de género, y de violación de los derechos humanos de las mujeres. La mayoría de los indicadores muestran retroceso. Desde el año 2003 existe el “Proyecto de Ley para la Reposición del Aborto en el Código Sanitario”, que continúa en el Primer Trámite de la Comisión de Salud. Además, se sumaron otras valorables iniciativas legislativas tendientes a su despenalización:

En el segundo semestre del año, los diputados Enríquez-Ominami y Alinco presentaron un proyecto para despenalizar el aborto. La iniciativa fue rechazada por la mayoría de los parlamentarios. El Presidente de la Cámara, Antonio Leal, la declaró inadmisibles, argumentando que se opone al derecho a la vida del que está por nacer, reconocido en la Constitución. El Observatorio condena profundamente esta decisión, que viola el derecho a la vida de las mujeres chilenas.

En enero de 2007, los parlamentarios Alinco, Enríquez-Ominami, Espinosa, Girardi, Pacheco, Robles y Sule presentaron un nuevo proyecto, denominado “Protege la vida de la mujer ante interrupciones de embarazo en casos que indica”. El proyecto busca despenalizar el aborto si se realiza cuando exista un peligro para la vida de la madre o grave deterioro de su salud y se efectúa con posterioridad a la opinión fundada de tres médicos cirujanos especialistas en Gineco-Obstetricia. A la fecha de realización de este Informe, el Proyecto se encuentra en Primer Trámite Constitucional, sub-etapa Primer Informe de la Comisión de Salud.

El Observatorio valora y felicita la presentación y contenido de este proyecto, y estará atento a su discusión y resultados.

⁴⁸ Ministerio de Salud - MINSAL, Departamento de Estadísticas e Información de Salud, DEIS.

⁴⁹ Ministerio de Salud - MINSAL, Departamento de Estadísticas e Información de Salud, DEIS.

⁵⁰ Instituto Nacional de Estadísticas, INE, Anuario de Justicia 2003 y 2004. Disponibles en: http://www.ine.cl/canales/chile_estadistico/estadisticas_sociales_culturales/justicia/justicia.php

SALUD REPRODUCTIVA – CÁNCERES DEL APARATO REPRODUCTIVO

| 2003/2002 | 2004/2003 | Variación en la tasa de mortalidad por cáncer cérvico uterino en mujeres de 25 años y más. ⁵¹ | Estado |
|--|--|--|--------|
| 0.7 más muertes por cada 100 mil mujeres | 0.9 menos muertes por cada 100 mil mujeres | La tasa de mortalidad por cáncer cérvico uterino disminuyó entre el 2004 y el 2003. | avance |
| 2003/2002 | 2004/2003 | Variación en la tasa de mortalidad por cáncer de mamas en mujeres de 25 años y más. ⁵² | Estado |
| 0.1 más muertes por cada 100 mil mujeres | 0.8 muertes menos por cada 100 mil mujeres | La tasa de mortalidad por cáncer de mamas disminuyó entre el 2004 y el 2003. | avance |
| 2003/2002 | 2004/2003 | Variación en la tasa de mortalidad por cáncer de próstata en mayores de 34 años. ⁵³ | Estado |
| 2,9 más muertes por cada 100 mil | 4.2 muertes menos por cada 100 mil | La tasa de mortalidad por cáncer de próstata disminuyó entre el 2004 y el 2003. | avance |

El Observatorio valora la disminución en las tasas de mortalidad por cáncer cérvico-uterino, de mamas y de próstata, y espera que esta tendencia se estabilice en el tiempo.

⁵¹ Valores años 2003 y 2002: Instituto Nacional de Estadísticas, INE – Estadísticas Vitales. Valor año 2004: MINSAL, Departamento de Estadísticas e Información de Salud, DEIS; Instituto Nacional de Estadísticas, INE, Proyecciones de población vigentes para el año 2005.

⁵² Valores años 2003 y 2002: Instituto Nacional de Estadísticas, INE – Estadísticas Vitales. Valor año 2004: Ministerio de Salud - MINSAL, Departamento de Estadísticas e Información de Salud, DEIS; Instituto Nacional de Estadísticas, INE, Proyecciones de población vigentes para el año 2005.

⁵³ Valores años 2003 y 2002: Instituto Nacional de Estadísticas, INE – Estadísticas Vitales. Valor año 2004: MINSAL, Departamento de Estadísticas e Información de Salud, DEIS; Instituto Nacional de Estadísticas, INE, Proyecciones de población vigentes para el año 2005.

| VIOLENCIA DE GÉNERO – VIOLENCIA SEXUAL | | | |
|--|---|---|---------------|
| 2005 | 2006 | Existencia de atención integral interdisciplinaria en el sistema de salud público a los/las adolescentes víctimas de agresiones sexuales.⁵⁴ | Estado |
| Normas Política Intersectorial Salas de primera acogida | Disponibles 17 Salas de primera acogida | Existen normas oficiales y política de atención, en convenio con el Ministerio Público para proveer atención legal. Las normas contienen aspectos específicos para la atención de adolescentes. Convenio MINSAL/Ministerio Público ha permitido implementación progresiva desde el año 2002 al 2006 de 17 Salas de Primera Acogida para víctimas de Violencia Sexual. | avance |
| 2004 | 2005 | Tasa de denuncias de abusos y violaciones a adolescentes mujeres (14 a 19 años).⁵⁵ | Estado |
| 131.3 denuncias x 100 mil mujeres entre los 15 y 19 años | 185.92 denuncias x 100 mil mujeres entre los 15 y 19 años | Aumentaron las denuncias de abusos y violaciones a mujeres adolescentes. | avance |
| 2003 | 2004 | Número de nacimientos de madres menores de 15 años.⁵⁶ | Estado |
| 994 nacimientos de madres menores de 15 años | 906 nacimientos de madres menores de 15 años | El número de nacidos de madres menores de 15 años disminuyó entre el año 2004 y el año 2003. | avance |

⁵⁴ Ministerio Público. Solicitud de información sobre Convenio Ministerio Público/MINSAL

⁵⁵ Carabineros de Chile. Departamento de Seguridad Preventiva. Sección de Análisis Estadístico y Oper. Preventivas; Tabulación especial por tramo de edad.

⁵⁶ Ministerio de Salud - MINSAL, Departamento de Estadísticas e Información de Salud, DEIS.

| 2004 | 2005 | Tasa de denuncias de abusos y violaciones a niñas y a niños menores de 14 años. ⁵⁷ | Estado |
|---|--|---|--------|
| Niñas: 27.5 denuncias de abusos y violaciones por 100 mil Niños: 8.1 denuncias de abusos y violaciones por 100 mil | Niñas: 67.7 denuncias de abusos y violaciones por 100 mil Niños: 20.6 denuncias de abusos y violaciones por 100 mil | Las denuncias de abusos y violaciones a menores de 14 años aumentaron en niñas y niños. Constituye un avance porque da cuenta de una menor tolerancia de estas situaciones, más acciones de defensa y protección de niños y niñas, mayor apoyo institucional para las denuncias, entre otros. | avance |

La violencia de género es un campo de vigilancia ciudadana por su importancia como problema de salud pública y de violación de los derechos humanos de las mujeres. El Observatorio ha seleccionado indicadores para evaluar el avance en las políticas dirigidas a enfrentar específicamente la violencia doméstica y la violencia sexual.

Si bien ha habido avances para la atención de la violencia sexual, todavía no se logra una atención integral, ya que las mujeres reciben una atención de primera acogida, contención y derivación para terapias breves. Pocas son las personas que tienen acceso a tratamiento reparatorio. De acuerdo a la información

disponible, este tipo de tratamiento, que se prolonga por un año a un año y medio, sólo está siendo ofrecido por CAVAS⁵⁸ a niños y niñas.

Las denuncias del año 2005 respecto del año 2004 han aumentado, lo cual constituye un avance. Esto ha sucedido tanto en las denuncias de mujeres adolescentes como de niñas y niños, donde se han triplicado, especialmente las denuncias por abusos deshonestos.

También se considera un avance el hecho de que haya disminuído la cifra de nacimientos en adolescentes menores de 15 años.

El Observatorio espera que se logre la completa implementación de la atención integral de los casos de agresiones sexuales a mujeres, niños y niñas.

⁵⁷ Carabineros de Chile. Departamento de Seguridad Preventiva. Sección Análisis Estadístico y Oper. Preventivas. Tabulación especial por tramo de edad.

⁵⁸ Centro de Atención a Víctimas de Agresiones Sexuales

| VIOLENCIA DE GÉNERO – VIOLENCIA DOMÉSTICA | | | |
|---|--|---|-----------------------|
| 2004 | 2006 | Existencia de campañas mediáticas de nivel nacional que visibilicen la violencia intrafamiliar y sus secuelas como crimen contra la mujer.⁵⁹ | Estado |
| Campaña | Campaña | El año 2006 SERNAM implementó una campaña mediática a través de prensa escrita, radio, gigantografía, instalación de afiches en buses, díptico, autoadhesivos y difusión de afiches que hacen referencia a “Duele de verdad” y “Ponte en su lugar”. Según organizaciones que trabajan en violencia de género, sus mensajes son confusos. | avance |
| 2004 | 2005 | Tasa de denuncias por violencia causada por una pareja en el último año en la población femenina de 15 años y más.⁶⁰ | Estado |
| 130.01 denuncias por cada 10 mil mujeres de 15 años y más | 129.02 denuncias por cada 10 mil mujeres de 15 años y más. | La tasa de denuncias por violencia causada por una pareja se mantuvo igual entre el 2005 y el 2004. | sin cambios |
| 2001-2002 | 2006 | Número de muertes de mujeres de 15 años y más por homicidios cometidos por sus parejas.⁶¹ | Estado |
| 84 casos | 36 casos | No hay un sistema de registro oficial que permita conocer el número exacto de mujeres asesinadas por sus parejas. Sin embargo se han documentado casos que permiten tener estimaciones de este fenómeno. Por ello los datos no son comparables año a año. Los casos del año 2006 han sido identificados a través de la prensa por SERNAM y ratificados por el Ministerio Público a partir de la revisión de expedientes. | no es posible evaluar |

⁵⁹ Servicio Nacional de la Mujer – SERNAM.

⁶⁰ Carabineros de Chile. Departamento de Seguridad Preventiva. Sección Análisis Estadístico y Oper. Preventivas.

⁶¹ Servicio Nacional de la Mujer – SERNAM.

| 2004 | 2006 | La atención en salud aplica normativas que indagan sobre existencia de violencia doméstica. ⁶² | Estado |
|----------------------|------------------------------------|---|--------|
| No hay orientaciones | Implementación parcial de programa | Existe el Programa de Diagnóstico y Tratamiento Integral de la Violencia Intrafamiliar en la atención primaria, que se ha instalado en 168 comunas y considera la detección focalizada de violencia en el programa de depresión y en el control del embarazo. | avance |

La violencia doméstica es un problema que ha logrado mayor visibilidad. Sin embargo, el registro sistemático y oficial de muertes de mujeres por violencia doméstica continúa siendo un gran tema pendiente. La información recopilada corresponde a estudios e iniciativas de revisión de registros mediáticos y expedientes judiciales, lo cual resulta claramente insuficiente.

El programa para el Diagnóstico y Tratamiento Integral de la Violencia no se ha instalado en todos los establecimientos de atención primaria, y se desconoce el número de mujeres a las que se les aplica el instrumento de detección de violencia.

El Observatorio espera que se consoliden los avances en los programas de atención integral de violencia. También, que surjan, desde las distintas entidades gubernamentales, iniciativas tendientes a mejorar tanto la detección de los casos de violencia de género, como el registro de las muertes por esta causa. Por sobre todo, que se defina una política nacional para al abordaje integral de la violencia contra las mujeres.

⁶² Subsecretaría de Redes Asistenciales. Salud Mental.

| SALUD MENTAL – PERFIL | | | |
|--|--|---|---------------|
| 2004 | 2005 | Proporción de consultantes mujeres y hombres en atención primaria que presentan síntomas de depresión, por grupos de edad. | Estado |
| <p>103.168 personas atendidas</p> <p>92% mujeres</p> | <p>198.054 personas atendidas</p> <p>87.1% mujeres</p> <p>Mujeres: 172.427</p> <p>Hombres: 25.627</p> | <p>El número de personas atendidas en el Programa Nacional para la Detección, Diagnóstico y Tratamiento Integral de la Depresión en la Atención Primaria, aumentó entre el año 2005 y 2004 en un 92%. Esto refleja un mejor acceso a diagnóstico y tratamiento, considerando la prevalencia del problema.</p> <p>Un 87% de las personas atendidas son mujeres. Esta cifra confirma las diferencias en la prevalencia de Depresión encontradas en la Encuesta Nacional de Salud del año 2003.</p> <p>Esta cifra suma los ingresos durante el año 2005 como aquellas personas en control.</p> | avance |
| 2002 | 2004 | Tasa de consumo de psicofármacos por sexo. | Estado |
| <p>Tranquilizantes: Mujeres: 3.9% Hombres: 2.7%</p> <p>Estimulantes: Mujeres: 0.3% Hombres: 0.8%</p> | <p>Tranquilizantes: Mujeres: 3.7% Hombres: 2.3%</p> <p>Estimulantes: Mujeres: 0.2% Hombres: 0.5%</p> | <p>La tasa de consumo de tranquilizantes, es mayor que la tasa de consumo de estimulantes en ambos sexos.</p> <p>Las mujeres consumen más tranquilizantes que los hombres y ellos consumen más estimulantes.</p> <p>Las diferencias de las tasas entre el año 2004 y 2002 son ligeras. Se requiere una serie mayor para evaluar la tendencia.</p> | sin cambios |

| 2003 | 2004 | Tasa de suicidios por sexo por 100.000. | Estado |
|--|--|--|-------------|
| Mujeres 3.8 por 100 mil mujeres mayores de 10 años Hombres 22.1 por 100 mil hombres mayores de 10 años Diferencia 18.3 mujeres menos que hombres por 100 mil | Mujeres 3.8 por 100 mil mujeres mayores de 10 años Hombres 22.2 por 100 mil hombres mayores de 10 años Diferencia 18.4 mujeres menos que hombres por 100 mil | La tasa de suicidios es mayor en hombres que en mujeres. Sus valores según sexo y la diferencia ente ambos se han mantenido en los últimos seis años sin grandes variaciones. | sin cambios |

La salud mental es un ámbito importante de expresión de la inequidad entre géneros. El consumo de psicofármacos, especialmente de tranquilizantes es mayor en las mujeres. Se ha asociado este mayor consumo a la mayor prevalencia de depresión en mujeres. Esto puede estar relacionado con la violencia de género, y la prescripción y uso prolongado de psicofármacos corresponder a una medicalización de las respuestas del sistema de salud para este y otro tipo de problemas psicosociales vinculados al género.

La tasa de suicidios, de forma coherente con un indicador más global como es el de muerte por causas externas, ya analizado en este documento, vuelve a reforzar la brecha entre hombres y mujeres y su relación con la construcción de género, con una frecuencia de suicidio mayor en los hombres.

El Observatorio espera que el MINSAL realice estudios para evaluar la efectividad y el carácter integral del Programa de Depresión. También, se espera que realice un monitoreo del consumo de psicofármacos sin prescripción, incluyendo campañas que desincentiven su uso sin indicación profesional.

| SALUD Y TRABAJO – PERFIL SALUD OCUPACIONAL | | | |
|--|--|--|---------------|
| 2005 | 2006 | Reconocimiento de nuevas enfermedades profesionales que afectan especialmente a las mujeres en la aplicación de la ley 16744.⁶³ | Estado |
| No existen avances | El DS 109 fue reemplazado por el DS 73 | <p>En marzo de 2006, el Decreto Supremo 109 fue reemplazado por el 73.</p> <p>Se incluyó la laringitis con disfonía y los nódulos laringeos, que afectan principalmente a los profesores, de los cuales la mayor parte son mujeres. Se incluyó también la artrosis secundaria de rodilla y la tendinitis. Se reconocen también enfermedades infecciosas que afectan a los funcionarios de la salud expuestos al contacto con sangre (VIH/Sida y hepatitis B y C), que en su mayoría son mujeres. Se incluyeron también las neurosis profesionales.</p> | avance |
| 2005 | 2006 | Adecuación de la normativa legal para incluir los trastornos emocionales de los trabajadores y sus efectos.⁶⁴ | Estado |
| No existen avances | El DS 109 fue reemplazado por el DS 73 | <p>En marzo de 2006, el DS 109 fue reemplazado por el DS 73.</p> <p>Se reconocen las neurosis profesionales incluyendo trastornos de adaptación, trastornos de ansiedad, depresión reactiva, trastorno por somatización y por dolor crónico.</p> | avance |
| 2005 | 2006 | Adecuaciones de la jornada laboral a mejorar el bienestar físico y emocional de los trabajadores/as.⁶⁵ | Estado |
| La jornada laboral fue acortada de 48 a 45 horas semanales | No existen nuevas iniciativas | No existen nuevas iniciativas para mejorar el bienestar físico y emocional de los trabajadores y trabajadoras. | sin cambios |

⁶³ Ministerio de Salud - MINSAL, Departamento de Salud Ocupacional.

⁶⁴ Ministerio de Salud - MINSAL, Departamento de Salud Ocupacional.

⁶⁵ Ministerio de Salud - MINSAL, Departamento de Salud Ocupacional.

| 2005 | 2006 | Inclusión del trabajo doméstico en los seguros y normas de enfermedades profesionales y accidentes del trabajo. ⁶⁶ | Estado |
|------------------------|------------------------|--|-------------|
| No existen iniciativas | No existen iniciativas | Aún no existen iniciativas para incluir el trabajo doméstico en los seguros y normas de enfermedades profesionales y accidentes del trabajo. | sin cambios |
| 2005 | 2006 | Se establecen normativas sobre los agentes de riesgos en los lugares de trabajo que afectan específicamente a las mujeres. ⁶⁷ | Estado |
| No existen normativas | No existen normativas | Aún no existen normativas que regulen los agentes de riesgo en los lugares de trabajo que afectan especialmente a las mujeres. | sin cambios |

El Observatorio valora profundamente la modificación al DS 109, pues ahora se reconocen nuevas enfermedades profesionales que afectan especialmente a las mujeres, como también los trastornos emocionales de los trabajadores y trabajadoras, y sus efectos.

Es importante destacar, sin embargo, que las modificaciones al DS 109 no incluyeron otros trastornos, que afectan a las trabajadoras y trabajadores. También, que aún no se incluye el trabajo doméstico en los seguros y normas de enfermedades profesionales y accidentes del trabajo. De la misma manera, aún no existen normativas para regular los agentes de riesgo en los lugares de trabajo, que afectan específicamente a las mujeres. El Observatorio espera que durante el año 2007 surjan iniciativas en este sentido.

⁶⁶ Ministerio de Salud - MINSAL, Departamento de Salud Ocupacional.

⁶⁷ Ministerio de Salud - MINSAL, Departamento de Salud Ocupacional.

| SALUD Y TRABAJO – ACCESO Y POLÍTICAS | | | |
|--|-------------------------------|--|---------------|
| 2005 | 2006 | Modificaciones en el sistema de permisos laborales y/o convenios colectivos, en los horarios de atención, en los trámites administrativos para pagar la atención, que faciliten el acceso de trabajadores/as a prestaciones médicas.⁶⁸ | Estado |
| Se consolidó la extensión horaria en la Atención Primaria de Salud. Los SAPU han ampliado el acceso a atención médica en horarios y días en que no funciona el consultorio | No existen nuevas iniciativas | No existen nuevas iniciativas para facilitar el acceso de los trabajadores y las trabajadoras a las prestaciones médicas. | sin cambios |
| 2003 | 2006 | Homologación de los sistemas de información de las entidades públicas y privadas administradoras de la ley 16.744, incluyendo el sexo del trabajador.⁶⁹ | Estado |
| No existe | No existe | No existe homologación de los sistemas de información de las entidades públicas y privadas administradoras de la Ley 16.744, incluyendo el sexo del trabajador. | retroceso |
| 2005 | 2006 | Registro de la actividad laboral de las personas en todas las fichas de consulta, considerando el trabajo doméstico y el remunerado, con un código común y obligatorio en todas las atenciones de salud.⁷⁰ | Estado |
| No existe | No existe | No existe registro de la actividad laboral en todas las fichas de consulta, considerando el trabajo doméstico y el remunerado. Tampoco se han formulado iniciativas para implementar un sistema de registro en los últimos tres años. | retroceso |

⁶⁸ Ministerio del Trabajo y Previsión Social, Departamento de Estudios.

⁶⁹ Ministerio de Salud - MINSAL, Departamento de Salud Ocupacional.

⁷⁰ Ministerio de Salud - MINSAL, Departamento de Salud Ocupacional.

| 2005 | 2006 | Hay cambio en las condiciones de la Ley 16.744 de modo que cubra las enfermedades ocupacionales generadas en otros empleos que el actual. ⁷¹ | Estado |
|------------------|------------------|--|-----------|
| No existe cambio | No existe cambio | No existe cambio en las condiciones establecidas por las Ley 16.744 de modo de cubrir las enfermedades ocupacionales generadas en otros empleos que el actual. Tampoco se han formulado iniciativas en este sentido en los últimos tres años. | retroceso |

El Observatorio lamenta la falta de iniciativas en materia de acceso y políticas en salud y trabajo. En particular, no se han homologado los sistemas de información de las entidades públicas y privadas administradoras de la Ley 16.744, incluyendo el sexo del trabajador. Tampoco existen iniciativas para el registro obligatorio de la actividad laboral en todas las fichas de consulta, incluyendo el trabajo doméstico y el remunerado. Por último, tampoco se han realizado cambios en la Ley 16.744, de modo de cubrir las enfermedades ocupacionales generadas en otros empleos que el actual. El artículo 16 de la Ley dice: “Para que una enfermedad se considere profesional es indispensable que haya tenido su origen en los trabajos que entrañan el riesgo respectivo, aún cuando éstos no se estén desempeñando a la época del diagnóstico”. De esta manera, la Ley reconoce y protege las enfermedades de larga latencia. Sin embargo, en el caso de enfermedades más frecuentes en las mujeres resulta difícil probar, en la práctica, la relación entre riesgos y enfermedad.

Según el MINSAL, en la actualidad se encuentran trabajando, en conjunto con la Superintendencia de Seguridad Social (SUSESO), para homologar los sistemas de información, incluyendo la variable sexo. El Observatorio valora esta iniciativa y espera que pronto sea implementada.

⁷¹ Ministerio de Salud - MINSAL, Departamento de Salud Ocupacional.

LOS AVANCES DESTACABLES Y LOS PRINCIPALES DESAFÍOS

El Observatorio reconoce como un gran avance la prioridad que el gobierno de la Presidenta Bachelet, y la Ministra de Salud María Soledad Barría, han asignado a la equidad de género en la salud. La voluntad política de las actuales autoridades se evidencia en decisiones tales como la designación de responsables de la equidad de género en los más altos niveles de decisión; el mandato de trabajar coordinadamente y con metas claras; la constitución de un Consejo Consultivo de Equidad de Género y Salud de las mujeres, con una significativa presencia de la sociedad civil; y la formulación de un Plan Nacional de Equidad de Género en Salud 2007-2010, que recoge muchas de las propuestas formuladas por este Observatorio.

Estas posibilidades, sin embargo, se verán impedidas de desplegarse y dejar huellas permanentes, si dejamos de ejercer en plenitud nuestro papel ciudadano de vigilancia, exigencia de derechos, crítica y seguimiento de las políticas, y verificación de las metas propuestas. Por eso, hoy cobra mayor relevancia el Foro Civil del Observatorio. En este espacio, todas las organizaciones que en el año 2004 nos comprometimos con la continuidad del Observatorio, encontramos la información necesaria para ejercer un seguimiento y un análisis autónomo, que otorgue fuerza social y capacidad crítica y propositiva a nuestra interlocución con las autoridades de la salud.

Sobre la base del análisis de los indicadores presentados en la sección anterior, a continuación se destacan los principales avances y desafíos de política pública identificados por el Observatorio. Los desafíos corresponden a campos de intervención específicos, que serán objeto de particular vigilancia y abogacía durante el año 2007.

LOS PRINCIPALES AVANCES

El Observatorio califica como principales avances del año 2006:

Salud sexual y reproductiva

- La aprobación de las “Normas Nacionales sobre Regulación de la Fertilidad” y el Decreto Supremo para hacerlas efectivas.
- El aumento del número de usuarias y usuarios receptores de anticonceptivos en el sistema público.
- Las medidas orientadas a garantizar equidad en el acceso a la Anticoncepción de Emergencia, por parte de las adolescentes y mujeres de escasos recursos.
- La incorporación del anticonceptivo sub-dérmico, como piloto en la Región Metropolitana, dentro de la oferta de métodos anticonceptivos del sistema público.

Violencia sexual

- La totalización de 17 Salas de Primera Acogida a víctimas de violencia sexual y el aumento de las denuncias por abuso y violación a adolescentes y niños/as.

Cuidado no remunerado de la salud

- La implementación del “Programa de apoyo al cuidado de personas postradas de toda edad, con discapacidad severa o pérdida de autonomía”, que viene a satisfacer una demanda pendiente de muchas personas, en su gran mayoría mujeres, que asumen los cuidados de familiares postrados.

Participación

- Las acciones del gobierno para aumentar la participación de las mujeres en instancias de decisión, en particular en los Ministerios, los Servicios de Salud y las SEREMIS de Salud.

Información estadística

- Mayor disponibilidad de información estadística según sexo, en los registros de salud pública.

LOS PRINCIPALES DESAFÍOS

El Observatorio espera y vigilará que se desarrollen las siguientes acciones tendientes al logro de una mayor equidad de género en salud:

Se espera que el Gobierno en sus distintas entidades:

Derechos sexuales y reproductivos

- Agilice la discusión legislativa que permita reconocer los derechos sexuales y reproductivos, y establecer las obligaciones que el Estado chileno tiene para su reconocimiento, protección y garantía.

Violencia de género y sexual

- Formule una política nacional para el abordaje integral de la violencia contra las mujeres.
- Realice mayores avances en la atención integral de los casos de agresiones sexuales a mujeres, niños y niñas.
- Formule iniciativas para mejorar la detección de los casos de violencia de género, y el registro de las muertes por esta causa.
- Extienda, a todas las víctimas de violencia de género que lleguen a los servicios de urgencia, el acceso a las salas de Primera Acogida a víctimas de violencia sexual.

Cuidado no remunerado de la salud y trabajo doméstico

- Formule respuestas más globales frente al cuidado no remunerado de la salud, como entregar beneficios previsionales a quienes hayan cuidado de familiares enfermos o discapacitados en su hogar.
- Realice la Encuesta sobre uso del tiempo, acordada por MINSAL-OPS/OMS, y se avance en la valorización de la contribución de las familias y la comunidad.
- Formule iniciativas para incluir el trabajo doméstico en los seguros y normas de enfermedades profesionales y accidentes del trabajo.

Beneficios como cargas de convivientes hombres y mujeres, y cónyuges hombres sin trabajo

- Envíe al Parlamento el Proyecto de Ley para que los convivientes hombres y mujeres, y cónyuges hombres sin trabajo, puedan ser beneficiarios/as como cargas de sus parejas que cotizan en el sistema público.

Vulnerabilidad de mujeres adultas

- Considere la mayor vulnerabilidad de las mujeres adultas mayores, en el diseño las políticas públicas intersectoriales.
- Tome medidas para aumentar el número de mujeres discapacitadas inscritas en el Registro Nacional de Discapacidad.

GES y discriminación de género

- La Superintendencia de Salud realice un monitoreo de las medidas implementadas para impedir la discriminación por sexo y edad en problemas de salud no incluidos en las GES, y de su efectividad. También, que implemente un procedimiento para la detección de exclusiones en los planes de salud, y tome las medidas correspondientes.

Se espera que el MINSAL:

Salud sexual y reproductiva

- Concluya la elaboración del “Manual de atención personalizada e integral del proceso reproductivo”.
- Instale la atención del parto mapuche en al menos un hospital del país.
- Desarrolle estrategias para promover el descenso del número de cesáreas, acercando su proporción a las recomendaciones de la OMS, que sugieren un máximo de 15% sobre el total de partos. Entre éstas se esperan acciones de sensibilización al cuerpo médico y también a las mujeres, en su derecho a no ser sometidas a este procedimiento quirúrgico sin razones justificadas.

- Establezca un procedimiento sistemático y permanente para el monitoreo de la calidad de los registros de muertes maternas, y la realización de auditorías en los casos que corresponda.
- Estimule la realización de una Encuesta Nacional sobre Salud Sexual y Reproductiva, que entre sus temas incluya la situación del aborto inseguro provocado.

Muertes por causas externas especialmente de hombres y mujeres jóvenes

- Realice campañas de sensibilización tendientes a disminuir las muertes por causas externas, dirigidas especialmente a los hombres y mujeres jóvenes.

Participación de la sociedad civil en instancias de seguimiento de calidad atención en salud

- Asegure la creación de instancias específicas para el seguimiento de la calidad de atención y resultados en salud, con participación activa de organizaciones de la Sociedad Civil, que trabajan en salud con perspectiva de género.
- Comience a registrar sistemáticamente la participación de mujeres en los Consejos Consultivos y el rol que desempeñan en ellas, como también a monitorear la participación efectiva de los Consejos en la toma de decisiones.
- Realice campañas mediáticas de difusión de los derechos ciudadanos y de salud de las mujeres. La participación informada no es posible sin un buen conocimiento de los derechos ciudadanos, así como de los derechos básicos de salud y sus aspectos de género.

Salud mental y psicofármacos

- Realice estudios para evaluar la efectividad y el carácter integral del Programa de Depresión.
- Realice un monitoreo del consumo de psicofármacos sin prescripción, como también campañas que desincentiven su uso sin indicación profesional.

Se espera que el Parlamento:

Derechos y Deberes de las Personas en Salud

- Avance en la tramitación de la Ley de Derechos y Deberes de las Personas en Salud

Salud sexual y reproductiva

- Agilice la discusión legislativa que permita reconocer los derechos sexuales y reproductivos, y establezca las obligaciones que el Estado chileno tiene para su reconocimiento, protección y garantía.
- Apruebe el Proyecto de Ley para la despenalización del aborto terapéutico, denominado “Protege la vida de la mujer ante interrupciones de embarazo en casos que indica”.

Beneficios como cargas de convivientes hombres y mujeres, y cónyuges hombres sin trabajo

- Apruebe el Proyecto de Ley para que los convivientes hombres y mujeres, y cónyuges hombres sin trabajo, puedan ser beneficiarios/as como cargas de sus parejas que cotizan en el sistema público, si éste es enviado por el Gobierno.

Se espera que los partidos políticos:

- Comiencen a trabajar en la elaboración de listas paritarias por sexo de candidatos al Senado y la Cámara de Diputados.
- Promuevan la paridad de género en los cargos internos de decisión.

INTEGRANTES DEL FORO CIVIL DEL OBSERVATORIO

Las siguientes organizaciones que integran el Foro Civil del Observatorio de Equidad de Género en Salud, suscribieron el acta inaugural del Observatorio.

- Agrupación de Familiares de Detenidos Desaparecidos - A.F.D.D.
- Agrupación Nacional de Empleados Fiscales - ANEF
- ANDARES
- APROFA
- Asociación Chilena Pro Naciones Unidas - ACHNU
- Asociación de Estudiantes Jóvenes Pehuenches
- Asociación Nacional de Mujeres Rurales e Indígenas - ANAMURI
- Asociación Nacional de Usuarios de Salud Privada - ANADEUSS
- Casa de la Mujer Yele
- Centro de Estudios de la Mujer - CEM
- Centro de Estudios para el Desarrollo de la Mujer - CEDEM
- Colectivo Con-spirando
- Colectivo de Monitoras "Mikempai"
- Colectivo de Monitoras de Primera Acogida en Violencia Doméstica y Sexual Andrea Aravena
- Colegio de Enfermeras
- Colegio de Matronas de Temuco
- Consejo de Salud Quilpué
- Consejo Local de Salud Consultorio Santa Julia - Vifa del Mar
- Consultores Cordillera
- Consumers International
- Corporación de Desarrollo de la Mujer - La Morada
- Corporación de Salud y Políticas Sociales - CORSAPS
- Corporación DOMOS
- Corporación Instituto Mujeres del Sur
- Educación para el mejoramiento de la calidad de vida - EDUK
- Educación Popular en Salud - EPES
- Federación Metropolitana Norte de Atención Primaria
- FENATS Metropolitana
- Federación Nacional de Profesionales Universitarios de la Salud - FENPRUSS
- Foro-Red de Salud de Derechos Sexuales y Reproductivos - Chile A.G.
- FREMESAM
- Fundación Cuerpo y Energía
- Fundación Instituto de la Mujer
- Grupos de Salud Huechuraba
- Hexagrama Consultores
- Instituto Chileno de Medicina Reproductiva - ICMER
- Isis International
- Mesa Rural de Villarrica
- MOVILH (Movimiento de Integración y liberación homosexual)
- Movimiento pro emancipación de la mujer chilena - MEMCH (Santiago)
- Movimiento pro emancipación de la mujer chilena - MEMCH (Valparaíso)
- Movimiento Unificado de Minorías Sexuales - MUMS
- Red Chilena contra la Violencia Doméstica y Sexual
- Red de Mujeres de Organizaciones Sociales - REMOS
- Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe - RSMLAC
- Solidaridad Organización Local - SOL
- Universidad Concepción
- Universidad de La Frontera
- Vivopositivo

Acta de Constitución Oficial del Observatorio de Equidad de Género en Salud

Hoy, viernes 5 de noviembre del 2004, las redes, organizaciones sindicales, organizaciones comunitarias de mujeres, organizaciones de minorías sexuales, ONGs, instancias académicas y los gremios de la salud que trabajamos por alcanzar la equidad y el pleno derecho a la salud en nuestro país, nos incorporamos como protagonistas del Observatorio de la Equidad de Género en Salud, instrumento ciudadano para la producción de información y conocimiento y de respaldo a la abogacía con las instancias estatales y civiles, orientada a aportar mejoras a las políticas públicas y a las prácticas de salud desde una perspectiva de género.

Este Observatorio se ha hecho posible con el auspicio y la cooperación técnica de OPS/OMS en Chile a través de su Proyecto Género Equidad y Reforma de la Salud, y con el respaldo y participación activa del Centro de Estudios de Género y Cultura, CEGECAL, de la Facultad de Filosofía y Humanidades de la Universidad de Chile, en cuya sede se administran la base de datos y la página web del Observatorio:

En el año 2005 se desarrollará una estación regional del Observatorio en la Región de la Araucanía, con la cual se trabajará en forma coordinada.

En septiembre del año 2006 se abrirá una nueva fase, caracterizada por el término del protagonismo activo de la OPS/OMS Chile en la marcha del Observatorio, y por el manejo autónomo de éste por parte de nuestras organizaciones e instituciones sociales y académicas. Este proceso requerirá de nuestro esfuerzo colectivo para asegurar los aspectos técnicos y políticos del Observatorio, así como también, su sostenibilidad institucional. El logro de nuestros propósitos significará un importante avance en el ejercicio de ciudadanía en salud por parte de la sociedad civil.

Firman por el Foro Civil del Observatorio de la Equidad de Género en Salud.