

CORPORACIÓN

MILES

**Quinto Informe
sobre Derechos
Sexuales y
Reproductivos
en Chile**

**Quinto Informe
sobre Derechos
Sexuales y
Reproductivos
en Chile**

V INFORME SOBRE DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS EN CHILE

Dirección Ejecutiva Corporación Miles:

Javiera Canales Aguilera

Área de Investigación Corporación Miles:

Stephanie Otth Varnava, Coordinadora de Área

Karla Barraza Lara, Investigadora

Equipo de pasantes Área de Investigación:

Pamela Chacón Peña

Valentina Flores Rojas

Hilda Hernández Muñoz

Bianca Lagos Parr

Camila Muñoz Villegas

Milena Salvo Urbina

Investigadores colaboradores:

Pía Rodríguez Garrido

Carolina Alveal Álamos

Edición:

Macarena Gallo Fuenzalida

Diseño y diagramación:

Viviana Díaz Fuica

Primera edición

100 ejemplares

Santiago, Chile

Abril, 2023

Contacto:

Stephanie Otth Varnava

sotth@mileschile.cl

www.mileschile.cl

Facebook: Miles Chile

Twitter: @mileschile

Instagram: @mileschile

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.

CORPORACIÓN
MILES

Colabora:

Ipas

CORPORACIÓN MILES

8

Embarazos no deseados: experiencias, efectos y la situación de la pastilla del día después

16

Observaciones sobre los embarazos no planificados: la experiencia de las mujeres embarazadas afectadas por la entrega de pastillas anticonceptivas defectuosas

24

Estimación e impacto de los embarazos no deseados producto de la entrega de pastillas anticonceptivas defectuosas en Chile durante 2020

32

Experiencias en el acceso a la píldora anticonceptiva de emergencia

40

Ley de Interrupción voluntaria del embarazo y aborto sin causales

50

Evaluación y percepciones de la Ley 21.030 en la Región de La Araucanía

64

Interrupción voluntaria del embarazo y la situación de niñas menores de 14 años

72

Ley 21.030 para las menores de 14 años y la realidad de la Autorización Judicial Sustitutiva

80

Salud sexual y reproductiva en zonas rurales

90

Salud sexual y reproductiva rural: Una lectura desde la Región de Coquimbo

104

Mujeres en situación de discapacidad: cuando el acceso a derechos reproductivos sigue siendo un privilegio



122

**Palabras finales
Anexos
Bibliografía**

Introducción

Los derechos sexuales y reproductivos, reconocidos como derechos humanos, se fundamentan en los principios de igualdad, autodeterminación y dignidad humana. Comprenden el derecho de las personas a decidir de forma libre el número y espaciamiento entre los hijos, y a acceder a la información y medios para ejercer esta autonomía. Asimismo, implica el derecho a acceder a servicios de salud reproductiva sin discriminación, incluyendo el derecho a la atención obstétrica, al aborto y a la anticoncepción, entre otros.

Estos derechos se ven reforzados por sus principios reconocidos, como a la autodeterminación reproductiva, respaldada por el derecho a la integridad física, a la intimidad, a planificar la propia familia y a estar libre de todas las formas de violencia y coerción que afectan la vida sexual y/o reproductiva de las mujeres.

Planteo estos elementos teóricos relacionados a los derechos sexuales y reproductivos, pues se corresponden ampliamente con los hallazgos y resultados de las investigaciones presentadas en esta V versión del Informe Sobre Derechos Sexuales y Reproductivos de Corporación MILES.

En estas líneas, que son una especie de prólogo del V Informe, quiero sintetizar los principales obstáculos identificados que implican desafíos para nuestra organización, porque nos preocupa continuar siendo actoras claves en el avance progresivo y progresista de los derechos humanos de las mujeres en materia de sexualidad y reproducción.

- Falta de información sobre la Ley IVE en tres causales: muchas mujeres no saben que tienen derecho a la interrupción voluntaria del embarazo en las causales permitidas por la ley. Además, los y las proveedoras pueden no estar capacitados/as o dispuestos/as a proporcionar información sobre el aborto despenalizado, dificultando aún más el acceso a este servicio.
- El acceso geográfico limitado: la mayoría de los servicios de interrupción voluntaria del embarazo solo están disponibles en las grandes ciudades, lo que dificulta el acceso para las mujeres que viven en áreas rurales o remotas. Además, incluso en las provincias, la falta de transporte público accesible y asequible puede dificultar que las mujeres lleguen oportunamente a los proveedores de atención médica que ofrecen estos servicios.
- Objeción de conciencia de los y las proveedores de salud: algunos y algunas profesionales médicas pueden objetar conciencia para proporcionar servicios de interrupción voluntaria del embarazo por motivos religiosos o personales. Si bien tienen derecho a la objeción de conciencia, esto puede limitar aún más el acceso de las mujeres al aborto despenalizado.
- Es importante asegurar que las mujeres con discapacidad tengan acceso a información y servicios de salud sexual y reproductiva adecuados a sus necesidades. Esto incluye proporcionar información en formatos accesibles, a través del método Braille o audiolibros por ejemplo, garantizando que estos servicios estén siempre disponibles.
- Falta de información sobre anticoncepción: es necesario fortalecer normas y legislación sobre regulación de fertilidad para difundir orientación, prestación de servicios en temas como fallas en la anticoncepción y embarazos no deseados, así como sus consecuencias físicas, emocionales y sociales. Igualmente, es clave mejorar la información y acceso sobre anticoncepción de emergencia.
- Para finalizar, cada una de las investigaciones presentadas evidencia los grandes obstáculos para las mujeres en toda su diversidad en el acceso universal a los derechos y a la atención integral en materia de salud sexual y reproductiva. Esto plantea para Corporación MILES un gran desafío que, de alguna manera, coincide con los retos que surgen en estos tiempos políticos—sociales que se viven en el Chile actual.

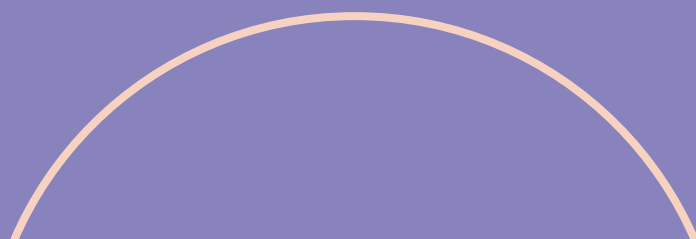


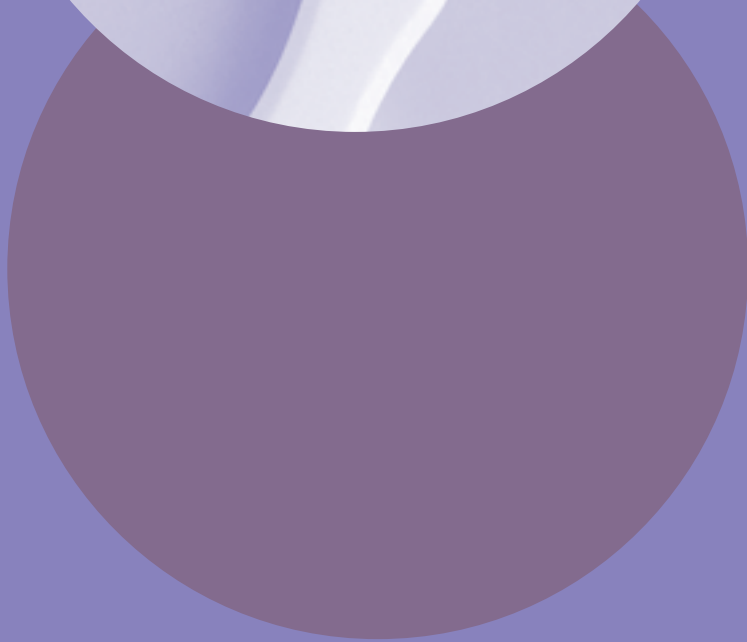
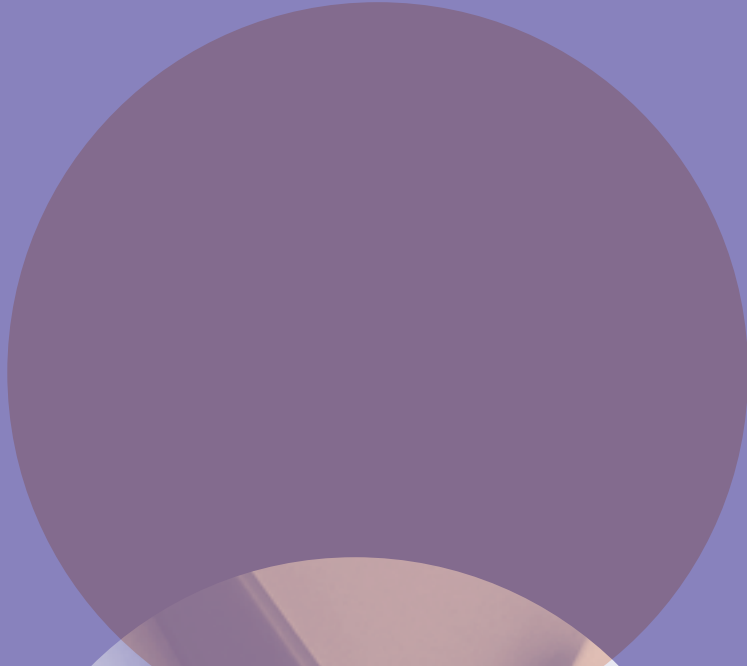
Soledad Díaz Pastén

Presidenta del Directorio Corporación MILES



**Embarazos no deseados:
experiencias, efectos y
la situación de la pastilla
del día después**





Embarazos no deseados: experiencias, efectos y la situación de la pastilla del día después.

Stephanie Otth V.¹

Karla Barraza L.²

Milena Salvo U.³

¹ Stephanie Otth Varnava, Coordinadora Área de Investigación de Corporación MILES, psicóloga Universidad Católica de Chile, Magíster en Psicología Clínica Universidad de Chile y Master en Gender, Society and Representation, University College London.

² Karla Barraza Lara, Asistente Área de Investigación de Corporación MILES, Cientista Política Universidad Central de Chile.

³ Milena Salvo Urbina, Cientista Política, Universidad Diego Portales.

En Chile, se reconoce que las personas tienen el derecho de vivir y ejercer su sexualidad de manera segura e independiente de la reproducción (Ley Marco sobre Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos, Boletín N°5933-11). Los derechos sexuales y reproductivos son considerados un conjunto de otros derechos, entre ellos la decisión de tener o no hijos/as, cuándo y cuántos. De esta manera, el Estado y las instituciones públicas deben garantizar el acceso a información sobre salud reproductiva, a diversos métodos de anticoncepción hormonales (pastillas, inyecciones, implantes, etc.), píldora de anticoncepción de emergencia, entre otros dispositivos para la regulación de la fertilidad.

Para esto, durante los últimos 20 años, se han pro-

mulgado normas e incentivado programas respecto a la regulación de la fertilidad. Entre las más relevantes se encuentran las Normas sobre Regulación de la Fertilidad del Ministerio de Salud (MINSAL); el programa Buen Vivir de la Sexualidad y la Reproducción; el Programa Nacional de Salud de la Mujer; y el actual Programa de Salud Sexual y Reproductiva. Estos se enfocan, principalmente, en brindar información sobre los derechos sexuales y reproductivos y favorecer el bienestar personal de las mujeres a lo largo de todo su ciclo vital. Por su parte, el Programa de Salud Sexual y Reproductiva involucra directamente al MINSAL y otras entidades públicas en la adquisición de productos que garanticen la salud sexual integral, en la compra de píldoras anticonceptivas hormonales y las píldoras anticonceptivas de emergencia.

En el nivel primario de Atención (APS) se encuentran los Consultorios Urbanos, Rurales, Postas y Estaciones Médico-Rurales; espacios que ofrecen consejería sobre salud sexual y reproductiva. Este servicio provee atención individual con el objetivo de entregar información de la manera más clara, completa y oportuna que le permita a las personas tomar sus propias decisiones respecto a salud reproductiva, planificación familiar y métodos anticonceptivos.

Dentro de los productos y servicios que otorgan estos programas en el servicio público están los anticonceptivos hormonales, uno de los métodos principales para el control de la fertilidad y la planificación familiar según la OMS. De acuerdo con datos del año 2020, las personas que accedieron a los planes estatales y los diversos métodos de anticoncepción que se entregaban, fueron más de un millón y medio de personas entre los 15 y 35 años (DEIS, 2020). El primer método de control de fertilidad utilizado a nivel nacional en el 2020 son los anticonceptivos inyectables con un 32,02% (incluyendo el inyectable combinado y progestágeno); en segundo lugar, el método oral con 28,82% (incluyendo las pastillas combinadas y progestágeno); y, finalmente, los DIU e implantes con un 16% en cada caso).

RECUESTO NACIONAL POR MÉTODO DE REGULACIÓN DE FERTILIDAD 2020

Método	Total	% del total
DIU (DIU, DIU + Hormonas)	265.510	16,44%
Oral (Combinado; Progestágeno)	465.662	28,82%
Inyectable (Combinado; Progestágeno)	517.320	32,02%
Implante (Etonogestrel 3 años; Levonorgestrel 5 años)	258.381	16%
MAC Mujer	47.797	2,96%
MAC Hombre	11.576	0,72%
Esterilización Mujer	48.692	3,01%
Esterilización Hombre	582	0,04%

TOTAL**1.615.520**

La anticoncepción oral, como uno de los métodos anticonceptivos de mayor uso, es utilizado por más de 460.000 personas (28,8% de las usuarias de los programas estatales). Particularmente, la Región Metropolitana es aquella que más usuarias de métodos orales de anticoncepción concentra (104.453 personas), mientras que la Región de Magallanes y la Antártica Chilena reúne la menor cantidad de usuarias (2.506 usuarias). Proporcional a las personas que accedieron a los planes de fertilidad por cada una de las regiones, aquellas que más utilizaron el método oral de anticoncepción fueron: la Región del Maule (29%), la Región de Ñuble (27%) y la Región del Biobío (26%).

DISTRIBUCIÓN POR REGIÓN DE PERSONAS EN CONTROL DE FERTILIDAD CON MÉTODO ORAL COMBINADO

Región	Total	% del total
I Región	6.339	1,8%
II Región	11.456	3,3%
III Región	6.142	1,8%
VI Región	16.735	4,8%
V Región	41.132	11,8%
VI Región	18.688	5,4%
VII Región	35.527	10,2%
VIII Región	35.906	10,3%
IX Región	21.532	6,2%
X Región	17.347	5%
XI Región	2.828	1%
XII Región	2.506	0,7%
Metropolitana	104.453	30%
XIV Región	7.579	2,2%
XV Región	4.554	1,3%
XVI Región	14.489	4,2%

TOTAL 347.213

Fuente: Regulación de Fertilidad, Departamento de Estadística e Información de Salud (DEIS), Serie P. 2020.

En cuanto a las edades de las usuarias de los programas estatales de control de fertilidad, se observa que las mujeres entre los 20 y 29 años son quienes hacen mayor uso del método anticonceptivo oral (5.818 personas). En cambio, las personas que menos acceden a las pastillas anticonceptivas son las menores de 15 años (76 casos) y entre los 50 y 54 años (134 casos).

Considerando la cantidad de personas que acceden a los programas públicos de regulación de fertilidad, el Estado chileno debe asegurar la entrega de un servicio de calidad y garantizar seguridad para las usuarias. No obstante, entre el año 2020 y 2021, el Instituto de Salud Pública (ISP) notificó cuatro alertas de pastillas anticonceptivas que resultaron defectuosas y que fueron entregadas por los consultorios de salud primaria del país.

Uno de los casos más reconocidos a nivel país fue la falla del anticonceptivo Anulette CD, que presentó errores de laboratorio en el empaque de sus comprimidos. En consecuencia, un número importante de mujeres y personas gestantes se enfrentó a embarazos no planificados. Esta situación evidenció las falencias y debilidades de la fiscalización de las pastillas anticonceptivas que se distribuyeron en las instalaciones públicas de salud.

Según la investigación realizada por Corporación MILES, se descubrió que la falla de los anticonceptivos no configuró una situación de alerta inmediata, sino que calificó como “solucionable” y como “un daño transitorio”, perjudicando a la población de menores recursos económicos, ya que ellas utilizaban este método anticonceptivo. Las usuarias que se vieron afectadas no obtuvieron la respuesta esperada por parte del Estado y debieron continuar con sus embarazos involuntariamente a causa de la falta de herramientas y obstáculos que presenta la ley chilena.

Se ha comprobado que el embarazo no planificado representa una carga que puede afectar tanto la salud física como mental de las mujeres. Los factores sociales, culturales, económicos y demográficos afectan directamente a la calidad, disponibilidad y acceso a los servicios de salud que tienen las personas. Rondón (2015) establece que se genera un factor de estrés capaz de generar síntomas de ansiedad y depresión durante y posterior al embarazo.

Asimismo, la Organización Mundial de la Salud (2019) menciona que los embarazos no deseados pueden producir ciclos de gran fecundidad, reducir las posibilidades educativas, laborales y aumentar la pobreza en las mujeres. La OMS señala que estos problemas pueden pasar de generación en generación. De esta manera, esta situación interfiere directamente en el proyecto de vida y las expectativas de las mujeres y personas gestantes. Al no ser planificado, no están preparadas para convalidar el proceso de embarazo con sus estudios o trabajos, además que tiende a estar acompañado de estigmatización y violencia por parte de las instituciones. En consecuencia, las personas afectadas se ven obligadas a postergarse a sí mismas, sus planes a futuro y su desarrollo académico-laboral.

A su vez, se observa una pérdida de autonomía e independencia respecto al curso de su vida. Como es sabido, el aborto sin causales en Chile es ilegal, por lo que las mujeres que se ven afectadas por pastillas anticonceptivas defectuosas no pueden tomar una decisión autónoma respecto al curso de su embarazo.

Respecto a lo anterior, se puede observar que los programas estatales priorizan un enfoque de planificación familiar por sobre el plan de vida de las mujeres. Dicho de otra manera, el desarrollo de los planes y programas generados por el Estado para

el control de la fertilidad, se realizaron en base a la formación de las familias, cuando debiera ser desde un enfoque de la mujer. Esto se puede concluir por dos razones. Por un lado, la ilegalidad del aborto libre, ya que actualmente en Chile las causales establecidas limitan la decisión de las mujeres de ser o no madres. Se les impone a las personas gestantes la responsabilidad de un embarazo no planificado, aún cuando se estaban protegiendo con métodos anticonceptivos. Por otro lado, la constitución no abarca los derechos sexuales y reproductivos, por lo que el incumplimiento de estos no tiene cabida a nivel constitucional y aumentan las probabilidades de no encontrar respuesta a este

tipo de problemáticas. Finalmente, a pesar de que las mujeres deben decidir sobre cuándo y cuántos hijos tener, se ven en la obligatoriedad de postergarse a sí mismas y a su planes futuros por una responsabilidad impuesta y una falla de terceros.

A partir de lo anterior, Corporación Miles decidió estudiar en mayor profundidad los efectos que percibieron las afectadas por el caso del fallo en el anticonceptivo Anulette CD. Para ello, durante el año 2022, Corporación Miles llevó a cabo una sistematización y análisis de las atenciones realizadas a las afectadas. A continuación, se presentan los principales hallazgos de dicha investigación.



Observaciones sobre los embarazos no planificados: la experiencia de las mujeres embarazadas afectadas por la entrega de pastillas anticonceptivas defectuosas

La falla del anticonceptivo Anulette CD durante el año 2020 provocó cientos de embarazos no planificados. Entre los años 2020 y 2022, más de 200 mujeres recurrieron al área legal de Corporación Miles en busca de representación y 85 de ellas solicitaron acompañamiento psicosocial. El presente estudio busca analizar los efectos psicológicos que percibieron las mujeres afectadas por la falla de sus anticonceptivos.

M. Ignacia Veas G.⁴

Jeniffer Riquelme N.⁵

Stephanie Otth V.⁶

⁴ María Ignacia Veas Guerrero, psicóloga Universidad Alberto Hurtado, Coordinadora Área Psicosocial Corporación Miles, Magíster (c) Ciencias sociales y sociedad civil. IDEA USACH.

⁵ Jeniffer Riquelme Navarro, psicóloga Universidad Academia de Humanismo Cristiano, Profesional Área Psicosocial Corporación Miles. Diplomado en Psicología del Trauma: Clínica y Abordajes Psicoterapéuticos, Universidad de las Américas.

⁶ Stephanie Otth Varnava, psicóloga Universidad Católica de Chile, Coordinadora Área de Investigación de Corporación Miles, Magíster en Psicología Clínica Universidad de Chile y Master en Gender, Society and Representation, University College London.

Durante el año 2022, Corporación MILES analizó los casos de 85 mujeres que entre 2020 y 2022 recurrieron al área psicosocial en búsqueda de acompañamiento. El proceso que se llevó a cabo en la corporación consistió de tres etapas. La primera fue una evaluación inicial vía correo electrónico y un formulario de preguntas generales. Durante la segunda etapa, las afectadas fueron evaluadas a nivel psicosocial. Finalmente, la última etapa fueron talleres de contención realizados entre octubre y noviembre de 2022.

Caracterización

A través de la primera etapa del proceso, se identificaron las características principales de las afectadas representadas por la corporación. Considerando a las 85 mujeres evaluadas, el rango etario entre 20 y 25 años de edad estaba presente en un 27% del total de las afectadas. Luego, las mujeres entre 26 y 35 años, con un 23,5%. Y mujeres entre los 36 y 40 años de edad con el 15,2% de los casos. Finalmente, en menor medida, se presentaron mujeres mayores de 40 años (1,1%) y menores de 20 años (3,4%) representadas por dos adolescentes de 16 y 18 años.

Las mujeres afectadas que contactaron a Corporación Miles fueron en su mayoría chilenas (91,7%). Sin embargo, también se representó a mujeres de nacionalidad peruana (3,5%) y venezolana (3,5%). También, se debe tener en consideración que un menor porcentaje de las mujeres prefirieron no dar esa información (1,3%).

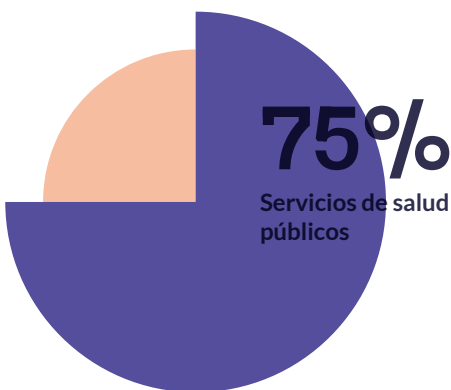
Además, se tomaron en consideración otro tipo de características. El 10,1% de las afectadas se identifican perteneciente al pueblo mapuche y el 1,1% se declara en situación de discapacidad (sin identificar específicamente su condición).

Respecto al lugar de residencia, 43 viven en la Región Metropolitana (50,5%), mientras que el 49,4% en otras regiones del país. Particularmente, se identificaron casos en la Región del Maule (7%); Región de Valparaíso (7%); Región de la Araucanía (7%); Región del Biobío (5,8%); Región de Coquimbo (3,5%); Región del Ñuble (3,5%); Región de Atacama (3,5%); Región de Tarapacá (2,3%); Región de los Lagos (2,3%); Región de Aysén (2,3%); Región Libertador Bernardo O'Higgins (2,3%); y Región de los Ríos (1,1%). Por otro lado, al interior de la RM, residen mayormente en la comuna de Puente Alto (16,2%) y San Bernardo (9,3%).

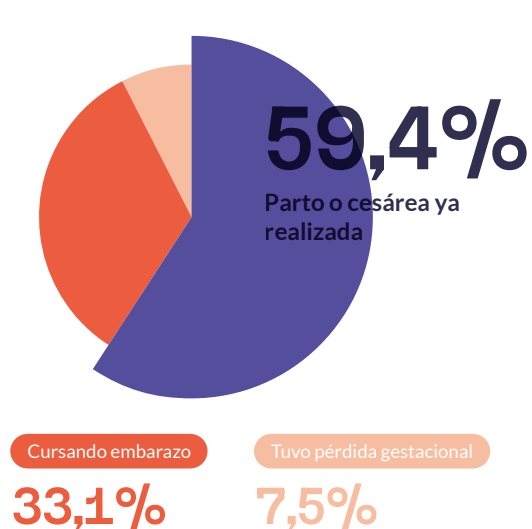
En la mayoría de los casos, los anticonceptivos defectuosos de Anulette CD fueron entregados en servicios de salud públicos (75%), entre ellos el Cesfam. Por el contrario, el porcentaje restante se obtuvo a través de farmacias privadas.

Finalmente, respecto al estado del embarazo al momento de las consultas, el 59,4% ya había experimentado el parto o cesárea; el 7,5% tuvo una pérdida gestacional; y el 33,1% de las mujeres aún se encontraba cursando el embarazo.

ENTREGA ANTICONCEPTIVO



ESTADO EMBARAZO



NACIONALIDAD

91,7% Chilena

3,5% Peruana

3,5% Venezolana

1,3% No entregó información

EDAD

27% Entre 20 y 25 años

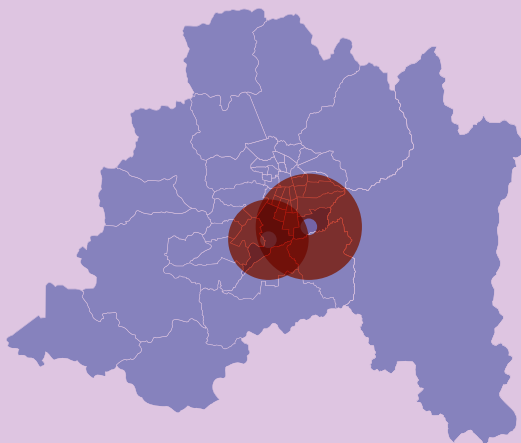
23,5% Entre 26 y 30 años y entre 31 y 35 años

15,2% Entre 36 y 40 años

1,1% Mayores de 40 años

3,4% Menores de 20 años

LUGAR DE RESIDENCIA



16,2%
Puente Alto

9,3%
San Bernardo

2,3%
Tarapacá

3,5%
Coquimbo

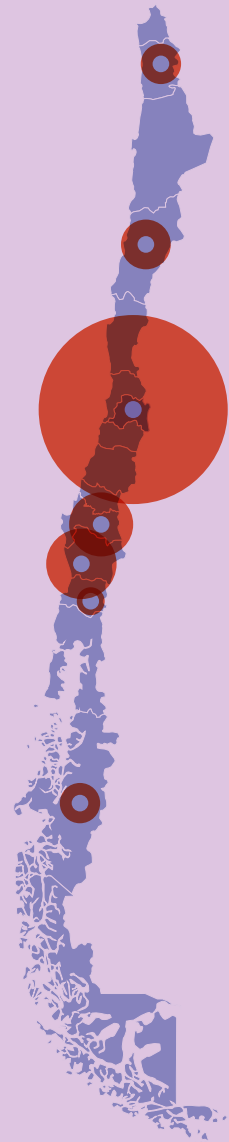
50,5%
Región Metropolitana

5,8%
Biobío

7%
La Araucanía

1,1%
Los Ríos

2,3%
Aysén



PUEBLO ORIGINARIO

10,1% Pueblo mapuche

ACCESIBILIDAD

1,1% Situación de discapacidad

Efectos observados en una experiencia de embarazo no planificado

En base a las evaluaciones psicosociales realizadas por la corporación, el 30,5% de las mujeres respondió que no necesitaban de este tipo de orientación psicológica. No obstante, dentro de este grupo, cinco mujeres pidieron ser derivadas al programa estatal “Mujer, Sexualidad y Maternidad” por precaución y/o problemas de salud asociados al embarazo. Por el contrario, 60 mujeres (69,4% de las respuestas) deseaban obtener atención psicosocial. El 22,3% de este grupo estableció la necesidad de atención psicológica y un 3,5% solamente atención social, debido a que ya contaban con un tratamiento psicológico en curso.

En términos generales, las mujeres expresaron haber experimentado diversos malestares asociados al embarazo, principalmente aquellas que tenían entre 20 y 38 años. En el 52% de los casos, los síntomas fueron depresivos, específicamente sentimientos de descontento, tristeza, angustia, decepción e inseguridad. Estas emociones fueron acompañadas por cambios corporales y sentimientos ambivalentes propios del embarazo. Además, en muchos casos se desarrollaron síntomas de ansiedad, entre ellos estrés, agotamiento y miedo, debido a la incertidumbre de su futuro y a la posible discriminación en ambientes laborales y académicos. Tanto los síntomas depresivos como ansiosos se presentan en mayor medida en las mujeres que ya atravesaron por el parto del embarazo y se encuentran en la etapa de cuidados.

Por otro lado, las mujeres coinciden que vieron afectadas sus relaciones interpersonales, al ser rechazadas y aisladas por su círculo cercano. Independientemente de sus condiciones sociales y económicas, notaron la falta de redes de apoyo estables, ya sea porque su familia vive en otras

ciudades o su pareja trabaja lejos del lugar de residencia. En consecuencia, los sentimientos de frustración, soledad e incompreensión fueron mayores y desarrollaron mayor sensibilidad e inestabilidad. La falta de redes de apoyo también aumentó la dificultad de los cuidados (físicos y psicológicos) y complicaron el asentamiento de las bases para una co-responsabilidad parental.

Llama la atención que, aún cuando la responsabilidad es del Sistema de Salud, para las mujeres afectadas la falla de los anticonceptivos recae en ellas o sus parejas, ya que “se confiaron” y no tomaron otras medidas de seguridad. Esto puede deberse a dos razones: el poco entendimiento de la anticoncepción como derecho y la sobreexigencia de las mujeres en el rol de madre.

Respecto al primer punto, pareciera que las mujeres atendidas ven la anticoncepción como un “favor” que reciben del sistema, lo que está directamente relacionado con la poca información sobre salud sexual y a factores socioculturales que causan la normalización de casos de negligencia. Esto también se conoce como “desesperanza aprendida”, que se genera a causa de estímulos negativos que reafirman la idea de que no existe una solución a sus problemas. En consecuencia, aprenden a aceptar la vulneración de sus derechos.

En cuanto al segundo punto, la corporación evidenció que la responsabilidad y exigencia recayó únicamente en las afectadas. Una prueba de esto es el sentimiento de culpa que se genera, ya sea porque no cumplen con las expectativas de ser “una buena madre” o porque saben que no querían ser madres:

“Tú te sientes súper mal, porque al final tienes a

tu bebé en brazos y dices, pucha, yo no te quería, pero te amo”.

De esta manera, no existe un cuestionamiento sobre por qué la responsabilidad es de ellas y no de los factores externos que causaron la vulneración a sus derechos.

La exigencia también proviene de círculos cercanos, en cómo son acompañadas o aisladas durante y posterior a su embarazo. Experimentan juicios y críticas en diversos ámbitos. Por un lado, son cuestionadas y reciben desconfianza y presión por parte de su entorno familiar. Por otro lado, percibieron reproches y prejuicios en espacios públicos:

“Salí a pasear con mi hijo cuando tenía aproximadamente cinco meses, me miraban y me decían: ‘oh, es su hijo y tan jovencita ¿Qué edad tiene?’ Y uno se siente mal”.

También, en entornos laborales existió violencia laboral y diferentes tipos de discriminación:

“Llevaba un mes trabajando y las colegas murmuraban que había quedado embarazada para seguir trabajando (...) que lo había hecho a propósito”.

Por último, afecta sus relaciones sociales, causando aislamiento durante el curso de embarazo. En muchos casos, las afectadas perdieron amistades:

“Dejé muchas amistades de lado porque te das cuenta que no te apoyan y que además te critican, se adhieren a las críticas de tus familiares”.

Estas situaciones se dan en mayor grado cuando son mujeres jóvenes y profundizan la sensación de incompreensión.

En el caso de mujeres sobre los 30 años, establecieron que sus entornos (familiares y laborales)

fueron más comprensivos y colaboradores respecto a la situación, ya que son percibidas como “adultas, en pareja y estables”. Sin embargo, para las mujeres que ya eran madres, esta situación significó una alteración importante en su planificación familiar. Debieron enfrentar dificultades económicas y logísticas para lograr reajustar sus vidas.

Las afectadas llegaron a la conclusión de que un embarazo no planificado supone una experiencia de adaptación forzosa, ya que deben asumir la situación y reajustar sus proyectos en contra de su voluntad. La gestación, cuando no es elegida, significa la interrupción de proyectos y causa sentimientos de culpa en las madres. Provoca la pérdida de autonomía, ya que no pudieron decidir sobre la continuación del embarazo, y la postergación obligada de sus proyectos:

“[Es un] cambio tremendo porque, bueno, yo soy estudiante y (...) no todos los profesores tienen la disponibilidad a ser flexibles con algunas cosas y así es muy difícil organizarse con los tiempos”.

Por último, otra consecuencia es la desconfianza hacia las pastillas anticonceptivas como método de anticoncepción realmente efectivo. Además, destacaron una incertidumbre constante al no saber con qué método seguir cuidándose, sobre todo al encontrarse en período de lactancia.

Para terminar, el desconocimiento de sus derechos y la presión social causa que las afectadas en primera instancia no logren problematizar las causas ni la responsabilidad de la situación que vivieron. No obstante, al final del trabajo que realizan en conjunto con la corporación, logran dar cuenta y expresar lo vivido como una vulneración de sus derechos sexuales y reproductivos.

Es así, como nacen relatos de rabia y sentimientos de injusticia:

“Me da rabia, porque yo me estaba cuidando. Yo no quería esto, por algo me estaba tomando las pastillas. Tampoco tengo algo estable para él ¿Por qué siempre le tiene que pasar a las personas más vulnerables o a las que no tienen recursos para poder adquirir las pastillas más caras?”

Conclusiones

Se observa que los embarazos no planificados tienen consecuencias en diversos ámbitos en la vida de las mujeres afectadas. Por un lado, puede tener repercusiones en la salud mental, como síntomas de depresión y ansiedad. También, afecta las relaciones interpersonales de las mujeres, ya sean su relación de pareja, familia y/o amistades. Esto puede causar sensaciones de soledad, incompreensión y el aislamiento de la mujer, dejando de ver a su círculo cercano y perdiendo redes de apoyo fundamentales para el proceso. Lo anterior pareciera guardar relación con las expectativas sociales sobre el rol de madre y la presión de aceptar el embarazo como una *“bendición o un regalo”*. A esto se le agrega el desencuentro entre el ideal de la maternidad y la realidad. El ideal sitúa a las mujeres frente a una maternidad tóxica, romantizada, inasumible e indeseable, ya que se compara su experiencia con la que se espera que tengan. En este punto, el problema en sí mismo, no es la maternidad, sino su idealización y lo alejada que está de la realidad (Vivas, 2001). Esto trae consigo un malestar emocional asociado a la culpa y también la invisibilización de sus malestares físicos como forma de ocultar el dolor.

En ese sentido, se observa cómo a las mujeres, al maternar desde la culpa, se les dificulta la capacidad de situar las responsabilidades en el lugar que corresponde, facilitando que no se sancione a quienes son realmente responsables. Esto demuestra que muchas veces la violencia es invisible tanto para quienes la ejercen como para sus víctimas. Arendt (2009) establece que la violencia ha-

cia las mujeres es un claro ejemplo de que las víctimas pueden no ser conscientes de estar sufriendo violencia ni los victimarios de ejercerla.

Además, desde una lectura interseccional, se identificó que las mujeres que pertenecen a más de un grupo de exclusión (mujeres, jóvenes, de menores ingresos socioeconómicos) pueden experimentar mayores discriminaciones producto de un embarazo no planificado. Es así, cómo gran parte de las afectadas fueron doblemente violentadas, no solo por ser mujeres, sino que también por ser parte de un grupo social con menores niveles educacionales y de ingresos.

Se concluye que para generar un cambio efectivo es necesario que el Estado reconozca fácticamente los derechos sexuales y reproductivos y que las mujeres puedan, a su vez, considerarse a sí mismas sujetas de estos derechos para, mediante la información oportuna y veraz, hacerlos valer. El deber de la responsabilidad política consiste en observar estas situaciones, controlar sus efectos y asegurar que no sean terriblemente perjudiciales para las afectadas. Para ello, es fundamental mantener espacios sociales organizados donde pueda tener lugar tal observación y control, donde los ciudadanos pueden hablar públicamente y apoyarse unos a otros en sus esfuerzos para prevenir el sufrimiento. En la medida en que fracasamos en esto, también fallamos en nuestra responsabilidad, aunque no hayamos cometido ningún crimen y no nos puedan inculpar (Young, 2011).

Estimación e impacto de los embarazos no deseados producto de la entrega de pastillas anticonceptivas defectuosas en Chile durante 2020

En agosto y septiembre de 2020, el Instituto de Salud Pública de Chile retiró de circulación una serie de blisters de la marca de anticonceptivos Anulette CD por encontrarse defectuosos. En este estudio, investigamos la distribución de anticonceptivos defectuosos en el sistema público y calculamos cuántos embarazos se pudieran atribuir a esta falla.

M. Gracia Ortúzar A.⁷

Stephanie Otth V.⁸

⁷ María Gracia Ortúzar Antezana, B.A. en Economía y Ciencias Políticas de Indiana University. Estudiante de doctorado en Economía, University of Notre Dame.

⁸ Stephanie Otth Varnava, Coordinadora Área de Investigación de Corporación Milles, Psicóloga Universidad Católica de Chile, Magíster en Psicología Clínica Universidad de Chile y Master en Gender, Society and Representation, University College London.

Entre agosto y septiembre de 2020, el Instituto de Salud Pública de Chile (ISP) emitió alertas de retiro de los blisters de la marca de anticonceptivos Anulette CD por encontrarse potencialmente defectuosos. La orden de retiro fue emitida meses después del inicio de la circulación de dichos lotes afectados en el sistema de salud pública. En una comunicación emitida por el ISP, en respuesta a información solicitada por Ley de Transparencia, la División de Atención Primaria (DIVAP) reconoce que 382.871 mujeres estaban bajo control de fertilidad con este medicamento. En este estudio investigamos la distribución de los medicamentos defectuosos a través del sistema de salud pública y, considerando las limitaciones de los datos disponibles, calculamos cuántos embarazos se pueden atribuir a los anticonceptivos defectuosos.

A través de información levantada por Ley de Transparencia, Corporación Miles pudo recabar que el ISP reconoce haber distribuido 27.689 “unidades” entre ambos lotes (13.916 para la serie B20034A y 13.773 para la serie B20035A). Es

importante señalar que cada “unidad” contiene 10 blisters o tiras, por lo que el ISP reconoce haber distribuido 276.890 blisters entre ambos lotes. Además, en sus comunicaciones señalan haberlos distribuidos a 23 Servicios de Salud (SS) a lo largo de Chile y al Instituto de Medicina Reproductiva (ICMER). Estos Servicios de Salud, a su vez, distribuyen los medicamentos a sus respectivos centros de salud, pero el ISP desconoce ese tramo de la distribución y, por ende, no refiere el destinatario final de los lotes fallidos.

Frente a ello, Corporación Miles a inicios de 2022 solicitó vía Ley de Transparencia la distribución detallada de estos anticonceptivos a los 23 Servicios de Salud señalados por el ISP. No se envió este tipo de solicitud al ICMER, pues no es una institución pública. Se recibió información de todos los servicios, menos del Servicio de Salud Metropolitano Occidente. En total, los SS reportan haber recibido 238.123 blisters (38.762 menos que los señalados por el ISP). 10 de los 23 servicios explicitan haber realizado la devolución (total o parcial) tras la aler-

ta sanitaria emitida durante agosto y septiembre de 2020. Así, se identificó que 103.241 blisters no fueron finalmente distribuidos. No obstante, se desconoce qué ocurrió con los 134.887 restantes de los servicios que no informaron respecto de su eventual devolución. Lo que sí se pudo corroborar es que 11.288 unidades se reconocen como no retornadas; pues corresponde a la diferencia de las devoluciones parciales realizadas (es decir, servicios de salud que explicitaron haber devuelto unidades, pero que no lo hicieron en la totalidad de lo recibido).

Durante 2020 y 2021, Corporación Miles identificó alrededor de 240 mujeres que señalan haber quedado embarazadas mientras tomaron estas píldoras anticonceptivas distribuidas en los consultorios de salud a través del programa de regulación de la fertilidad. Dada la falta de registros de los servicios de salud para establecer la trazabilidad de cada caja afectada, es probable que el número de mujeres que quedaron embarazadas por esta situación exceda con creces el número de mujeres que establecieron contacto con la corporación. En este reporte, intentamos acercarnos al número total de mujeres que pudieron quedar embarazadas al estar expuestas a los anticonceptivos defectuosos.

Para conducir este ejercicio, se utilizó la cantidad de blisters de los lotes defectuosos que los servicios de salud no contabilizaron en la devolución al ISP (134.887 blisters sin respaldo de devolución y 11.288 blisters que se reconocen como no retornadas), el número de mujeres por grupo de edad que utiliza anticonceptivos orales combinados de acuerdo con los Reportes Estadísticos Mensuales del Ministerio de Salud Chileno, correspondientes al año 2020, la tasa de falla de uso típico de la píldora, y un modelo de probabilidad binomial para calcular la probabilidad de embarazo al cabo de un año.





En este modelo se asume que cada ciclo menstrual es igual a los demás y que, al no estar embarazada la persona, la probabilidad de embarazo en cada mes es igual a la de los meses anteriores. El modelo, como indica su nombre, solo contempla dos resultados por cada ciclo menstrual: embarazo o no embarazo.

El primer paso de este ejercicio consiste en calcular el número de embarazos que se puede esperar en condiciones normales considerando la tasa de falla de uso típico de la píldora. En otras palabras, aun cuando no haya un defecto en las cajas de anticonceptivos, se calcula que entre un 5 y 9 por ciento de las mujeres que toman la píldora quedan embarazadas⁹.

El número que nos interesa en este estudio es la diferencia entre un escenario que simula la realidad (exposición a la falla de uso típico y a la falla en la píldora) y un contrafactual que simula lo que habría sucedido en condiciones normales (riesgo de embarazo solo por falla de uso típico). Este margen el que nos permite dimensionar las potenciales consecuencias de la amplia distribución de las cajas defectuosas en la población chilena.

El gran desafío asociado a este tipo de cálculo está en decidir la probabilidad de embarazo que corresponde asignar al mes, o los meses, de exposición a la píldora defectuosa. Los estudios de fertilidad en medicina reproductiva estiman que una pareja joven que intenta concebir tiene entre un 20 y 25 por ciento de probabilidad de embarazo por ciclo menstrual (Asociación de Medicina Reproductiva de Estados Unidos). Es importante precisar que La Asociación de Medicina Reproductiva de Estados Unidos reporta que una mujer de 30 años tiene un 20 por ciento de probabilidad de embarazo cada

mes que intenta quedar embarazada. Las parejas en estos estudios, generalmente, tienen relaciones sexuales en los días del ciclo asociados a mayor fertilidad.

Ante esto, los estudios que consideran la probabilidad de embarazo para una pareja joven que tiene relaciones fuera de la ventana asociada a mayor fertilidad estiman que existe un 5 por ciento de probabilidad de embarazo por mes (Colombo & Massarotto, 2000). Entonces, si asumimos que las mujeres afectadas por las píldoras defectuosas tienen una vida sexual activa y que tuvieron sexo en un día cualquiera del mes (es decir, no intentan tener sexo exclusivamente en los días de mayor fertilidad), la probabilidad de embarazo durante un mes de exposición a la píldora defectuosa probablemente se acerca más al 5 por ciento que al 25 por ciento previamente mencionado. Dicho esto, vale la pena recalcar que al asignar una probabilidad de embarazo relativamente baja en el contexto de los estudios de fertilidad, estamos haciendo un cálculo más bien conservador del impacto del problema con los anticonceptivos.

Bajo estos supuestos, si 134.887 mujeres estuvieron expuestas a la píldora defectuosa por un mes (a un 5 por ciento de probabilidad de embarazo por mes) y a la falla típica de la píldora los otros 11 meses del año (6,2 por ciento de probabilidad de embarazo al cabo de un año o el equivalente de 0,5 por ciento de probabilidad de embarazo en un mes), calculamos que habría 14.046 embarazos al cabo de un año¹⁰. Esto representa 5.683 embarazos adicionales con respecto a las circunstancias

⁹ Datos del Guttmacher Institute señalan que el promedio de la tasa de falla de uso típico en 43 países en desarrollo es del 5.5 por ciento, del 6.2 por ciento en la muestra de países de Latinoamérica y hasta del 9 por ciento en Estados Unidos.

¹⁰ Primero, usamos los 134.887 blisters de los lotes defectuosos con paradero desconocido. El ISP reconoce haber distribuido esta cantidad de blisters a varios servicios de salud, y estos servicios de salud no informaron respecto de su eventual devolución al levantarse la alerta sanitaria. La falta de trazabilidad de los medicamentos por parte de distintas instituciones de la salud pública hace muy difícil notificar a los pacientes sobre cualquier alerta sanitaria y así conocer con exactitud el número de mujeres que recibieron los blisters fallidos.

normales donde las mujeres están exclusivamente expuestas a la falla de uso típico, si se distribuyó solo un blister defectuoso por mujer.

También podemos repetir este ejercicio considerando un número menor de mujeres expuestas a la falla, pero con más meses de exposición a las píldoras defectuosas. Esta modificación es particularmente relevante porque las pastillas fueron distribuidas al comienzo de la pandemia cuando muchos consultorios entregaron más de un blister por visita para reducir el contacto a futuro. Si asumimos que las 134.887 cajas en circulación se repartieron de a tres, un total de 44.962 mujeres tomó píldoras defectuosas por tres meses. Por lo tanto, asumiendo que cada mes de píldora defectuosa está asociado con la misma probabilidad de embarazo (5 por ciento)¹¹, si 44.962 mujeres tomaron la píldora defectuosa por tres meses, calculamos 8.220 embarazos, lo que representa 5.432 embarazos por sobre una realidad sin falla en los anticonceptivos. Al considerar la tasa de pérdida (aborto espontáneo) por edad (Centro de Medicina Reproductiva de Sur California), este número de embarazos se traduce en 4.580 nacidos sobre los esperados en condiciones normales (sin problemas con los anticonceptivos). En cuanto al número de blisters que utilizamos como base para estos cálculos, en vez de partir con los 134.887 blisters sin respaldo de devolución al ISP, podemos repetir el ejercicio con los 11.288 blisters que han sido explícitamente reconocidos como no retornados al ISP. En este caso, y manteniendo todos los demás supuestos constantes, si 11.288 mujeres estuvieron expuestas a la píldora defectuosa por un mes (a un 5 por ciento de probabilidad de embarazo por mes) y a la falla típica

¹¹ La evidencia médica sugiere que, una vez que se discontinúa el uso de anticonceptivos, la probabilidad de embarazo aumenta con el tiempo a medida que el cuerpo retoma un equilibrio hormonal. En este análisis no consideramos esta variable, porque el factor con el que aumenta la probabilidad de embarazo después de discontinuar el uso de anticonceptivos es aún más difícil de aproximar.

de la píldora los otros 11 meses del año (6.2 por ciento de probabilidad de embarazo al cabo de un año), calculamos que habría 1.175 embarazos al cabo de un año. Esto corresponde a 476 embarazos adicionales con respecto a las circunstancias normales donde las mujeres están exclusivamente expuestas a la falla de uso típico.

Finalmente, si nuevamente extendemos el análisis al caso donde los anticonceptivos fueron distribuidos de a tres cajas por visita, un total de 3.763 mujeres tomó píldoras defectuosas por tres meses. Por lo tanto, asumiendo que cada mes de píldora defectuosa está asociado con la misma probabilidad de embarazo (5 por ciento), calculamos 688 embarazos, lo que representa 455 embarazos por sobre una realidad sin falla en los anticonceptivos. Aplicando nuevamente la tasa de pérdida (aborto espontáneo) por edad, este número de embarazos se traduce en 383 nacidos sobre los esperados en condiciones normales donde no hay píldoras defectuosas en circulación.

En Chile, la dificultad para establecer la trazabilidad de las cajas defectuosas no nos permite hacer un seguimiento de cada uno de estos embarazos. Si tuviéramos acceso a esos datos podríamos medir los efectos de un embarazo no planificado para las mujeres y los niños afectados. Pero la evidencia de otros contextos nos ayuda a establecer un punto de referencia.

El reciente estudio de Gallen et al. (2022) utiliza la falla regular del 0,5% de los dispositivos intrauterinos en Suecia para examinar el impacto de los embarazos no planificados. Los autores comparan los ingresos y las proyecciones laborales de las mujeres que tuvieron una falla en el dispositivo con aquellos del resto de las mujeres con dispositivos intrauterinos. El seguimiento de estos dos grupos por siete años desde la fecha de la receta médica para el dispositivo les permite a los auto-

res observar que los ingresos de las mujeres con un embarazo no planificado son un 15% más bajos de lo que hubieran sido si el embarazo no hubiera ocurrido. También se observa que los embarazos no planificados reducen en un 20% la probabilidad de trabajar en una posición que requiere de estudios universitarios o manejo de personal. Sobre esto, el estudio remarca que los efectos son aún más perjudiciales para las mujeres que tienen un embarazo no planificado antes de los 30 años. Este hallazgo es, particularmente, relevante para el caso chileno donde el 57% de las usuarias de anticonceptivos oral combinados tiene menos de 30 años.

Sin duda, que el contexto chileno difiere del sueco en muchas dimensiones, pero este tipo de análisis puede fijar un punto de partida para comenzar a entender el impacto económico del caso de las píldoras defectuosas en Chile.





Experiencias en el acceso a la píldora anticonceptiva de emergencia

En Chile, la pastilla del día después es un método anticonceptivo de emergencia de venta libre. Corporación Miles se propuso conocer la situación del acceso a esta pastilla con el objetivo de identificar posibles barreras de acceso en los servicios públicos y en el sector privado.

Natalia Acevedo N.¹²

M. Fernanda Aqueveque A.¹³

Stephanie Otth V.¹⁴

Eduardo Soto F.¹⁵

¹² Natalia Belén Acevedo Nuñez - Interna Carreta de Obstetricia y Puericultura Universidad de Chile.

¹³ María Fernanda Aqueveque Aravena - Interna Carrera de Obstetricia y Matronería Universidad San Sebastián.

¹⁴ Stephanie Otth Varnava, Coordinadora Área de Investigación de Corporación Miles, Psicóloga Universidad Católica de Chile, Magíster en Psicología Clínica Universidad de Chile y Master en Gender, Society and Representation, University College London.

¹⁵ Eduardo Rodolfo Soto Fernández, matró de la Universidad de la Frontera. Coordinador Área Salud Sexual de Corporación Miles. Formación de postítulo en "Metodologías comunitarias de trabajo en salud", "Salud familiar y comunitaria", "Prevención y promoción del VIH/SIDA" y "Diseño de programas de salud con enfoque de determinantes sociales". Editor de las Normas Nacionales sobre regulación de la fertilidad

En el año 2010 se publica la ley 20.418 que *“fija normas sobre información, orientación y prestaciones en materia de regulación de la fertilidad”*, donde se establece que toda persona puede acceder efectivamente a métodos anticonceptivos. En lo que refiere a la anticoncepción de emergencia, solo en el caso que éste sea solicitado por una persona menor de 14 años, el servicio de salud debe avisar al adulto responsable que señale la niña o la adolescente, después de haberle entregado el medicamento. Durante el año 2015, el Instituto de Salud Pública eliminó la condición de venta con

receta de la pastilla anticonceptiva de emergencia (PAE) en farmacias, permitiendo su venta libre.

Dado que en Chile el aborto solo es legal en el marco de las tres causales permitidas, Corporación Miles quiso conocer la situación del acceso a la pastilla del día después en Chile, con el objeto de identificar posibles barreras u obstáculos para su acceso y goce tanto en los servicios públicos (donde su entrega es gratuita) como en el sector privado (consultas particulares y farmacias).

El estudio se llevó a cabo en el mes de agosto del año 2022 y la recolección de datos se realizó mediante una encuesta online que fue contestada por 205 personas, de las cuales 195 (95%) necesitaron PAE durante los últimos 12 meses. Respecto a la distribución de edad de las participantes, el 75% está en un rango de edad de 18 y 29 años, el 22% entre 30 y 44 años, el 2% tiene menos de 18 años y el 1% entre 45 y 50 años.

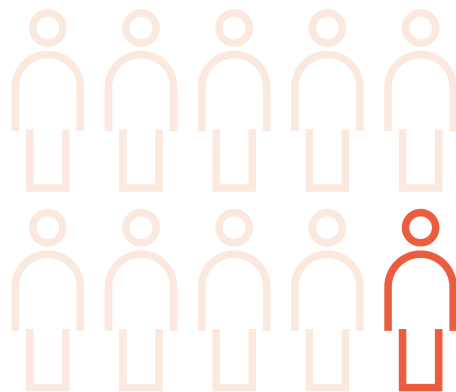
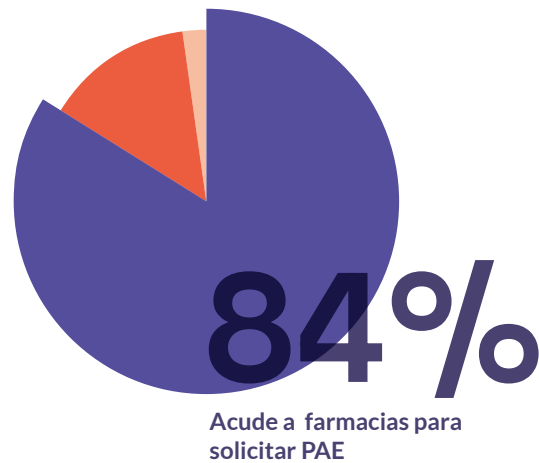
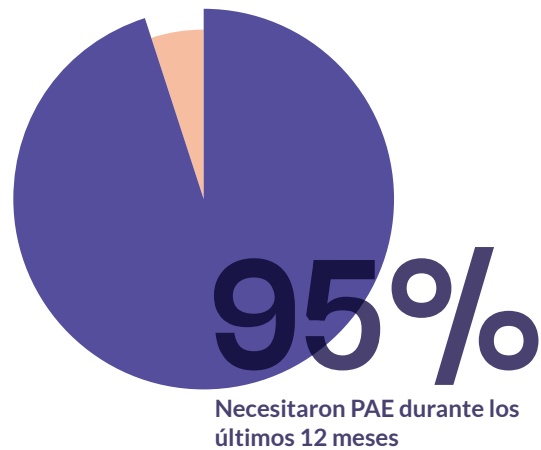
En relación a su orientación sexual, el 73% se declara heterosexual, el 22% como perteneciente a la comunidad LGBTIQ+ y el 2% no responde. Por su parte, el 82% declara no tener hijos y el 18% declara tenerlos. 2% de quienes contestaron la encuesta considera que presenta alguna condición de discapacidad y el 7% señala pertenecer a algún pueblo originario.

Respecto de la procedencia de las personas encuestadas, el 59% corresponde a la Región Metropolitana, el 7% al resto de la zona centro, el 21% a la zona sur y el 7% a la zona norte del país. En el caso de las personas que residen en la Región Metropolitana, el 26% vive en la zona Cordillera Norte.

En relación a la ocupación, el 48% tiene un trabajo remunerado, el 39% es estudiante, el 9% se encuentra desocupado/desempleado y el 4% realiza labores domésticas no remuneradas.

Acceso a la Píldora Anticonceptiva de Emergencia (PAE)

Las farmacias son el lugar al que las personas acuden con mayor frecuencia para solicitar una pastilla anticonceptiva de emergencia (84%) y, en segundo lugar, al servicio público de salud (14%). En términos generales, estas solicitudes estuvieron mayoritariamente libre de cuestionamientos, donde solo 1 de cada 10 personas reconoce haber sido interpelada en su decisión.



1 de cada 10

Reconoce haber sido interpelada en su decisión

EDAD

75% Entre 18 y 29 años

22% Entre 30 y 44 años

2% Menor de 18 años

1% Entre 45 y 50 años

ORIENTACIÓN

73% Se declara heterosexual

22% Pertenece a la comunidad LGBTQI+

2% No responde

HIJXS

82% No tiene hijxs

18% Sí tiene hijxs

OCUPACIÓN

48% Tiene trabajo remunerado

39% Estudiante

9% Desempleado

4% Realiza labores domésticas no remuneradas

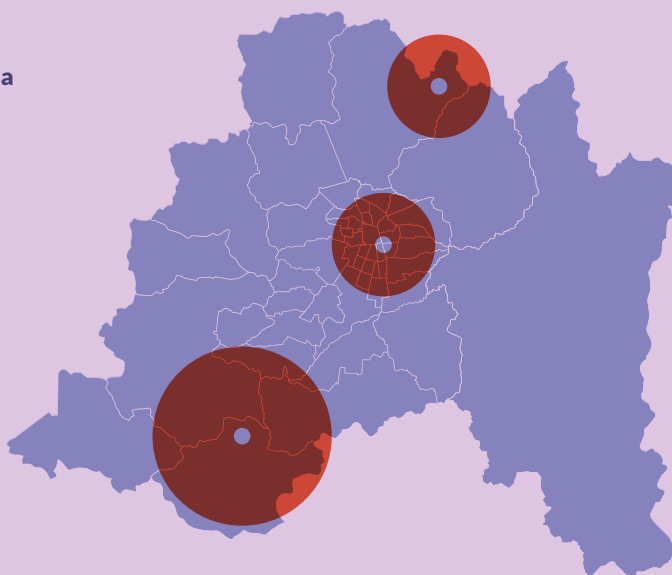
LUGAR DE RESIDENCIA

59% Región Metropolitana

7% Zona centro

21% Zona Sur

7% Zona Norte



Acceso a la PAE en el Sistema Público de Salud

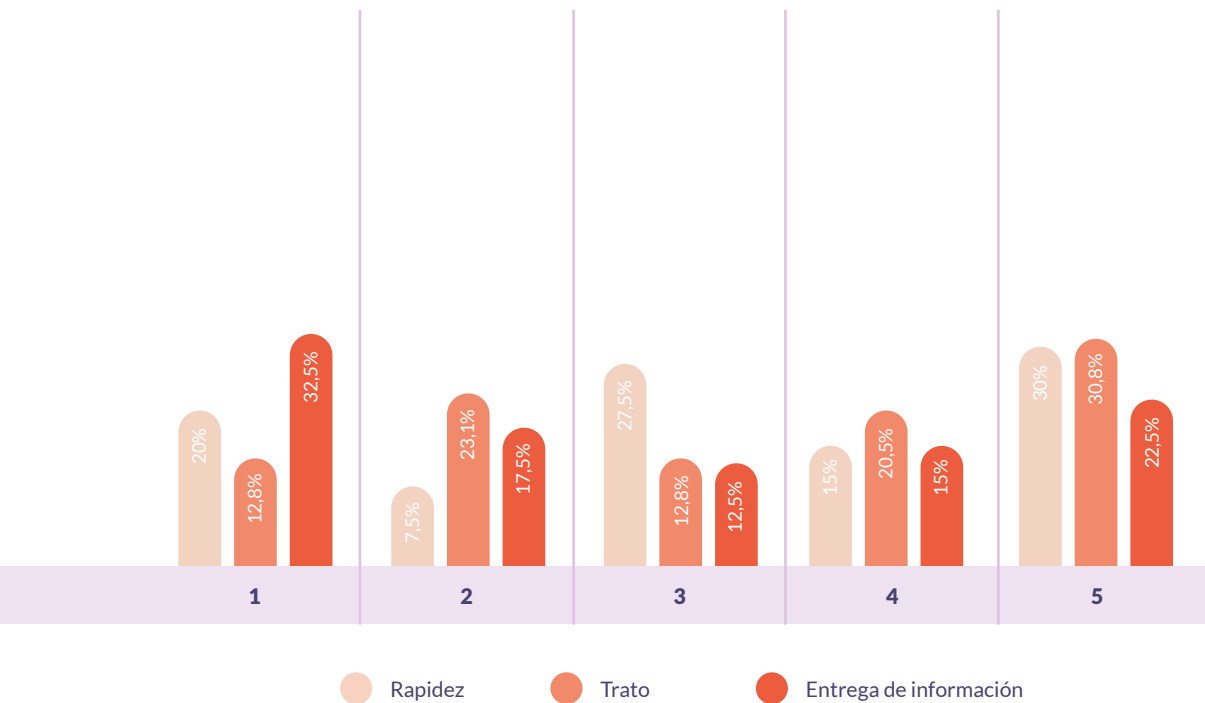
Del total de personas que solicitan la PAE, el 14% la pide en el sistema público de salud. De ellas, el 24% refiere no haber podido efectivamente acceder a ella. Entre las razones por la que no se les entregó la PAE, se observa que un 43% señala que la PAE no estaba disponible y el 57% menciona que “no me dieron razones”, “no era para mí” y “por mi edad”.

Respecto a la celeridad de la atención, solo el 30% evalúa con la nota más alta y el 20% con la nota más baja. Respecto del trato recibido, solo el 31%

califica su experiencia con la nota mayor y en cuanto a la información recibida el 33% evalúa con la nota más baja.

Si bien en las personas que solicitaron la PAE en el sistema público sabían que se podía comprar directamente en farmacias, el 84% la solicitó en el sistema público para obtenerla de forma gratuita. El 73% de las personas que lo solicitaron en el sistema público refiere no haber recibido información sobre métodos anticonceptivos de uso regular al recibir la pastilla.

CALIFICACIÓN DE LA ATENCIÓN RECIBIDA AL SOLICITAR PAE EN EL SISTEMA PÚBLICO DE SALUD



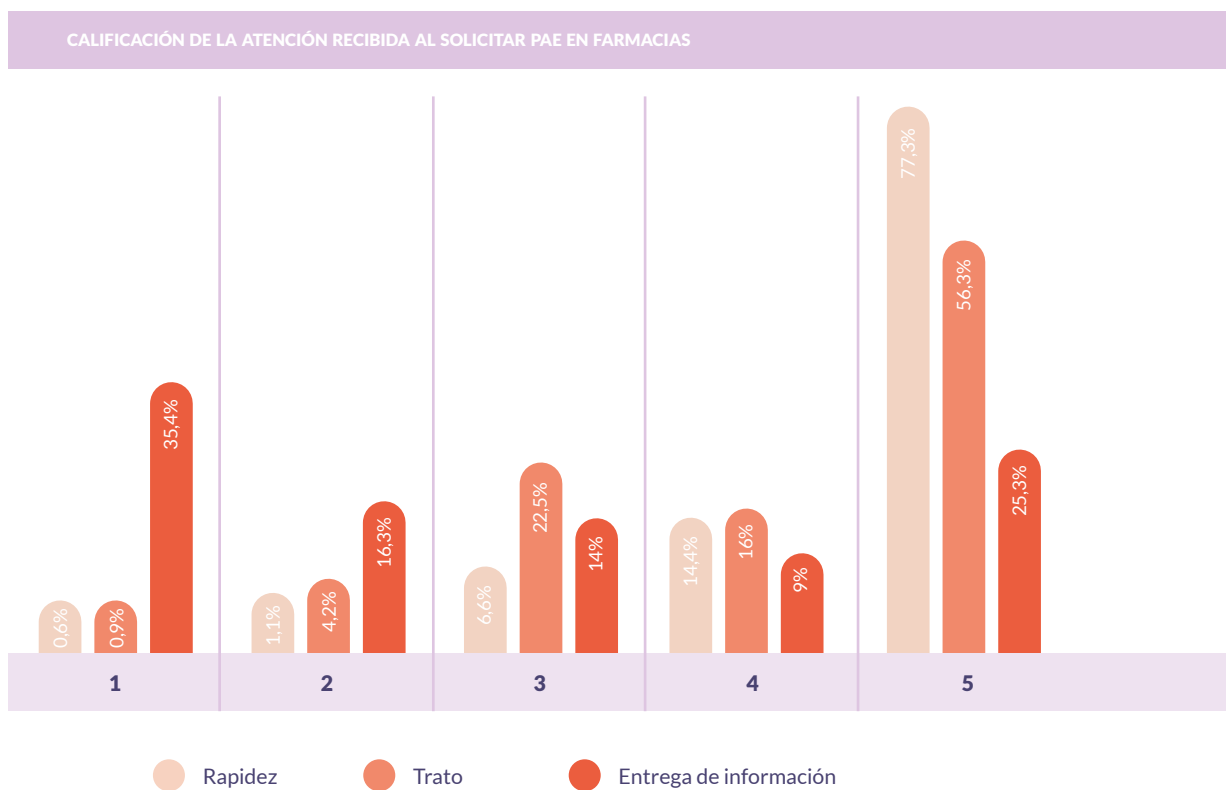
Fuente: Elaboración propia

Acceso a la PAE en Farmacias

El 84% de las personas señaló haber comprado la PAE directamente en las farmacias. De ellas, menos del 1% señala que no pudo acceder a ella; es decir, su acceso está prácticamente garantizado en el mercado. Cabe señalar que los precios de las denominadas pastillas del día después oscilan entre los \$11.000 y \$19.000 pesos chilenos según la marca.

Ninguna de las personas encuestadas refiere que le solicitaron receta para poder acceder a la PAE.

El 77% de las personas puntúa con nota máxima la rapidez en la atención, porcentaje que disminuye a 56% cuando se evalúa el trato recibido y a 25% cuando se pregunta por la entrega de información.



Fuente: Elaboración propia

Conclusiones

A pesar de que la entrega de la píldora anticonceptiva de emergencia es gratuita en el sistema público, la mayoría de las personas prefiere adquirir la PAE directamente en las farmacias privadas. Esto podría relacionarse con la rapidez de la compra y por la mejor calidad del trato recibido. Pese a ello, las personas que solicitan la PAE en el sistema público lo hacen para obtenerla de forma gratuita.

Si bien hace más de una década que se establecieron las condiciones de entrega de la PAE, es en el sistema de salud público donde se observan las mayores dificultades para acceder efectivamente a ella. Entre las razones esgrimidas no se encuentran argumentos técnicos, sino más bien medidas administrativas, algo que debiese ser prontamente subsanado.

Además de la gratuidad en la entrega, una de las principales razones por las cuales se recomienda solicitar la PAE en el sistema público es que allí debiese estar asegurada la entrega veraz y oportuna de información respecto al medicamento y sobre otros métodos anticonceptivos de uso regular. Pese a esto una gran proporción de quienes la solicitan en el sistema público no se declara satisfecho con la información entregada y la mayoría refiere no haber recibido información sobre otros métodos anticonceptivos.

A pesar de que la solicitud de la PAE en el sistema privado es menor, presenta mayores tasas de entrega por solicitud, además de una mayor satisfacción en cuanto a la rapidez de su entrega y calidad del trato recibido.

La gran mayoría de las encuestadas solicitó y obtuvo la PAE en farmacias. Si bien no es rol de las farmacias entregar información sobre la PAE ni sobre

otros métodos anticonceptivos de uso regular, un cuarto de las personas que adquirieron la PAE en alguno de estos centros se muestran satisfechas con la orientación entregada por estas. Además, no se registran solicitudes de receta para adquirir el medicamento, dando cuenta de la eliminación de una barrera importante en su acceso.

Recomendaciones

El presente capítulo nos ha permitido conocer y reflexionar sobre la realidad de los embarazos no deseados y sus consecuencias tanto subjetivas como económicas para las mujeres que los cursan. Si bien los embarazos no planificados y/o no deseados pueden ocurrir por diversos motivos, los escenarios planteados en este capítulo responden a un grave problema en la gestión y supervisión de calidad de los anticonceptivos comprados y entregados por los servicios públicos. Esta situación supone, sin lugar a dudas, una grave afectación a la indemnidad sexual y reproductiva de las mujeres afectadas que, además, deja en evidencia la falta de controles y sistemas de trazabilidad en la entrega de este tipo de insumos a la población.

En consideración a todo lo anteriormente expuesto, Corporación MILES enumera una serie de recomendaciones para fortalecer una anticoncepción con enfoque de derechos y minimizar el riesgo de repetición.

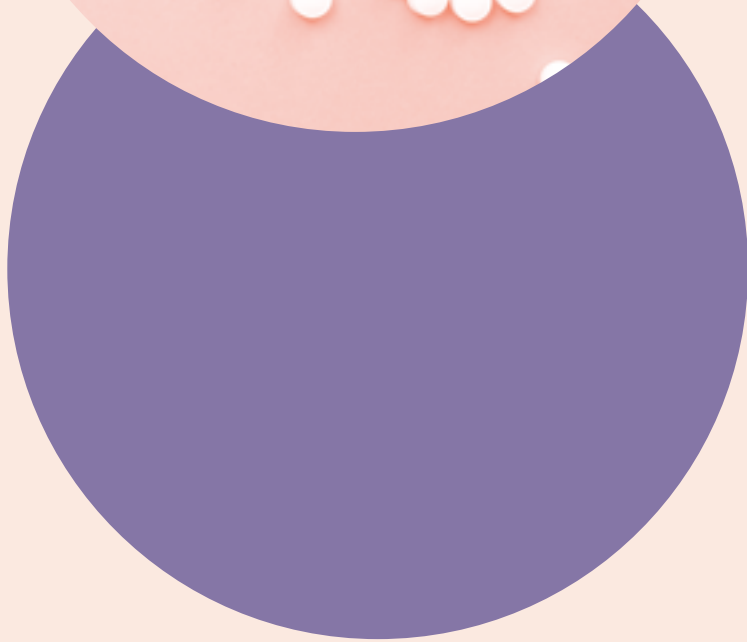
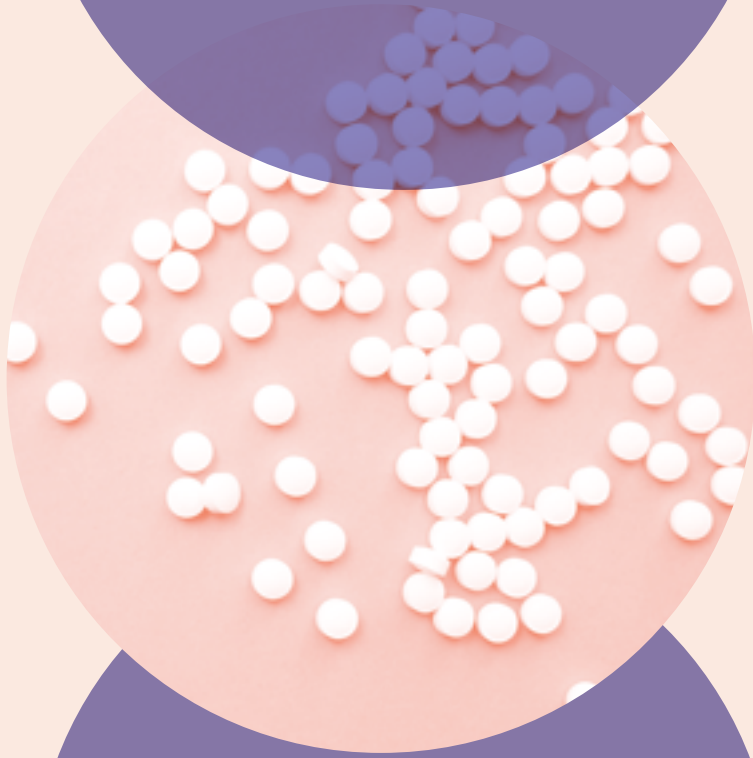
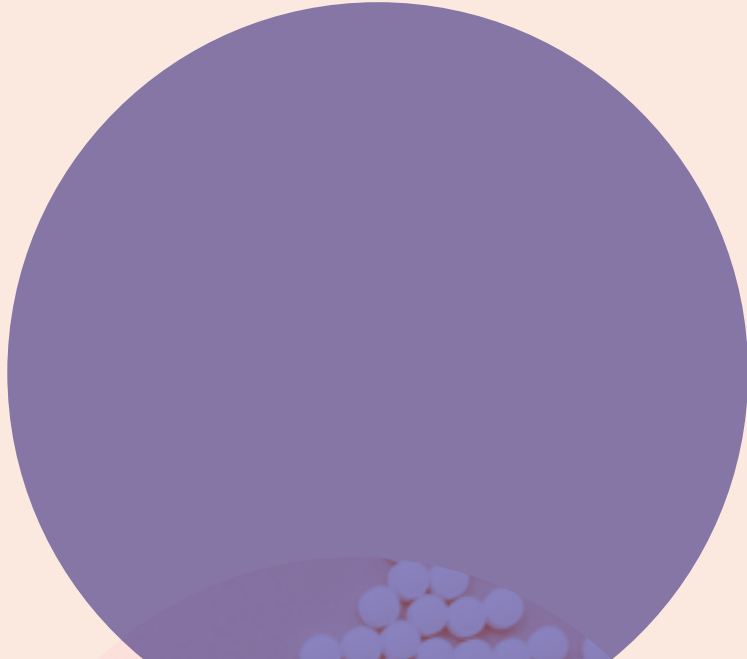
1. **Reforzar el sistema informático Rayen para el registro de distribución de métodos anticonceptivos, incluyendo el registro de los lotes específicos distribuidos a las usuarias.**

Una medida como esta permitiría rastrear y poder contactar oportunamente a las usuarias que eventualmente podrían verse afectadas por algún error o sospecha.

2. **Reforzar y mejorar los protocolos de inspección y de alertas sanitarias en anticoncepción.** Se recomienda establecer y transversalizar un protocolo de inspección visual a los insumos de anticoncepción entregados en los servicios de salud, así como entregar información por escrito de la ingesta, contraindicaciones y cuestiones que podrían afectar la efectividad del anticonceptivo. Junto a ello, se sugiere modificar el protocolo de Alerta del Instituto de Salud Pública (ISP), elevando a clase 1 la existencia de defectos en los anticonceptivos. Lo anterior, facultaría y obligaría al titular del registro sanitario actuar con mayor rapidez en este tipo de situaciones.
3. **Fortalecer las actividades de capacitación sobre la Píldora Anticonceptiva de Emergencia en personal de Salud (APS y urgencias).** Considerando que es en el sistema público donde se presenta la menor satisfacción y el mayor porcentaje de no entrega, sería importante considerar capacitación en la entrega de la PAE al personal de salud, tanto de APS, como de servicios de urgencia. La entrega de información es fundamental y, más allá de la capacitación sobre los efectos de la PAE, es importante considerar orientación respecto a otros métodos anticonceptivos. Teniendo en cuenta que muchas veces el tiempo disponible para esto es escaso sería recomendable contar con material de difusión escrito donde la mujer pueda orientarse.
4. **Campañas informativas sobre dónde adquirir la PAE a bajo costo.** Finalmente, las personas acuden al sistema público en búsqueda de gratuidad, sin embargo la Ley Cenabast permite que las farmacias adscritas puedan vender la PAE (Escapel-2) casi a la mitad de precio. Se recomienda entonces visibilizar el beneficio y el impacto de la Ley Cenabast a este y otros insumos de salud sexual y reproductiva para las consumidoras.
5. **Ampliar y fortalecer normas de regulación de fertilidad de la Ley N°20418, para la difusión de información, orientación y prestaciones de servicios, en temas como fallas en la anticoncepción y embarazos no planificados en mujeres adultas así como sus consecuencias físicas, emocionales y sociales.** Es urgente traspasar la frontera de la prevención en adolescentes como única estrategia de abordaje en salud respecto al embarazo no planificado, ya que invisibiliza las necesidades de orientación, información, apoyo y atención de personas que cursan gestaciones no intencionales en otros momentos de su curso de vida.
6. **Fortalecer políticas de cuidado, promoviendo una distribución compartida y equitativa de la responsabilidad en torno al cuidado de la fertilidad y la reproducción.** Son necesarias políticas que reconozcan la validez de otros agentes y distribuyan las responsabilidades en torno al cuidado de la fertilidad y reproducción, como forma de ampliar la red de organización social de cuidados en estas materias y promover la acción oportuna y conjunta del Estado, la comunidad, el mercado y la familia, no solo representada por mujeres.



**Ley de Interrupción
del embarazo y
aborto sin causales**



Ley de Interrupción voluntaria del embarazo y aborto sin causales

Daniela Bravo ¹⁶

Stephanie Otth V. ¹⁷

¹⁶ Daniela Bravo Steger, socióloga de la Pontificia Universidad Católica de Chile, Diplomada en Derechos Humanos, Género y Políticas Públicas de la Fundación Henry Dunant América Latina.

¹⁷ Stephanie Otth Varnava, Coordinadora Área de Investigación de Corporación MILES, psicóloga Universidad Católica de Chile, Magíster en Psicología Clínica Universidad de Chile y Master en Gender, Society and Representation, University College London.

A partir de la segunda mitad del siglo XX, ha existido una tendencia hacia la liberalización de las leyes sobre el aborto en todo el mundo como una cuestión de derechos humanos, derechos de las mujeres y salud pública (Finer & Fine, 2013).

En Chile, sin embargo, el aborto fue penalizado en cualquier circunstancia durante casi 30 años, desde que en 1989 bajo la dictadura cívico militar la ley n° 18.826 estableció que “*no podrá ejecutarse ninguna acción cuyo fin sea provocar un aborto*”. Esta prohibición se extendió hasta septiembre de 2017 cuando se promulgó la ley n° 21.030 que despenaliza la interrupción voluntaria del embarazo (IVE) en tres causales:

1. Si la mujer se encuentra en riesgo vital, a fin de evitar un peligro para su vida;
2. Si el embrión o feto padece una patología congénita de carácter letal, esto es, incompatible con su vida independiente una vez fuera del útero;
3. Si el embarazo es producto de una violación, hasta con 12 semanas de gestación, plazo que se amplía a 14 semanas si la niña es menor de catorce años (Biblioteca del Congreso Nacional de Chile, s.f).

Revisión histórica de acciones, leyes y políticas para la regulación del aborto en Chile

Código Penal

1874

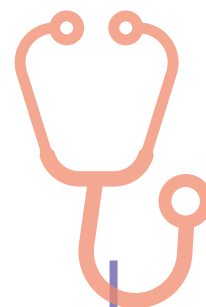
Durante el año 1874 se promulgó el Código Penal que consolidó las bases de la justicia de la época. Ahí se establecen los castigos impuestos al causante de un aborto, criminalizando a las mujeres que se lo realizaban y a los profesionales de la salud que los ejecutaban.



1931

Código Sanitario

El Código Sanitario se aprobó en mayo de 1931. Su artículo n° 226 permitió a las mujeres pudieran realizarse un aborto solo con fines terapéuticos, requiriendo la opinión documentada de tres facultativos.



Código Sanitario

El artículo n° 226 fue modificado por el n° 119 que rebajó los requisitos a la opinión de dos médicos-cirujanos.

1968



1989

Ley N° 18.826

Durante la dictadura cívico militar se publica la ley n° 18.826 que modifica el artículo n° 119 del Código Sanitario: *"Reemplázase por el siguiente: No podrá ejecutarse ninguna acción cuyo fin sea provocar un aborto"*.

Ley N° 21.030

Tras 30 años de penalización total del aborto, en 2017, con la promulgación de la ley n° 21.030 se despenaliza la IVE en tres causales específicas.

2017



En términos de la cobertura de esta ley, el Departamento de Estadísticas e Información en Salud (DEIS) reporta de forma pública datos recopilados a partir del registro que hacen los servicios de salud públicos y privados de causales constituidas, semanas de gestación, la edad de la mujer, el servicio de salud, la decisión de la mujer y las atenciones de acompañamiento realizadas, entre otros.

De acuerdo a estos datos, entre enero de 2018 y junio de 2022, se registraron 3.333 casos constituidos en alguna de las tres causales en el territorio nacional. De estas, un 83,79% de las mujeres optó por la interrupción de su embarazo (DEIS, 2022). Entre enero de 2018 y junio de 2022, en la Región de La Araucanía se han constituido 174 casos en alguna de las tres causales. De estos, 137 mujeres han optado por la interrupción de su embarazo, lo que corresponde a un 78,73% de los casos totales (DEIS, 2022).

Podemos observar que la tasa de interrupción del embarazo es cinco puntos porcentuales menor en la región de La Araucanía respecto del promedio nacional. Esta diferencia nos lleva a levantar la pregunta sobre si existen condiciones de acceso particulares en la Región de La Araucanía que estén dificultando a las mujeres optar por la interrupción de sus embarazos.

En lo que respecta a las causales invocadas, la que constituye más casos a nivel nacional corresponde a inviabilidad fetal, con 1.688 casos. Es decir, un 50,64%. Le sigue la primera causal, con el 31,11% de los casos. Finalmente, la tercera causal abarca un 18,24% del total a nivel nacional (DEIS, 2022).

En la Región de La Araucanía, la segunda causal se mantiene como aquella con más casos constituidos, con 90 casos, que representan el 51,72%. Sin embargo, a diferencia de lo que ocurre a nivel na-

cional, en esta región la tercera causal es la que se configura como la segunda más alta en casos, con un 26,43% de los casos constituidos totales. En último lugar, se ubica la primera causal, que corresponde al 21,83% de los casos (DEIS, 2022).

Al respecto, mientras no existen diferencias significativas en términos porcentuales entre las constituciones de la segunda causal, sí existe un descenso considerable, cercano a los diez puntos porcentuales, en las constituciones de la primera causal en la Región de La Araucanía con respecto al promedio nacional. Igualmente, existe un aumento de ocho puntos porcentuales en las constituciones de la tercera causal en esta región respecto del promedio nacional.

Con respecto al tipo de establecimiento en que se practicaron los servicios de interrupción voluntaria del embarazo a nivel nacional, 2.904 fueron realizados en establecimientos públicos, lo que corresponde al 87,12% de los casos totales. Solo 429 se realizaron en establecimientos privados.

Algo similar ocurre en la Región de La Araucanía, donde 162 casos constituidos, es decir, un 93,10%, fueron atendidos en el servicio público, con solo 12 casos realizados en establecimientos privados.

Objeción de conciencia

La ley n° 21.030 permite a los profesionales de la salud abstenerse de realizar el procedimiento de IVE en caso de manifestar su objeción de conciencia. Es decir, cuando hay un conflicto entre dicha práctica y sus creencias éticas y religiosas (Wicclair, 2011). Según la ley, la objeción de conciencia es de carácter personal, pero también puede ser invocada por una institución (Ministerio de Salud, 2018).

De esta manera, la ley n° 21.030 institucionaliza la posibilidad de que profesionales e instituciones de la salud se abstengan de realizar la IVE, comple-

tando un formulario que no exige ninguna fundamentación sobre las convicciones morales o religiosas del objetor (Corporación Humanas, 2019). Se ha comprobado que la existencia de esta figura representa una barrera para el acceso a servicios de IVE, especialmente considerando el alto número de objetores de conciencia en los servicios públicos de salud en Chile (Alveal et. al., 2022).

Caracterización de la Región de La Araucanía

Según el Instituto Nacional de Estadísticas (INE), la Región de La Araucanía tiene una población total de 957.224 habitantes, donde un 29,1% reside en áreas rurales, configurándose como la segunda región del país con mayor porcentaje de su población en el área rural, después de la Región de Ñuble. Asimismo, el 34,3% de su población se considera perteneciente a algún pueblo indígena u originario, siendo la segunda con mayor proporción de población perteneciente a pueblos indígenas, solo detrás de la Región de Arica y Parinacota (INE, s.f).

A nivel de ingresos, la Región de La Araucanía es la que tiene mayor nivel de pobreza del país, con

un 28,5% de su población en situación de pobreza multidimensional. Este porcentaje sitúa a la región casi ocho puntos porcentuales por sobre la media nacional (Ministerio de Desarrollo Social y Familia, 2018).

De las personas en situación de pobreza multidimensional en la región, el 60,7% habita en zonas rurales, mientras que solo el 39,3% vive en zonas urbanas (INE, s.f). Esta información da cuenta de una de las características más importantes de la Región de La Araucanía: el componente de ruralidad y su correlato con las múltiples expresiones de la pobreza. La Región de La Araucanía se caracteriza por presentar una tradición política conservadora, aparejando una mayor declaración de objetores de conciencia. Así, la región se encuentra entre las tres regiones con mayor número de médicos obstetras objetores: 30,64% para la primera causal, 41,93% para la segunda causal y 69,35% para la tercera causal. Esto contrasta con las cifras de médicos obstetras objetores a nivel nacional, que ascienden a 18,36% para la primera causal, 25,28% para la segunda causal y 46,04% para la tercera causal, lo que supone diferencias que van desde los 12 a los 23 puntos porcentuales (Ministerio de Salud, 2022).

UNIDADES DE ALTO RIESGO OBSTÉTRICO EN LA REGIÓN DE LA ARAUCANÍA SEGÚN SERVICIO DE SALUD

Servicio de Salud	Unidades de Alto Riesgo Obstétrico
Araucanía Norte	Hospital de Angol Hospital de Victoria
Araucanía Sur	Hospital de Lautaro Hospital de Pitrufquén Hospital de Temuco Hospital de Villarrica Hospital de Intercultural de Nueva Imperial

Fuente. Elaboración propia en base a información del Ministerio de Salud (MINSAL).

La Región de La Araucanía cuenta con siete policlínicos con Unidades de Alto Riesgo Obstétrico (ARO) activas. De estos, dos forman parte del Servicio de Salud Araucanía Norte y cinco pertenecen al Servicio de Salud Araucanía Sur (Ministerio de Salud, s.f.).

Es posible observar diferencias en términos del porcentaje de médicos obstetras objetores de conciencia entre los Servicios de Salud Araucanía Norte y Araucanía Sur.

Con respecto a la primera causal, un 63,1% de los médicos obstetras de los ARO del Servicio de Salud Araucanía Norte se declaran objetores, en contraste con un 16,2% de los médicos obstetras de los ARO del Servicio de Salud Araucanía Sur. Esto representa una diferencia de casi 50 puntos porcentuales.

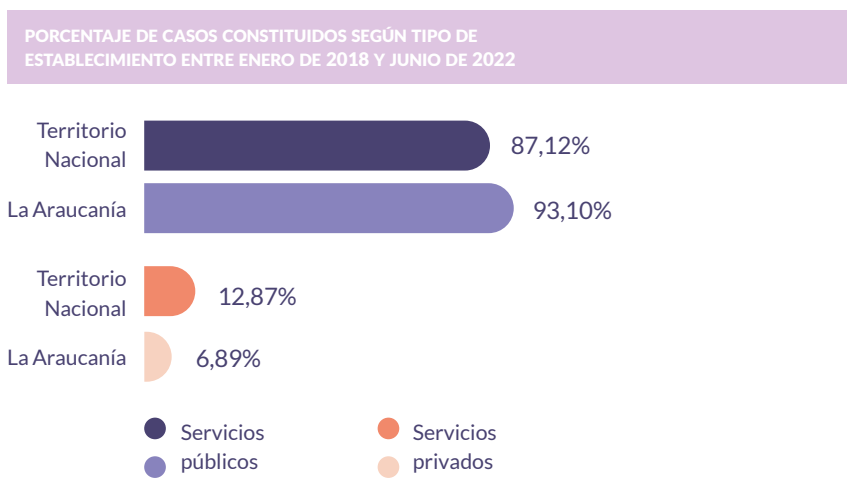
En la segunda causal, mientras casi tres cuartas partes de los médicos obstetras de los ARO del Servicio de Salud Araucanía Norte objetan (73,6%), alrededor de un cuarto de los médicos obstetras de los ARO del Servicio de Salud Araucanía Sur lo hacen (27,9%). Nuevamente, hablamos de una diferencia de casi 46 puntos porcentuales.

Finalmente, sobre la tercera causal, el porcentaje de médicos obstetras objetores en los ARO del Servicio de Salud Araucanía Norte asciende a 89,4%, mientras que en los ARO del Servicio de Salud Araucanía Sur la cifra es de 60,4%. En este caso, existe entre ambos Servicios de Salud una diferencia de 29 puntos porcentuales.

Como podemos observar, el porcentaje de médicos obstetras objetores es mayor en los ARO del Servicio de Salud Araucanía Norte en todas las causales que contempla la ley n° 21.030. Considerando además que solo hay dos Unidades ARO activas en el Servicio de Salud Araucanía Norte, en contraste con las cinco que operan en el Sur, podemos inferir que existen una serie de obstáculos, tanto en términos de infraestructura, como de personal médico para el acceso a la IVE en los Servicios de Salud Araucanía Norte.

A partir de lo expuesto, resulta evidente que la realidad de la Región de La Araucanía plantea una serie de barreras y dificultades particulares para el acceso a la interrupción del embarazo, especialmente para mujeres y niñas que residen en las comunas de la provincia de Malleco, que son atendidas por el Servicio de Salud Araucanía Norte. Lo anterior, sumado a la presencia de grupos anti derechos en la zona, conocidos como “la marea azul” y el elevado número de objetores de conciencia¹⁸ (MINSAL, 2022), se hace necesario profundizar la realidad del acceso a la ley IVE para generar recomendaciones para su fortalecimiento y mejora.

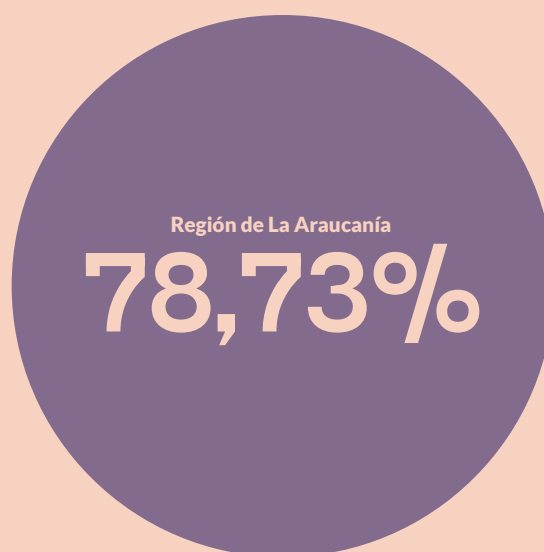
Al respecto, Corporación MILES y el Observatorio de Género, Salud y Pueblo Mapuche realizaron una investigación para conocer las condiciones de acceso a la Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo en la Región de La Araucanía. El estudio buscó caracterizar las razones por las que las mujeres de la región interrumpen sus embarazos, identificar cuáles son los obstáculos y/o barreras en el acceso a la IVE y conocer la situación del aborto por fuera de los servicios de salud.



Fuente: Elaboración propia en base a información del Departamento de Estadísticas e Información en Salud (DEIS).

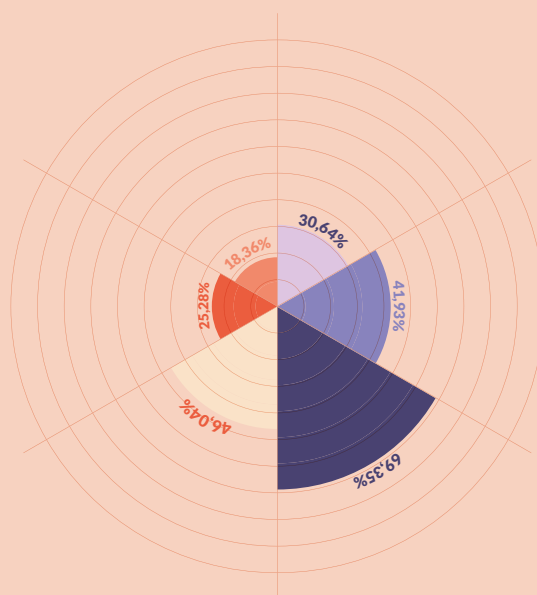
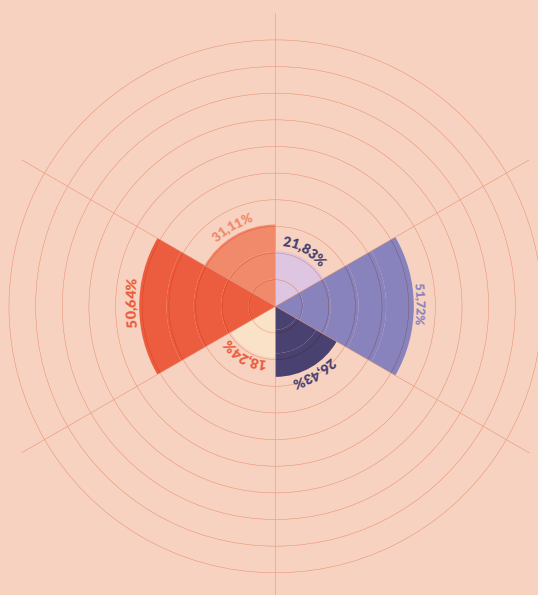
¹⁸ A marzo del 2022, se registran 82 médicos obstetras, 66 anestesiastas, 87 profesionales no médicos que se desempeñan en pabellón y 160 técnicos paramédicos.

Tasa de interrupción en territorio nacional y en la Región de La Araucanía entre enero de 2018 y junio de 2022.



Porcentaje de casos constituidos según causal invocada en territorio nacional y en la Región de La Araucanía entre enero de 2018 y junio de 2022.

Porcentaje de médicos obstetras objetores según causal en territorio nacional y en la Región de La Araucanía.



TERRITORIO NACIONAL



REGIÓN DE LA ARAUCANÍA

Fuente. Elaboración propia en base a información del Departamento de Estadísticas e Información en Salud (DEIS) y el Ministerio de Salud (MINSAL).

Evaluación y percepciones de la Ley 21.030 en la Región de La Araucanía

Corporación MILES y el Observatorio de Género, Salud y Pueblo Mapuche realizaron una investigación para conocer las condiciones de acceso a la IVE en la Región de La Araucanía. El estudio buscó caracterizar e identificar cuáles son los obstáculos y/o barreras existentes y analizar la situación del aborto fuera de las tres causales.

Pamela Chacón P.¹⁹

Valentina Flores R.²⁰

Hilda Hernández M.²¹

Carolina Alveal A.²²

Stephanie Otth V.²³

¹⁹ Pamela Chacón Peña, socióloga de la Universidad Católica de Chile.

²⁰ Valentina Flores Rojas. Licenciada en Antropología social, Universidad de Chile.

²¹ Hilda Hernández Muñoz, socióloga, estudiante de metodologías cuantitativas de investigación UDP.

²² Carolina Alveal Álamos, socióloga Universidad de Valparaíso. Doctoranda en Ciencias sociales, Universidad de La Frontera. Investigadora Observatorio Regional de equidad en Salud, según Género y Pueblo Mapuche, Universidad de La Frontera.

²³ Stephanie Otth Varnava, Coordinadora Área de Investigación de Corporación MILES, psicóloga Universidad Católica de Chile, Magíster en Psicología Clínica Universidad de Chile y Master en Gender, Society and Representation, University College London.

Para la realización de este estudio sobre la Ley de interrupción Voluntaria del Embarazo en la Región de La Araucanía, se utilizó una metodología mixta complementando los resultados cuantitativos levantados en una encuesta, con los antecedentes cualitativos recogidos de entrevistas en profundidad. Además, fruto de la colaboración con el Observatorio de Equidad en Salud y Género del Pueblo Mapuche, ubicado en la ciudad de Temuco, se realizó una entrevista a una mujer residente de una zona rural de la región. Con esto se pretende al menos incluir la variedad de experiencias en torno al aborto, considerando cómo se intersectan las diversas experiencias de vida.

¿Quiénes participaron?

En la encuesta, participaron 42 mujeres residentes de la región y se realizaron siete entrevistas en profundidad. De las personas encuestadas, 27 mujeres declararon haber abortado en algún momento de sus vidas (64%), todas por fuera de las causales. Actualmente, más de la mitad de este grupo tiene entre 18 y 29 años; y el promedio de edad se encuentra en los 29 años. En términos generales, dos de cada tres de las mujeres encuestadas no tiene hijos y el resto sí. Un poco más de la mitad (52%) realiza una ocupación remunerada y aquellas que no lo hacen, en su mayoría estudia.

En cuanto a las mujeres entrevistadas, cinco de ellas indicaron conocer la Ley IVE y, dentro de las críticas en cuanto a experiencia de aborto por fuera de las tres causales, se indica la falta de información del personal de salud y las barreras de acceso, el proceso de acompañamiento, la carga emocional en procedimientos enfocados a la continuidad del proceso de gestación, acceso a medicamentos para abortar y sugerencias en torno al avance en términos legales para la interrupción del embarazo.

Asimismo, dentro de las características de las entrevistadas, todas son chilenas, a excepción de una de las entrevistadas que señala ser colombiana. De las participantes, solo una indicó que residía en un sector semi rural, mientras que las demás participantes indicaron vivir en zonas urbanas, principalmente en la localidad de Temuco y Pucón. Ninguna de ellas se reconoce en alguna situación de discapacidad y el 80% no profesa ninguna religión.

Resultados

Percepciones sobre la Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo (Ley 21.030)

Respecto al conocimiento de las entrevistadas sobre la Ley de Interrupción Voluntaria del Embazo,

la mayoría menciona las tres causales que la componen. Sin embargo, no se podría afirmar un conocimiento íntegro. Así, los relatos notan un entendimiento parcial o informal del contenido de la ley, obtenido principalmente, gracias a las redes sociales. Por otro lado, parte de las entrevistadas señala que al momento de abortar aún no existía la ley, y la información que disponen ahora, también ha sido adquirida de manera parcial por redes sociales y televisión.

En cuanto a la evaluación que hacen las entrevistadas a la Ley IVE, el relato general coincide que es ineficiente debido a múltiples motivos: uno de los principales está relacionado a la limitación de las tres causales legales, que no considera a mujeres y personas gestantes que buscan abortar por fuera de estas. Otro motivo de crítica hace referencia a la gran cantidad de profesionales adscritos a la objeción de conciencia y lo que significa o significaría atenderse con alguno de ello/as, pues el profesional es asignado aleatoriamente. En varios relatos se destaca que la Ley IVE no solo es restrictiva, sino que está diseñada para casos extraordinarios y no para cualquier persona conforme su voluntad:

“Me he dado cuenta que en las tres causales hay un tópico en común: la necesidad de estar atravesando una experiencia flagelante para la vida. Es decir, o te mueres tú o se muere la guagua o te violaron. Entonces, en este país tenemos garantía al aborto solamente si estamos atravesando una experiencia traumática que nos va a cambiar la vida por completo (...)”

(Entrevistada N°2)

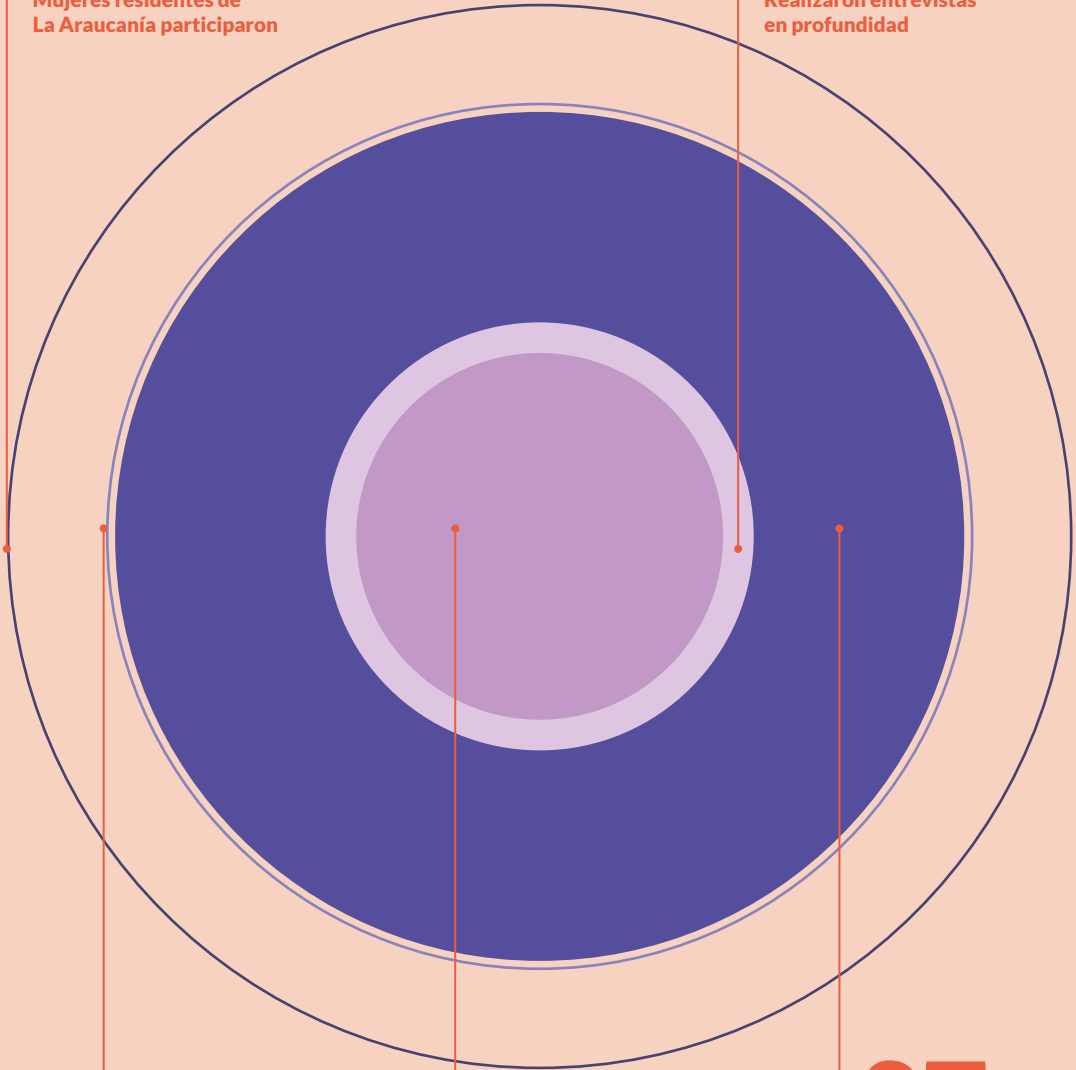
Así, se entiende que la ley vigente no se funda desde el entendimiento de los cuerpos de las mujeres como propios y frente al cual no pueden tomar decisiones con libertad. Una de las entrevistadas indica, además, que es necesario abordar la política desde una mirada sociocultural, entendiendo la

42

Mujeres residentes de La Araucanía participaron

7

Realizaron entrevistas en profundidad



28

No tiene hijos

5

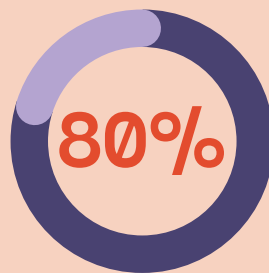
Conocen la Ley IVE

27

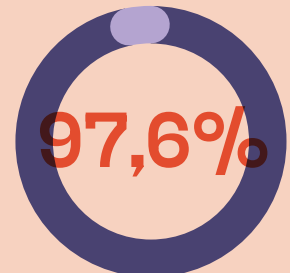
Declararon haber abortado en algún momento de sus vidas



Realiza una ocupación remunerada



No profesa ninguna religión



Indicaron vivir en zonas urbanas

realidad que viven las mujeres del territorio. Esto se complementa con la falta de información transversal que hay tanto a nivel institucional en el área de la salud, como de las políticas públicas.

En esta misma línea, al conversar con una habitante del sector rural, se advierte la ausencia de campañas informativas sobre la IVE, junto a una preocupación especial por las menores que podrían embarazarse en circunstancias de violencia, quienes —sin información a su alcance, junto con la alta precarización del sector— se encuentran desatendidas en cuanto a las posibilidades de hacer uso de la ley. Asimismo, en los centros de atención públicos del sector, se percibe una mayor preocupación por el ciclo vital del feto que por sobre la salud de las mujeres y personas gestantes. Un enfoque centrado en la reproducción podría explicar que no se hable de la IVE, sumado a la falta de recursos y la precariedad de los centros, complejiza la situación.

“Yo lo encuentro deficiente en realidad (...), igual podría darse que hay mujeres menores que quizás podrían llegar a embarazarse, y no sé si es que reciben información (...). Dentro del CESFAM o dentro de la sala de la matrona tampoco hay info (...) como sí hay de lactancia. Ahí se nota la poquita (información) y la mayor atención que le dan a las mujeres gestantes”

(Entrevistada N°7)

Conversando, la entrevistada comenta que los centros de salud rural son mucho más familiares y personalizados en su atención en contraste a los centros de salud urbanos, los cuales al tener mayor cobertura de atención en cuanto a cantidad de personas, no se aprecia el mismo vínculo, respeto y cercanía con las usuarias. En este sentido, destaca el buen trato en la atención, pero que a su vez, se deja de lado otros aspectos de la salud sexual y reproductiva de las mujeres.

“Cuando yo ya estaba embarazada tuve una mejor atención, por decirlo así, de parte de la matrona, porque igual para verla por otros motivos era un poco más difícil (...) creo que se les da prioridad a las embarazadas”

(Entrevistada N°7)

Se enfatiza además, que la salud dentro de los CESFAM, presenta un enfoque biomédico y occidental. La incorporación y recomendación de otras formas de abordar la salud, por ejemplo en diálogo con facilitadores culturales, es casi inexistente. Esto, pese a que existen centros de salud muy cercanos a comunidades. Así, al consultar a la entrevistada acerca de la disponibilidad de facilitadores culturales o recomendación de medicina complementaria (por ejemplo, hierbas), ella señala que los médicos no facilitan necesariamente esta opción, pero sí la matrona del CESFAM con quién ella se atendía.

Respecto al acceso a la Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo, se observa que el 22% de las encuestadas, refiere diversos obstáculos y/o dificultades para su utilización. En primer lugar, se identifica una importante falta de información sobre la ley, independiente de la situación socioeconómica y/o educacional de la persona. Dicho de otro modo, el desconocimiento de esta normativa no guarda relación con el lugar de residencia de la mujer, ni su nivel de escolaridad, edad, etc. En segundo lugar, las malas experiencias anteriores con profesionales de la salud (malas prácticas, comentarios o actitudes discriminatorias, entre otros) también han alejado a las mujeres de los servicios de salud institucionales, volviéndose más reticentes a consultar en dichos espacios.

Aquellas entrevistadas que conocen la Ley 21.030, coinciden que existe una barrera de acceso, incluso, para quienes estén dentro de las tres causales legales, quienes se presumen están respaldadas

por ley y, por tanto, no deberían tener complicaciones. Principalmente, se repite la falta de acceso a la información, donde tampoco se evidencian canales oficiales que entreguen insumos verídicos y seguros acerca del procedimiento. Otra dificultad importante que enfrentan las mujeres en la Región de La Araucanía Norte y Sur, es el alto porcentaje de objetores de conciencia en la zona, en donde el 32,14% de médicos practicantes son objetores de conciencia para la primera causal, el 44,05% para la segunda causal y el 67,86% para la tercera causal:

“En Chile, los médicos tienden a ser conservadores. Entonces, creo que por ahí hay harta ideología religiosa metida y me parece que es súper injusto que haya [por ejemplo] un solo médico que no tiene objeción de conciencia.”

(Entrevistada N°4)

En este sentido, es evidente la tendencia conservadora de orden moral y religioso presente en la región y su impacto en la gran cantidad de profesionales de la salud que son objetores de conciencia, y que por tanto, se abstienen de la realización del procedimiento. La regulación de objeción de conciencia es clara en circunscribir las facultad de abstención exclusivamente a la realización del procedimiento; es decir, el médico objetor no puede restarse de realizar exámenes, diagnósticos ni de entregar información oportuna y libre de juicios. No obstante, en la práctica se evidencia que los médicos objetores se convierten en obstaculizadores del propio proceso, cuestionando muchas veces la decisión de la mujer, solicitando exámenes extraordinarios y/o dilatando los tiempos de la constitución de la causal.

A causa de las múltiples adversidades que se deben enfrentar para la aplicación pertinente de la Ley IVE, cabe cuestionar qué sucede con las mujeres y personas gestantes que quieren o necesitan interrumpir su embarazo, pero no se encuentran

dentro de las tres causales legales. De esta manera, surge la iniciativa de conocer las diversas experiencias de personas, quienes por su propios medios lograron abortar por fuera de los márgenes de la legalidad, conocer cómo lo vivieron, a qué se enfrentaron durante el proceso, cuáles fueron las razones de su decisión, entre otras preocupaciones.

La experiencia de abortar por fuera de las causales

Según lo observado en la encuesta, todas las mujeres que abortaron lo hicieron por fuera de las causales contempladas en la Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo. Por ende, el proceso fue realizado al margen de los servicios de salud, ya sean públicos o privados. No se encontraron diferencias entre mujeres que ya habían sido madres y quienes no. Es decir, las mujeres decidieron abortar independientemente hayan o no tenido hijos con anterioridad. La mayoría de las mujeres encuestadas (63%) abortó entre la semana siete y nueve de gestación, principalmente mediante el uso de medicamentos.

Respecto de las razones de haber realizado el procedimiento por fuera de los servicios de salud, se indica como motivo principal que el embarazo no se encontraba dentro de las causales permitidas para la realización de una interrupción legal; a saber, riesgo de vida de la madre, inviabilidad fetal o en contexto de violación. No obstante, por otras razones deseaban llevar a término la gestación, por lo que tuvieron que activar redes de acompañamiento por fuera de la institucionalidad. Es sobre esta experiencia de abortar por fuera de los márgenes de la legalidad y del acompañamiento profesional se profundizará a continuación.

Así, se identifican que las principales razones para terminar con un embarazo son: fallos anticonceptivos, presión de la pareja, embarazo adolescente

y/o sentirse poco preparada para la maternidad. Estos factores, junto con el tabú asociado a la interrupción del embarazo, las condujo a buscar redes de acompañamiento por fuera de la institucionalidad que pudieran prestar información y protección. Se menciona en algunas de las entrevistas realizadas que existía un miedo constante a hablar esta temática con círculos cercanos (familia, parejas o amigos) al momento de decidir por miedo a ser juzgadas. Frente al miedo, más la falta de información respecto a la IVE, se vieron en la necesidad de buscar otra opción para realizar este procedimiento por fuera del marco normativo vigente.

“En ese tiempo, era una mujer muy sola, vivía con mis padres y no tenía muy buena relación con ellos. Mis papás eran muy conservadores, mis amigas eran en general tanto o más jóvenes que yo, y él era mi profesor en la universidad, entonces tenía una relación de mucha dependencia emocional con él. Frente a esta situación, en algún momento, quise desistir de la idea del aborto. Comenzó una presión psicológica muy fuerte y me sentí obligada a tomar esa decisión (...)”

(Entrevistada N° 4)

En el caso de una de las mujeres que se atiende en un centro de salud rural, relata que la falta de información sobre la IVE en los mismos centros, influye en la desconfianza con el sistema institucional para poder acceder a ella, al no entregar información sobre las causales, se favorece la decisión de realizar la interrupción fuera de ellas. Así, una entrevistada relata que hubo un momento en que sintió que la matrona pudo incursionar en la IVE y ver si era aplicable a su caso, pero que no profundizó ni dio señales de intentar hacerlo.

De esta manera, uno de los factores que obstaculizan el procedimiento de la IVE es la poca información que los profesionales entregan respecto de las alternativas que cuentan las mujeres, priorizando la

continuidad del embarazo en todo término. La falta de información del profesional acerca de la IVE, sumado a la poca preocupación por indagar acerca de las circunstancias en que la mujer está o quedó embarazada —en caso que pudiera estar dentro de las tres causales— las conduce a desconfiar y buscar acompañamiento por fuera del sistema de salud tradicional. Respecto a esto, una de las mujeres con quienes conversamos señala que en sus visitas a la matrona, sintió que la profesional no contaba con la información de la IVE, por lo que no se le informó al respecto, en caso de ser aplicable.

Otro aspecto importante respecto a la experiencia de realizar este procedimiento por fuera de la ley, es la necesidad de las entrevistadas por tener confianza y seguridad al momento de abortar. Ellas sabían que podía ser un proceso riesgoso, y al no contar con la protección estatal que les garantice un procedimiento adecuado y seguro, optaron por buscar redes de apoyo y/o espacios que les brindaran fiabilidad, en donde se ofrezca un acompañamiento y se conozca en profundidad cómo abordar la temática. Así, una de las entrevistadas, al relatar su experiencia, señala que al ser el aborto un tema tabú, siente que no es una problemática que se tenga presente hasta que sale el test de embarazo positivo. Comenta que gracias a sus redes de acompañamiento y los datos que ellas pudieron entregarle, junto con el conocimiento del manual en línea de aborto libre, le dieron seguridad para poder interrumpir su embarazo de manera segura.

Para entender el proceso de interrupción del embarazo, se les consultó a las entrevistadas acerca de la experiencia del procedimiento, considerando tanto las etapas de este, el acompañamiento de la red a la que accedió, el rol de estas redes y el momento de comentarlo con otros como forma de visibilización del aborto en otros espacios como es el entorno cercano (familia, pareja, amigos, etc)

que muchas veces suele verse como un espacio hostil para quienes abortan por miedo al prejuicio, las preconcepciones negativas y la criminalización.

Así, nos comentan que la gran mayoría se realizó una ecografía para confirmar que se encontraban embarazadas. Respecto a la realización de esta, existe un acuerdo general entre las entrevistadas en cuanto a lo hostil que se sintió; ya sea porque el personal de salud no las trató de manera adecuada (trato frío, procedimiento corto y sin información adicional), lo que las hizo sentirse inseguras respecto a cómo interrumpir su embarazo sin ser criminalizadas; o porque el proceso de escuchar los latidos del embrión hizo que se sintieran violentadas sin previo aviso. Adicionalmente, una de las entrevistadas señala que se sintió aún más asustada, debido a su situación migrante, ya que la realización del aborto suponía un riesgo al infringir la ley y ser posiblemente expuesta al proceso penal.

Luego de la realización de la ecografía, las entrevistadas debieron sopesar cómo acceder a medicamentos para abortar, cómo esto afectaría en sus vidas, sus familias, sus relaciones de pareja e incluso su situación de madre (aquellas que ya tenían hijos). Esto resulta relevante porque aún cuando la decisión por interrumpir el embarazo ya estaba decidida, factores externos como los económicos, culturales y de acceso (redes de acompañamiento o medicación para abortar), junto con los otros limitantes que mencionamos al comienzo, inciden constantemente tanto en la emocionalidad como en el poder de acción de estas mujeres.

Asimismo, se releva que en el último tiempo han surgido algunas organizaciones feministas de acompañamiento que han vuelto más accesible información médica confiable que les permita anticipar lo que les va a ocurrir fisiológicamente con su cuerpo, algo que todas destacan como fundamen-

tal para enfrentar el proceso sin miedo. Sin embargo, se sostiene la percepción de que en la Región de La Araucanía es muy difícil para una mujer sin algunos contactos, conocer estos referentes y aún entender la información.

“Me impactó mucho que para que mi proceso fuera exitoso yo tuve que ser una persona que entendiera lo que estaba haciendo, porque no es lo mismo la vivencia mía que la vivencia de alguien que vive de Pitrufquén hacia adentro y agradecí mucho estar en la universidad y tener la capacidad de leer un manual entero y poder entenderlo”

(Entrevistada N°2)

Con esto en consideración, es necesario ahondar en las experiencias de aborto clandestino, sus particularidades y las condiciones en que transcurre, la naturaleza del servicio que contempla y los efectos que tiene para las personas atravesar por esta experiencia.

En general, se repite que es debido a la ilegalidad del aborto por fuera de las tres causales y su penalización, que se vuelve necesario abortar en la clandestinidad no solo legal y sanitaria, sino también socialmente. Las entrevistadas relatan que el proceso se vuelve solitario, angustiante y con mucho miedo de qué podrán pensar los demás, adquiriendo un carácter secreto y oculto, aún cuando les gustaría estar acompañadas. Sienten que no pueden involucrar a nadie y, por tanto, se vuelve un proceso agotador y doloroso.

Entre algunos puntos a enfatizar sobre las narraciones expuestas, es común que al mencionar la presencia de un varón durante el procedimiento, generalmente se hace alusión a un rol económico o de proveedor de un espacio físico para la realización del aborto, cuando la mujer no cuenta con un espacio privado. Una de las mujeres con la que conversamos nos comenta que el miedo que sen-

tía la hacía sentirse aún más sola porque temía que sus padres se enteraran o no estar acompañada y morir en un procedimiento que saliera mal.

Otro punto relevante, es que la experiencia clandestina de aborto se relaciona íntimamente con el acceso a exámenes previos al procedimiento. Cuando las entrevistadas —aquellas que accedieron a redes de acompañamiento— se realizaron ecografías previas al aborto, la experiencia en el servicio público y en el sistema privado resultó absolutamente distinta. Mientras en el servicio público no se sintieron bien tratadas; las que lograron acceder a una orden de examen y pagar por una ecografía particular, refieren una experiencia de mejor trato. Si bien, en la mayoría de las entrevistas se habla de una experiencia favorable en el sistema particular, una de las participantes hace mención sobre la imposición de escuchar latidos y ver la ecografía por parte del profesional, lo que para ella crea un apego previo con el embrión.

“Me acuerdo que cuando me tuve que hacer la eco para confirmar si venía bien y en realidad si iba a necesitar medicamentos o no, (...) el caballero que me hizo la eco hizo comentarios que van también en pos de la gestación (...) por ejemplo, me hizo escuchar el latido de su corazón e incentivó mucho a que se generará el vínculo como de apego súper súper temprano”

(Entrevistada N°7)

La entrevistada señaló que esta situación afectó su condición de salud mental, que canalizó con su red de acompañamiento, quienes le mencionaron que las acciones pro gestación son las que prevalecen en los profesionales. Asimismo, otra entrevistada indicó que las diferencias territoriales en cuanto a los traslados desde sectores rurales a urbanos en tiempos de pandemia, fue a un obstáculo importante en su experiencia de aborto, el vivirlo

en la clandestinidad, sumado a la falta de libertad de desplazamiento y la revisión exhaustiva de sus pertenencias y documentación al tener que movilizarse, solo aumentó su preocupación. Señala que se sintió cometiendo un delito, dado que la experiencia de pandemia significaba tener que ser fiscalizada en viajes fuera de la región por las autoridades.

La situación de pandemia, también dejó a entrever la dificultad de acceso a medicamentos dentro de la región, lo cual pudo llevar a situaciones límite en cuanto a los tiempos adecuados para poder realizar las interrupciones con medicamentos.

El acceso a estos medicamentos, según identifican las entrevistadas, se da a través del mercado informal y la información disponible en internet. La venta de misoprostol, medicamento más utilizado, se realiza de manera particular, dependiendo del vendedor, la “oferta”, la dosis y vía de administración recomendada. De esta manera, la venta ocurre sin cuidados especiales, sin tener claridad total de la dosis y el procedimiento, poniendo en riesgo la seguridad de las mujeres y personas gestantes que no recibieron consejería previamente y buscan abortar por sus propios medios.

Por otro lado, una de las entrevistadas problematiza la venta clandestina de los medicamentos, distingue entre obtenerlos de manera ilegal, a que estos sean entregados por organizaciones que ofrecen un acompañamiento. Los medicamentos ilegales, para ella, son un mero tráfico; en cambio, la entrega de estos por parte de acompañantes supone una orientación y preocupación real por la salud y el bienestar.

En este sentido, es importante la existencia de espacios o redes de acompañamiento seguros que guíen a las personas que deciden abortar por



fuera de la legalidad, que les entreguen información oportuna y se preocupen de su seguridad. Abortar solo con la información entregada por los vendedores de estos medicamentos pone en riesgo la salud de las personas. Los espacios y/o redes de acompañamiento son uno de los factores protectores más relevantes durante este proceso.

En esta misma línea, se enfatiza en la importancia de respetar la autonomía corporal, de tener derecho a tomar decisiones sobre el propio cuerpo, decidir en el embarazo, decidir sobre la propia vida y el futuro. Así, esta decisión se traduce no solo en fortaleza y autonomía del propio cuerpo, sino también en el empoderamiento para tomar decisiones informadas al respecto.

Para algunas de las entrevistadas, la interrupción del embarazo fue un secreto no compartido con nadie por mucho tiempo, por miedo a ser juzgadas, castigadas o señaladas. Todas ellas mencionan que a partir del encuentro con otras mujeres en espacios de conversación, comenzaron a nombrar lo que habían experimentado. Así, una de las mujeres entrevistadas comenta que una vez contó su experiencia de aborto, muchas más salieron y que esto le causó emoción, ya que se sentía un espacio seguro donde compartir sin ser juzgadas. Esto refleja lo importante que fue para ellas, para resignificar la experiencia personal, y lo importante que resulta para otras que alguien cuente su experiencia. Además, dado lo anterior, es que tuvieron la necesidad o interés por participar en el estudio.

Conclusiones

En síntesis, la implementación de la Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo es un primer paso para garantizar un aborto seguro y legal a las mujeres y personas gestantes del país. La normativa necesita ser mejorada, optimizar su funcio-

namiento y eliminar los obstáculos que aparecen durante su implementación. De acuerdo a las observaciones levantadas en esta investigación, se vuelve necesario avanzar hacia una ley ampliada en cuanto a las causales, así quienes no pueden acceder a la IVE por no constituir el diagnóstico, no queden desprotegidas y puedan acceder a un servicio seguro y de calidad. De esta manera, nos acercaremos cada vez más a garantizar el acceso a un aborto seguro y legal a todas las personas que lo necesiten y/o requieran.

Cabe destacar que al focalizar este estudio en la Región de La Araucanía, se hicieron evidentes las dificultades y obstáculos respecto al acceso a la IVE que afrontan las mujeres y personas gestantes en este territorio en particular. En este sentido, es preciso la realización de estudios sobre la experiencia del aborto legal y clandestino en diversas zonas del país, conocer cuáles son las dificultades presentes y así, perfeccionar la ley según las necesidades de cada territorio.

En este estudio se observó que la totalidad de las mujeres que habían abortado no lo habían hecho dentro del marco de la ley, por lo que se demuestra la desprotección y vulnerabilidad en la que deben enfrentar este proceso. Lo anterior, constata que la normativa vigente es insuficiente en garantizar los derechos sexuales y reproductivos de las personas en la actualidad.

En sintonía con lo anterior, los altos porcentajes de objeción de conciencia en la región (32,14% para la primera causal, 44,05% para la segunda causal y 67,86% para la tercera causal) puede traducirse en procedimientos más lentos y engorrosos, producto de las derivaciones ya sean internas (a otros profesionales no objetores) como externas (a otros centros de salud en caso de no contar con profesionales alternativos).

Actuar oportunamente es crucial, la tardanza de atención pone en peligro la seguridad física y bienestar emocional de aquellas personas que deben interrumpir su embarazo. Además, la tercera causal solo contempla hasta 12 semanas de gestación para mujeres adultas y 14 para menores edad, por lo que es urgente dar atención dentro del tiempo establecido. Sin embargo, dada la gran cantidad de médicos objetores de conciencia, particularmente para la causal 3, la probabilidad de superar el período en que aplica la ley sin llevar a cabo el procedimiento es considerable.

En segundo lugar, se indica de manera reiterada que el acceso a información acerca de la ley es deficiente, no existen en los centros de salud materiales referenciales que permita a los y las usuarias conocer la ley de manera directa, pero tampoco las y los matrones de estos centros se muestran interesadas/os (o con conocimiento) de la IVE. Esto solo logra que quienes necesitan acceder a la normativa no puedan hacerlo, ya sea porque no saben a quién acudir o no saben cuáles son las causales que abarca el procedimiento. Así, los medios de información, indican las entrevistadas, pasan a ser medios no tradicionales (como

redes sociales, por ejemplo) lo cual es imposible controlar en términos de obtener información fidedigna y veraz.

En tercer lugar, para aquellas personas que debieron realizarse un aborto por fuera de las causales, se comenta que el proceso es extremadamente criminalizante y clandestino. De esta forma, el acceso a medicamentos para abortar y el proceso de este se ven mediados por el mercado negro, el anonimato de quien entrega el medicamento (y que significa también incertidumbre o desinformación respecto a la seguridad del mismo), la disponibilidad de contacto con organizaciones feministas que acompañen en la interrupción del embarazo, recursos económicos, recursos humanos (en caso de necesitar el acompañamiento de otras personas), disponibilidad de un espacio físico seguro donde abortar y el cuidado en el procedimiento para no ser descubiertas por personal de salud.

Todo lo anterior nos recuerda la urgencia de considerar la interrupción de los embarazos, con o sin causales, como un derecho que proteja y garantice la autonomía de las mujeres y personas gestantes respecto de su experiencia de maternidad. Al



respecto las entrevistadas complementan la necesidad de avanzar hacia una implementación de la educación sexual integral y hacia la construcción de una sociedad que reconozca los derechos sexuales y reproductivos como fundamentales en nuestras vidas.

En vista de lo mencionado anteriormente, se consultó a las entrevistadas respecto a sus sugerencias y/o comentarios relevantes a la hora de pensar la IVE desde su experiencia. Naturalmente, las entrevistadas dan cuenta de la urgente necesidad de contar con iniciativas que promuevan espacios seguros de diálogo, y así fomentar la visibilización de la existencia del aborto.

Recomendaciones

1. **Transversalizar la información de la Ley 21.030**
Se enfatiza en informar en profundidad a la población, donde sea que se encuentre en el territorio, sobre la ley 21.030 más allá de solo mencionar la existencia de las tres causales: explicar qué hay que hacer si se sospecha estar dentro de las causales, dónde ir, con quién hablar, qué esperar de esa atención en el servicio público en cuanto a trato, tiempos y procedimientos, etc.
2. **Consideración de la IVE como una ley laica**
Urge reformular la ley independiente de la religión o cosmovisión del profesional de la salud, para que el procedimiento pueda llevarse a cabo. Dado el alto número de objetores de conciencia tanto a nivel regional como nacional, lo que no solo contempla a los profesionales como individuos, sino que también a

instituciones, se complejiza aún más el panorama en sectores donde la oferta de centros médicos es acotada.

3. **Fomentar las organizaciones de mujeres y acompañamiento**

Se destaca que el rol facilitador al acceso a los derechos reproductivos de las mujeres lo han asumido las organizaciones de mujeres y de la sociedad civil, más que el Estado a través del marco legal y los servicios de salud, por lo que el apoyo colectivo juega un rol clave al momento de decidir por el aborto.

4. **Fomentar espacios terapéuticos para la asistencia a personas que ha abortado desde la institucionalidad**

En relación a lo anterior, se relevan estos espacios como un lugar donde puedan elaborar y procesar la experiencia.

5. **Considerar la reformulación de la ley más allá de las 3 causales**

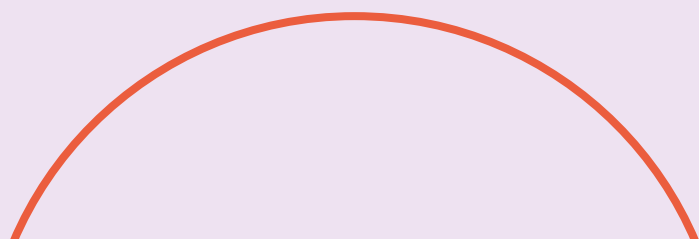
La visibilización del aborto por fuera de las tres causales evidencia aquello que se elige ignorar: existe y seguirá existiendo, pero se trata como un acto a condenar. Así, el proceso se vería dificultado por estas trabas que operan bajo las mismas reglas de cualquier otro delito. Se indica la urgencia del aborto sin causales, legal y seguro para todas las personas que quieran o necesiten realizarlo. De esta manera, no solo se resguardan los derechos de las personas en materias sexuales y reproductivas, sino que también se promueve la autonomía de los mismos y su capacidad de decisión.

“Yo no hubiese podido abortar si me guío por el marco legal, por eso se valora y agradece las redes de feministas de aborto, porque dentro de todo, nos permiten la posibilidad de elegir sobre nuestro cuerpo, nuestra vida y nuestro futuro”

— Entrevistada N° 5



Interrupción voluntaria del embarazo y la situación de niñas menos de 14 años





Interrupción voluntaria del embarazo y la situación de niñas menores de 14 años

Javiera Mardones Krsulovic ²⁴

Stephanie Otth V. ²⁵

²⁴ Javiera Mardones Krsulovic, Coordinadora Área Legal de Corporación MILES y abogada de la Universidad de Chile, diplomada en Derechos Sexuales y Reproductivos y Políticas Públicas en Fundación Henry Dunant, Magíster (c) en Derecho Internacional de los Derechos Humanos en Universidad Diego Portales (Beca Magíster ANID 2022).

²⁵ Stephanie Otth Varnava, Coordinadora Área de Investigación de Corporación MILES, psicóloga Universidad Católica de Chile, Magíster en Psicología Clínica Universidad de Chile y Master en Gender, Society and Representation, University College London.

La violencia basada en género es una de las expresiones de violencia más normalizadas y extendidas a lo largo del mundo. La OMS (2021) señala que las dinámicas de violencia comienzan en etapas tempranas de la vida de las mujeres y refiere que una de cada tres mujeres sufre violencia física o sexual infligida por un compañero íntimo.

En Chile, la violencia de género se presenta de manera transversal y se ha mantenido relativamente estable durante los años. En lo que respecta a la violencia sexual en particular, durante el 2021 el

Ministerio Público (MP) constató que el número de víctimas ingresadas por delitos sexuales alcanzó los 38.212 casos; observándose un aumento aproximado del 22% respecto del año anterior (con 31.403 casos) (Fiscalía de Chile, s.f).

Si bien el presente capítulo busca poner en contexto el acceso y alcance de las menores de edad a la Ley 21.030, también conocida como Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo, busca especialmente visibilizar la situación de la violencia sexual y los delitos de violación en específico.

A través de información obtenida por Ley de Transparencia, el Ministerio Público informó que durante el 2021 se identificaron 2.803 víctimas menores de 14 años en Chile por el delito de violación. Esto es, 15,3% más de los casos ingresados el año anterior y 7% más que el 2019, año previo a la pandemia.

VÍCTIMAS MENORES DE 14 AÑOS POR DELITO DE VIOLACIÓN INGRESADAS AL MINISTERIO PÚBLICO

	2017	2018	2019	2020	2021
Arica y Parinacota	36	43	63	52	62
Tarapacá	60	58	60	81	66
Antofagasta	40	64	70	76	77
Atacama	47	75	75	54	54
Coquimbo	88	89	109	127	151
Valparaíso	256	307	278	273	313
Metropolitana	680	864	825	784	922
O'Higgins	125	146	166	116	127
Maule	135	162	164	146	160
Ñuble	110	95	121	73	87
Biobío	181	232	251	219	245
La Araucanía	161	212	144	168	236
Los Ríos	70	61	76	47	84
Los Lagos	145	191	173	175	168
Aysén	33	24	16	20	22
Magallanes	24	38	31	19	29
TOTAL	2.200	2.661	2.622	2.430	2.803

Fuente: Tabla de elaboración propia con datos obtenidos en los Boletines de Fiscalía (Fiscalía de Chile, s.f).



La ley chilena sostiene que las niñas menores de 14 años no están en condiciones de otorgar voluntad ni consentimiento en el acceso carnal, por lo que todo acto sexual y todo embarazo previo a los 14 años debe ser considerado como una violación. Si bien no hay estadísticas claras para precisar el número de embarazos que se producen por violaciones, las estimaciones presentes durante la discusión de la ley 21.030 bordean el 5% y 10%. Considerando este porcentaje de estimación, del total de 2.800 causas aproximadas ingresadas

por violación en menores de 14 años, podrían estimarse entre 140 y 280 niñas embarazadas solo durante el 2021.

Según las cifras del DEIS, durante el año 2021 hubo 137 egresos hospitalarios de niñas entre 10 y 15 años por razones de “parto, puerperio, embarazo”. Esto es, aproximadamente, un 5% de las causas ingresadas por violación en este tramo etario, un porcentaje cercano a las estimaciones más conservadoras (Ministerio de Salud, 2022).

HOSPITALIZACIONES POR EMBARAZO, PARTO Y/O ABORTO DE NIÑAS ENTRE 10 Y 15 AÑOS

Diagnóstico principal de hospitalización	Total
Parto único espontáneo, presentación cefálica de vértice	31
Parto único espontáneo, sin otra especificación	30
Parto por cesárea, sin otra especificación	19
Aborto médico completo o no especificado, sin complicación	12
Parto por cesárea electiva	10
Aborto retenido	9
Parto por cesárea de emergencia	7
Trabajo de parto prematuro espontáneo con parto prematuro	7
Falso trabajo de parto antes de las 37 semanas completas de gestación	6
Hiperemesis gravídica leve	6
TOTAL	137

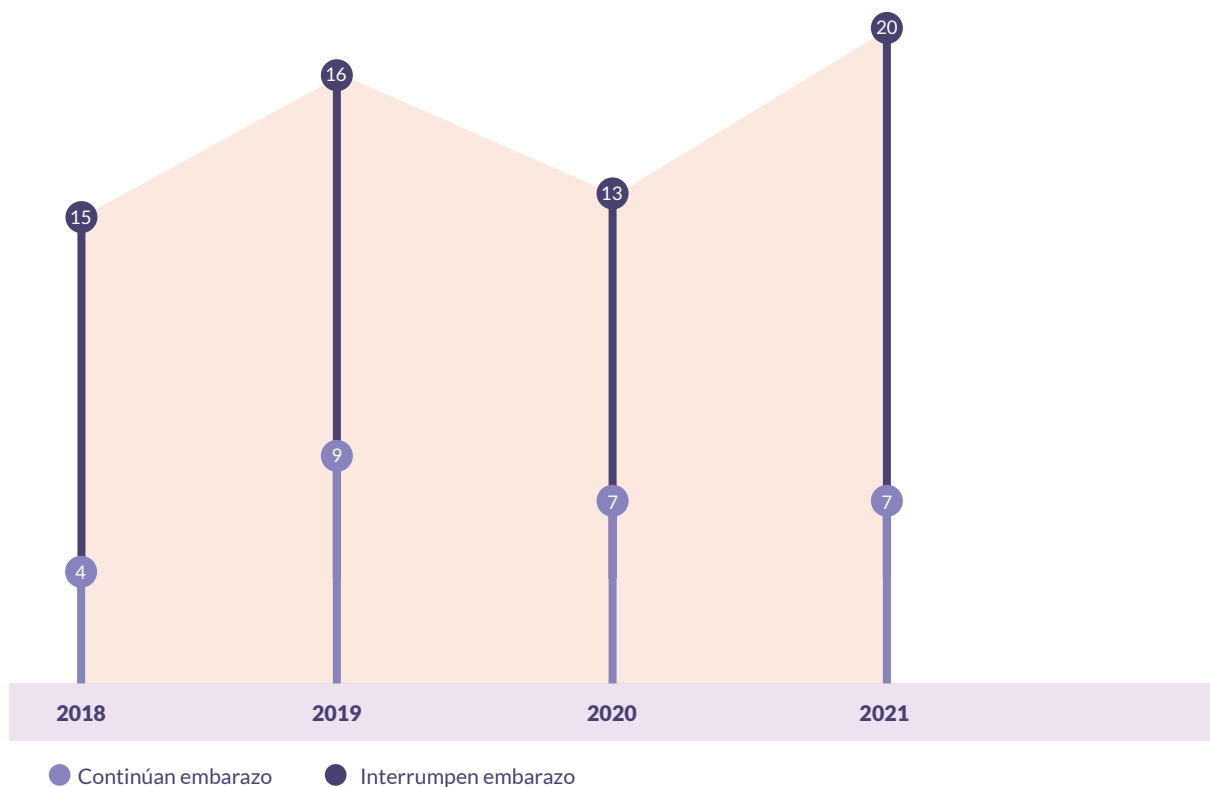
Ahora bien, los registros de causales constituidas bajo el contexto de la Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo, arroja un escenario bastante distinto. Durante el año 2021, en todo el país solo 27 niñas menores de 14 años constituyeron alguna causal en el marco de la Ley 21.030. Esto es, aproximadamente, 2 de cada 10 niñas que tuvieron egresos hospitalarios por embarazo, parto y/o puerperio.

Respecto del número de interrupciones realizadas, fue posible identificar que de las 27 niñas, 20 interrumpieron sus embarazos durante el 2021; esto equivale al 74% del total. En términos generales, la tasa de interrupción en la causal 3 aumenta conforme aumenta la edad de las mujeres y personas gestantes, llegando en ciertos tramos de edad casi al 100% de los casos. Si en las niñas esta tasa se encuentra entorno al 70%, hay que considerar cuáles

son las razones por las que las niñas interrumpen menos que las mujeres mayores los embarazos producto de una violación y cuáles son las barreras u obstáculos que ellas atraviesan.

En Corporación Miles hipotetizamos que la menor tasa de interrupción en las niñas guarda relación con las barreras y obstáculos legales que existen para la defensa de sus derechos sexuales, cuando ellas no cuentan con la autorización de su cuidador principal. Para investigar nuestra hipótesis durante el primer semestre del año 2022, Corporación Miles condujo un estudio exploratorio sobre el nivel de conocimiento y la percepción que tienen los profesionales de la salud sexual y reproductiva respecto de la realidad específica que viven las niñas en contexto de la causal 3 y así identificar los principales factores que estarían interviniendo en el fenómeno.

Nº DE NIÑAS QUE CONTINÚAN E INTERRUMPEN SUS EMBARAZOS BAJO EL MARCO DE LA LEY 21.030



Fuente: Tabla elaboración propia a partir de cifras Reportería Programa IVE (Ministerio de Salud, 2022).

Ley N° 21.030 para las menores de 14 años y la realidad de la Autorización Judicial Sustitutiva

Este capítulo analiza el delito de violación en casos de menores de 14 años y el acceso que tienen a la Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo. Se realizó un estudio con profesionales de la salud sexual y reproductiva de la Región Metropolitana sobre la implementación del aborto por violación, y se analizó el estado de las Autorizaciones Judiciales Sustitutivas a las que pueden acceder estas menores de edad.

Javiera Mardones Krsulovic ²⁶

Stephanie Otth V. ²⁷

²⁶ Javiera Mardones Krsulovic, Coordinadora Área Legal de Corporación Miles y abogada de la Universidad de Chile, diplomada en Derechos Sexuales y Reproductivos y Políticas Públicas en Fundación Henry Dunant, Magíster (c) en Derecho Internacional de los Derechos Humanos en Universidad Diego Portales (Beca Magíster ANID 2022).

²⁷ Stephanie Otth Varnava, Coordinadora Área de Investigación de Corporación Miles, psicóloga Universidad Católica de Chile, Magíster en Psicología Clínica Universidad de Chile y Master en Gender, Society and Representation, University College London.

Con el objetivo de conocer en mayor detalle el acceso de las niñas menores de 14 años a la Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo, Corporación Miles sostuvo un estudio preliminar con un grupo de profesionales de la salud sexual y reproductiva de un Servicio de Salud de la Región Metropolitana que participan en los equipos de Alto Riesgo Obstétrico y/o en la Atención Primaria de Salud (APS), en muchos casos la puerta de entrada a la prestación en cuestión.

En concreto, se levantó información de 12 profesionales de la Salud Sexual y Reproductiva (SSR) que trabajan en los siguientes hospitales de la Re-

gión Metropolitana: Hospital de Talagante, CRS Cordillera, Hospital de La Florida, Hospital El Pino, Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río, Hospital San José, Hospital Félix Bulnes, Hospital de Talagante, Hospital San Juan de Dios.

El 64% de los profesionales consultados trabajan en las Unidades de Alto Riesgo Obstétrico (ARO) y quienes no, igualmente son partícipes del proceso de la IVE en uno u otro momento del proceso. La mayoría de ello/as llevan trabajando más de 3 años en su hospital, no obstante el 67% nunca ha tramitado una IVE en menores de 14 años, 25% sí y 8% prefiere no contestar.

Conocimiento de los profesionales sobre Ley IVE en menores de 14 años

Si bien todo/as los/as profesionales consultados saben que las menores de 14 años pueden acceder a esta prestación de salud, no todos saben correctamente cómo proceder en estos casos. El 48% de ellos no está seguro/a de cómo debe ser el procedimiento para constituir causal para las niñas menores de 14 años. Tampoco se observa que exista claridad respecto de las alternativas disponibles en caso de no contar con la autorización del/la cuidador/a principal. Si bien el 75% de ellos sabe que en caso de no contar con la autorización del o la cuidador/a principal también un juez del Tribunal de Familia puede autorizarlo, el 25% lo desconoce. Más allá del consentimiento y autorización, tampoco existe uniformidad en el conocimiento de los/as profesionales de los procedimientos que corresponde o no hacer, particularmente en la entrega de información y la solicitud del asentimiento de la niña por escrito. No obstante, en caso de dudas todos los profesionales consultados saben dónde acudir para encontrar información y/o las normativas de la Ley.

Implementación de la Ley IVE y Capacitaciones

En términos generales, la mayoría de los profesionales (83%) considera que sus hospitales cuentan con las condiciones para implementar adecuadamente la Ley IVE. Señalan que existe personal y protocolos bien definidos y adecuados a las normativas ministeriales e infraestructura ad hoc. A su vez, en la gran mayoría de los establecimientos que fueron analizados existen protocolos internos ajustados a las indicaciones ministeriales. Sin embargo, quienes consideran que no existen las condiciones suficientes destacan la falta de insumos para llevar a cabo la atención y un desconoci-

miento general sobre el funcionamiento de la ley y el modelo de atención de acompañamiento.

Pese a la satisfacción general previamente comentada, casi el 60% de los consultados refieren que no se realizan capacitaciones sobre la IVE donde trabajan. Las personas que refieren que sí han recibido capacitaciones, reconocen que no son periódicas y no siempre entregan información específica para la atención de menores de edad. En consecuencia, la percepción de los profesionales es que las capacitaciones son insuficientes y su satisfacción con ellas es regular.

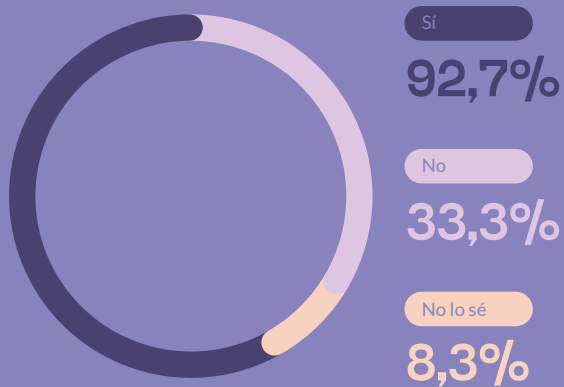
La objeción de conciencia

La totalidad de profesionales consultados señala no ser objetor de conciencia para ninguna causal; salvo uno/a que prefiere no contestar. A su vez, refieren que conocen otros profesionales no objetores también. De todos modos, los consultado/as declaran que, en su opinión, la situación actual de la objeción de conciencia sí significa un impedimento para el acceso de las mujeres a esta prestación de salud.

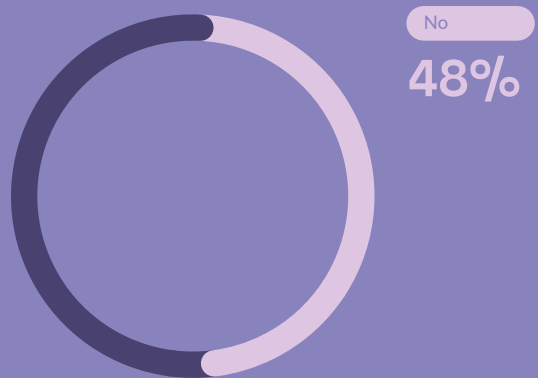
Otros factores asociados a dificultades para acceder a la IVE

La mayoría de los profesionales consultados refieren que el principal obstáculo para el acceso a la Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo es la falta de información respecto de esta prestación. En segundo lugar, reconocen que el juicio tanto del entorno cercano de las mujeres, como de los propios profesionales de la salud, también funcionan como una traba u obstaculizador sociocultural para que más mujeres, que así lo deseen, soliciten el procedimiento. Tomando en cuenta la realidad de las niñas menores de 14 años en particular, los profesionales refieren que existe un amplio desconocimiento respecto de cómo proceder cuando no

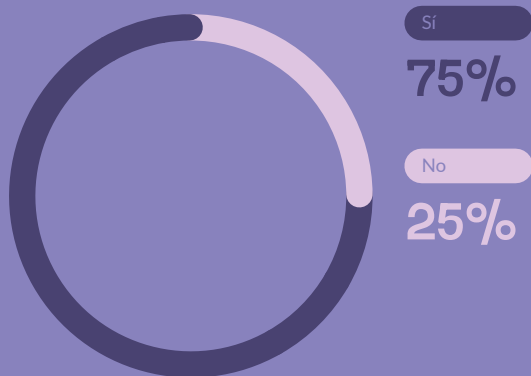
¿Existen capacitaciones sobre la IVE donde usted trabaja?



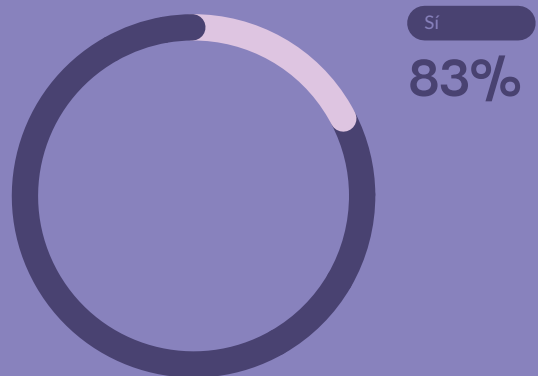
¿Está seguro/a de cómo debe ser el procedimiento para constituir causal para las niñas menores de 14 años?



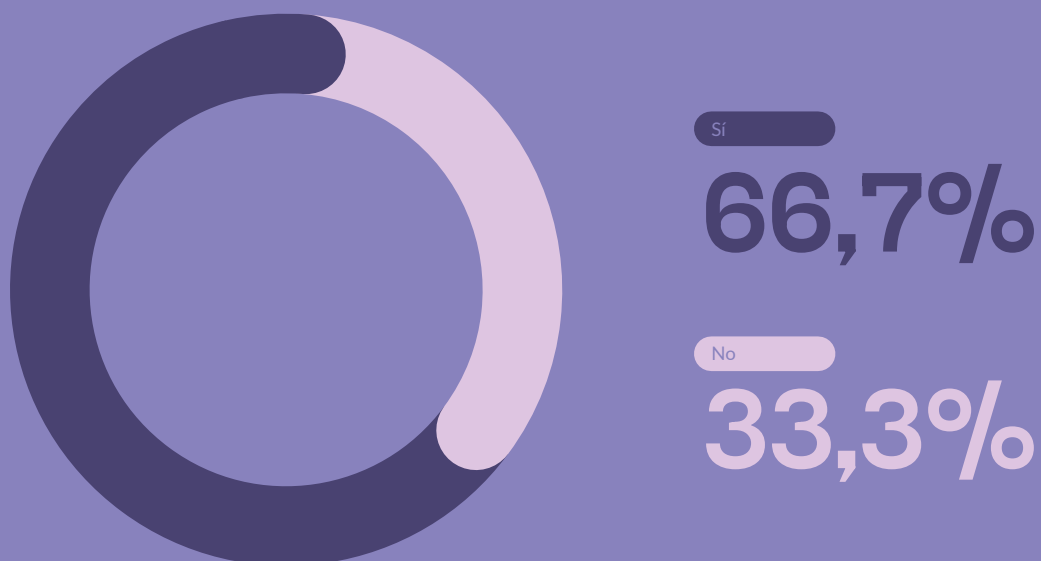
¿Sabe qué hacer en caso de no contar con la autorización del o la cuidador/a principal?



¿Considera que sus hospitales cuentan con las condiciones para implementar adecuadamente la Ley IVE?



¿Usted considera que la situación actual de la Objeción de Conciencia significa una barrera para acceder a la IVE?



se cuenta con la autorización del cuidador principal, por lo que es altamente probablemente que, frente a esta situación, los casos no se constituyan ni proceda la interrupción. Dado que la causal 3 tiene un límite en la edad gestacional, estas complicaciones dilatan el proceso y pueden terminar alargando el proceso por fuera de lo permitido por la legislación vigente.

Estos resultados nos movilizaron a realizar un análisis respecto del estado de las Autorizaciones Judiciales Sustitutivas elevadas en los casos de menores de edad cursando embarazos. Mediante solicitudes por Ley de Transparencia, Corporación Miles solicitó al Poder Judicial información respecto al número de autorizaciones judiciales sustitutivas y su estado. Es importante consignar una dilatación en los tiempos de respuesta, excediendo a lo establecido por la Ley de Transparencia, pero sin posibilidad de elevar reclamos o amparos. Al recibir las respuestas estas se estiman insuficiente por las siguientes razones 1) se denegó el acceso a cierta información, 2) no se entregó parte de la información solicitada sin que la institución justificara su decisión, y 3) se entregó de manera

inconsistente determinada información. En cuanto a las inconsistencias, se evaluó que:

- La cantidad de causas ingresadas a nivel nacional no coincide con las causas terminadas, desconociéndose el motivo del por qué una causa puede estar terminada si nunca ingresó al sistema judicial.
- La cantidad de causas ingresadas y terminadas tampoco coincide con respecto al tribunal específico de tramitación. Es decir, si se realiza un análisis más acabado de la información, es posible corroborar que la cantidad de causas ingresadas y terminadas en un mismo tribunal tampoco coinciden en algunos casos.

En consecuencia, en el curso del presente estudio se identificaron una serie de obstáculos para acceder de manera clara y oportuna a la información recabada por el Poder Judicial, único órgano que maneja los datos de causas judicializadas en nuestro país. Cabe recordar que el Poder Judicial, en el apartado de transparencia activa, que es aquella obligación que poseen algunos órganos del Estado



a entregar periódicamente información actualizada de sus gestiones a la población, no está incorporado en el Portal de Transparencia del Estado, por lo que muchas veces la información solicitada al no estar tabulada fue entregada de manera incompleta o no entregada. Lo anterior, repercute en el deber de publicidad y transparencia de los órganos del Estado, debido a que este no se agota con la sola entrega de información, sino que es necesario que sea creíble y fidedigna, ya que en virtud de dichos datos se construyen políticas públicas que se buscan sean pertinentes y acordes con la situación país y, a su vez, permite que las organizaciones de la sociedad civil realicen su labor con eficacia.

Para obtener una mirada más profunda del funcionamiento interno del Poder Judicial es que se llevó a cabo una reunión con una magistrada jueza titular de los Tribunales de Familia de Santiago. Si bien la magistrada indicó no haber intervenido en alguna causa relativa a solicitud de autorización judicial sustitutiva a favor de niñas menores de 14 años, dio cuenta de situaciones administrativas que sirven para comprender algunas falencias en la tramitación y entrega de información:

- Luego de la dictación de la Ley 21.030 no se adoptaron medidas administrativas al interior del Poder Judicial para llevar un registro único de estas causas. En otras palabras, no se asoció a este tipo de causas una letra específica y, por ende, un procedimiento adecuado y conforme a lo indicado por la ley. Por ello, en la práctica, este tipo de causas se asocia a la letra "P", que corresponde a las causas de protección a favor de niños, niñas y adolescentes por graves vulneraciones de derechos, procedimiento que no es el mismo al contemplado en la Ley 21.030: es un procedimiento más largo, que consta de dos audiencias (preparatoria y de juicio).

- El hecho de que se asocie a estas causas la letra "P", puede generar en algunos casos que las solicitudes de autorización judicial sustitutiva sean ingresadas a causas de protección ya vigentes. Esto implica que no exista claridad sobre la duración del procedimiento relativo a la solicitud de autorización judicial sustitutiva, porque se inserta dentro de un proceso mucho más largo, que puede durar incluso años.
- La información entregada por el Poder Judicial frente a solicitudes por Ley de Transparencia puede presentar diferencias, ya que algunos datos no resultan de fácil recopilación por no estar registrados como hitos en el sistema. Eso significa, en la práctica, que la información más detallada que se solicita depende del funcionario/a encargado de recabarla, y de esta persona dependerá si se realiza una revisión más exhaustiva de las causas para la entrega de información.
- No existen protocolos internos al interior del Poder Judicial para que se dé tramitación inmediata a este tipo de causas, en comparación a otras materias, en donde se posee un procedimiento ya establecido y diferenciador de otras áreas, como lo que sucede al aplicar la Ley de Identidad de Género. Esto tiene como consecuencia que, en el caso de la IVE, el procedimiento que se aplica varía dependiendo de si la solicitante es mayor de edad, rigiéndose por las normas del procedimiento voluntario (V) o si es menor de edad, rigiéndose por las normas de medidas de protección (P), no existiendo entonces un procedimiento preestablecido propio de IVE, sino que aquellas solicitudes se subsumen en otros mucho más generales que no satisfacen las necesidades inmediatas de las solicitantes.

Recomendaciones

Se requiere una mejora en la implementación de la Ley 21.030 y, específicamente, del procedimiento de autorización judicial sustitutiva al interior del Poder Judicial. Desde un punto de vista formal, resulta necesario generar un registro único de estas causas, que se encuentre asociado a un procedimiento conforme a los plazos estipulados por la ley, y que permita la recopilación de datos estadísticos de manera más rápida y efectiva. En lo sustantivo, es recomendable la elaboración de protocolos y capacitaciones a funcionarios/as del Poder Judicial encargados de la tramitación de estas causas, para que se dé tramitación inmediata y se vele porque la niña cuente con la debida representación dentro del proceso judicial.

En sintonía con lo anterior, es necesario fortalecer y actualizar los conocimientos por parte de los equipos de salud sexual y reproductiva, no solo de hospitales, sino también de atención primaria (muchas veces la puerta de entrada), sobre cómo proceder conforme a lo normado cuando quien consulta es una niña menor de 14 años. Se recomienda la realización sistemática y transversal (a los distintos actores que participan en el proceso de IVE) sobre las alternativas disponibles para la garantía de la defensa de los derechos de las niñas.

Por otra parte, si bien los hospitales cuentan con un/a abogado/a, no siempre cuentan con capacitaciones específicas en IVE con enfoque de derechos humanos. Para procurar una respuesta pertinente y oportuna, y dado que no son muchos casos, sería recomendable que exista una figura desde el Servicio de Salud que pudiera recoger y atender estos casos de manera centralizada.

Resulta relevante que el Estado de Chile, a través de sus diversos órganos, se comprometa en la elaboración de datos estadísticos en la materia, con el objetivo de analizar el panorama actual de la autorización judicial sustitutiva en niñas menores de 14 años, y poder efectuar una implementación de esta figura jurídica más respetuosa con los derechos humanos. Debido a los problemas de acceso a la información recabada por el Poder Judicial, se puede instar al máximo órgano de control, esto es, al pleno de la Corte Suprema, a que instaure una política de recopilación de estos antecedentes en todos los Tribunales de Familia del país; o a que se dicte un Auto Acordado que incluya las normas de transparencia pasiva dentro del Poder Judicial, que se apegue a los plazos y reglas estipulados en la Ley de Acceso a la Información Pública.







**Salud sexual y
reproductiva en
zonas rurales**



Salud sexual y reproductiva en zonas rurales

Bianca Lagos P.²⁸

Camila Muñoz V.²⁹

Stephanie Otth V.³⁰

²⁸ Bianca Lagos Parr, antropóloga de la Universidad Austral de Chile.

²⁹ Camila Muñoz Villegas, socióloga de la Universidad Diego Portales.

³⁰ Stephanie Otth Varnava, Coordinadora Área de Investigación de Corporación MILES, psicóloga Universidad Católica de Chile, Magíster en Psicología Clínica Universidad de Chile y Master en Gender, Society and Representation, University College London.

Sistema de Salud en Chile

El sistema de salud chileno es coordinado por el Ministerio de Salud que se encarga de su conducción, mantención y organización. A nivel país, más de 15 millones de personas están inscritas en el sistema público, a través del Fondo Nacional de Salud (FONASA, que equivale aproximadamente al 77% (Cuenta Pública Participativa, 2022). Del total asegurado, casi trece millones de personas (87%), se encuentran registradas en un establecimiento de salud primaria. No obstante, cerca de dos millones de personas no se han inscrito en ningún centro de salud. De acuerdo a FONASA, las razones que podrían explicar esto se expresan en factores que dificultan el proceso de inscripción, como la ubicación territorial y/o el acceso a los establecimientos de salud (Informe CDD: Caracterización sociodemográfica y socioeconómica en la población asegurada inscrita, 2020).

Durante las últimas décadas, Chile ha realizado un esfuerzo por mejorar la calidad de sus servicios de salud (Goic, 2015), construyendo nuevos recintos, avanzando en su modernización, ampliando su cobertura y fortaleciendo la capacitación de sus profesionales. Sin embargo, este esfuerzo no es el mismo en las áreas rurales. A diferencia de las zonas urbanas, se evidencia una distribución desigual de recursos al no contar con suficientes en términos materiales y humanos (OCDE, 2016). Según el estudio del Centro Latinoamericano para el Desarrollo, en el año 2019, la pobreza en zonas rurales alcanzó un 22,1% de la población, mientras que en zonas urbanas solo fue de un 10,2% (Leyton y Aguirre, 2019), suponiendo un escenario socioeconómico distinto para acceder a la salud.

En cuanto a los servicios de salud en zonas rurales, están disponibles las Postas de salud Rural (PSR) que son establecimientos de atención ambulatoria, localizados en áreas geográficas de fácil acceso y que prestan servicios a una población máxima de 20 mil habitantes (SSMSO, 2020). Registros oficiales indican que, al menos, hasta mayo de 2020 habían 311 Postas de Salud Rural en Chile. Otra manera de cubrir el acceso de salud a personas que viven en sectores rurales es por medio de las Estaciones Médico Rurales (EMR) para la atención ambulatoria de salud básica. La infraestructura para realizar dichas consultas es cedido por la comunidad para que el Equipo de Salud Rural pueda realizar rondas periódicas sin tener que asistir a un centro de salud urbano. Asimismo, otro servicio bastante común en estas zonas, son las visitas domiciliarias de uno o más profesionales que atienden sus necesidades. Finalmente, si es necesario cubrir una emergencia de salud, existen los Servicios de Urgencia Rural (SUR) para casos de baja complejidad, que dependen de los CESFAM y son parte de la Red de Urgencias.

Si bien se han logrado avances en términos de accesibilidad a servicios y atención, la cobertura en términos de infraestructura, especialidades médicas e instrumentaria se satisfacen en menor medida producto de que la población tiende a ser menor (Crespo, 2018). Pese a una exhaustiva revisión de informes y literatura, existe una escasa caracterización e información respecto de la salud chilena en zonas rurales, en términos de quiénes son sus usuarios, el alcance de su cobertura y detalles de las prestaciones ofrecidas. Lo anterior, se traduce en una dificultad para detectar las necesidades de la población y articular prontamente nuevas respuestas.

En lo que a la salud sexual y reproductiva (SSR) se refiere, existen antecedentes que señalan la falta de integración en los programas de salud nacionales (Viviera, 2021). Además, producto del

COVID-19, estas atenciones médicas se vieron altamente afectadas, disminuyendo los controles de SSR en una diferencia porcentual de 47%³¹ entre 2019 y 2020 (Reportaría de la Mujer, 2022). Si bien, lo anterior, ha afectado de manera más o menos transversal a la población, en Corporación MILES consideramos importante observar la realidad específica de los territorios con mayores dificultades. Para ello, escogimos un territorio compuesto en su mayoría por comunas rurales. Por esa razón, en lo que sigue del capítulo se revisarán elementos propios de la Región de Coquimbo.

Antecedentes sociodemográficos de la Región de Coquimbo

La Región de Coquimbo se ubica en el norte del país, su capital es La Serena, y se compone de las provincias de Elqui, Limarí y Choapa, con quince comunas en total. Según datos del Censo del año 2017, la Región de Coquimbo tiene una población de 757.586 habitantes, equivalentes al 4,3% del total nacional, y un 51,3% la integran mujeres (INE, 2017). Según la tipología de la Política Nacional de Desarrollo Rural, el 83% de la superficie de la Región de Coquimbo es rural: de las quince comunas que integran la región, doce se clasifican como rurales. No obstante, la población regional que vive en zonas rurales oscila entre un 19% (INE, 2017) y un 26%, según el criterio de la PNDR³² (Ficha regional: Región de Coquimbo, 2021).

³¹ Ver en Reportaría Programa de la Mujer, del Departamento de Estadísticas e Información en Salud, en la página www.deis.cl

³² (...) considera un poblamiento cuya densidad poblacional es inferior a 150 habitantes/km², con una población máxima de 50 mil habitantes, cuya unidad de referencia es la comuna. Para el cálculo de superficie rural regional se consideran las comunas mixtas y rurales. Criterio INE: asentamiento humano con población menor o igual a mil habitantes, o entre 1.001 y 2.000 habitantes donde más del 50% de la población que declara haber trabajado, se dedica a actividades primarias." (Ficha regional: Región de Coquimbo, 2021, p. 2)

Comunas de la Región de Coquimbo, tipo de comuna y cantidad de Postas de Salud Rural²⁸



²⁸ Información disponible hasta el año 2019.

Fuentes: Oficina de Estudios y Políticas Agrarias, ODEPA y MINSAL, 2019

Estudios indican que los niveles de pobreza por ingreso en zonas rurales alcanzan casi el doble que el nivel regional urbano, con un 18% en zonas rurales y un 10,5% en zonas urbanas. A su vez, la tasa de pobreza multidimensional alcanza un 36% en zonas rurales y un 19% en zonas urbanas (Ficha regional: Región de Coquimbo, 2021).

Cobertura de Salud en la Región de Coquimbo

El Servicio de Salud de la Región de Coquimbo cuenta con una Red Asistencial compuesta de nueve hospitales: tres de Alta Complejidad (La Serena, Coquimbo y Ovalle); uno de Mediana Complejidad (Illapel); y cinco Hospitales de la Familia y la Comunidad (Vicuña, Andacollo, Salamanca, Combarbalá y Los Vilos).

Además, la red cuenta con 31 Centros de Salud Familiar; 10 Centros Comunitarios de Salud Familiar; 100 Postas de Salud Rural; 221 Estaciones Médico Rurales; 14 Servicios de Atención Primaria de Urgencia (SAPU); 4 Servicios de Atención Primaria de Urgencia de Alta Resolutividad (SAR); y 10 Servicios de Atención Primaria de Urgencia Rural (SUR) (Servicio de Salud Coquimbo, 2016).

En cuanto a la cobertura al Fondo Nacional de Salud, en la Región de Coquimbo, un 87,6% de la población se encuentra inscrita en un establecimiento de Atención Primaria de Salud y asegurada en el sistema público de salud. A pesar de tener un porcentaje similar al promedio nacional (87%), la Región de Coquimbo se encuentra en el decimo-cuarto lugar a nivel nacional, respecto al porcentaje de inscritos por región (Informe CDD: Caracterización sociodemográfica y socioeconómica en la población asegurada inscrita, 2020).

Según información disponible del Departamento de Estadística e Información de Salud (DEIS), en la Región de Coquimbo hay 100 Postas de Salud

Rural repartidas en 14 de las 15 comunas de la región, exceptuando la comuna de Andacollo.

Acceso a salud sexual y reproductiva en la región de Coquimbo

En la siguiente tabla se pueden observar la cantidad de controles de salud sexual y reproductiva a nivel regional, como también controles realizados en las Postas de Salud Rural (PSR) entre los años 2014 y 2020.

Durante el año 2020, existió una disminución de controles en casi un 50% a nivel regional y rural. De forma similar, ese mismo año es posible evidenciar una baja en las prestaciones de salud sexual y reproductiva relacionadas a controles ginecológicos—matronería. Esto evidencia el impacto de la pandemia, sobre todo durante el primer año de confinamiento, que incrementó las brechas en el acceso a las prestaciones de salud.

Esta problemática se agrava al observar los números de controles en cada comuna de la Región de Coquimbo.

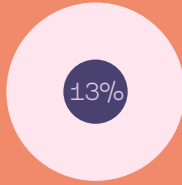
Cuando se piensa en el acceso a servicios básicos, como educación, salud, y conectividad, las zonas rurales suelen tener menor provisión, debido a que por su lejanía o bajo número de beneficiarios, la rentabilidad social de estas inversiones y el poder político de la población es menor (Rimisp, 2010).

A su vez, existe poca información que permita caracterizar y conocer la realidad de la salud sexual y reproductiva en sectores geográficamente menos conectados. El siguiente estudio nace desde esta problemática, con el objetivo de aportar información actualizada al escenario de la salud sexual y reproductiva rural, conocer sus limitaciones, fortalezas y junto a los actores y actrices locales, ofrecer recomendaciones para su mejoramiento.

Número de controles de salud sexual y reproductiva por año en la Región de Coquimbo

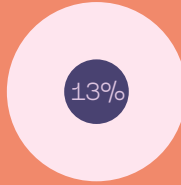
2014

103.398
controles
totales
13.448
controles
en PSR



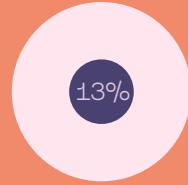
2015

103.577
controles
totales
13.414
controles
en PSR



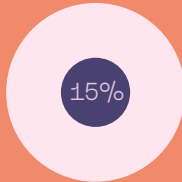
2016

96.060
controles
totales
12.497
controles
en PSR



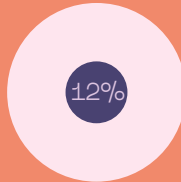
2017

97.874
controles
totales
14.321
controles
en PSR



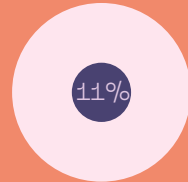
2018

98.320
controles
totales
11.839
controles
en PSR



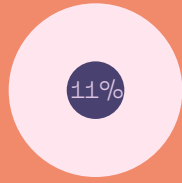
2019

95.242
controles
totales
10.784
controles
en PSR

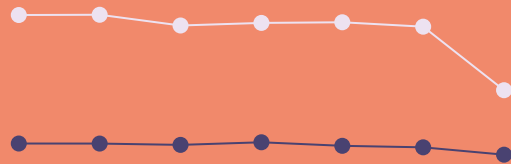


2020

50.763
controles
totales
5.637
controles
en PSR



**Comparativa
anual**



Número de controles específicos a prestaciones de ginecología y matronería por año en la Región de Coquimbo

2014

35.493
controles
totales
7.382
controles
en PSR



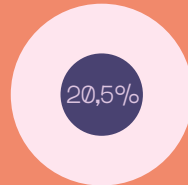
2015

36.454
controles
totales
7.615
controles
en PSR



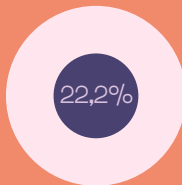
2016

36.536
controles
totales
7.479
controles
en PSR



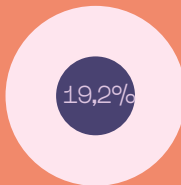
2017

40.244
controles
totales
8.954
controles
en PSR



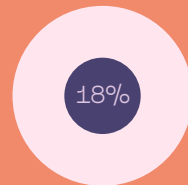
2018

39.532
controles
totales
7.574
controles
en PSR



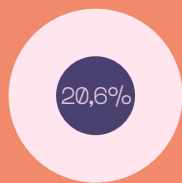
2019

38.990
controles
totales
7.004
controles
en PSR

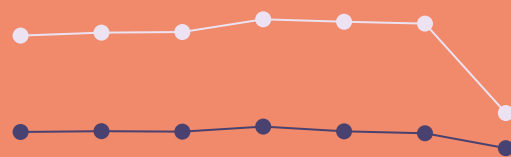


2020

12.904
controles
totales



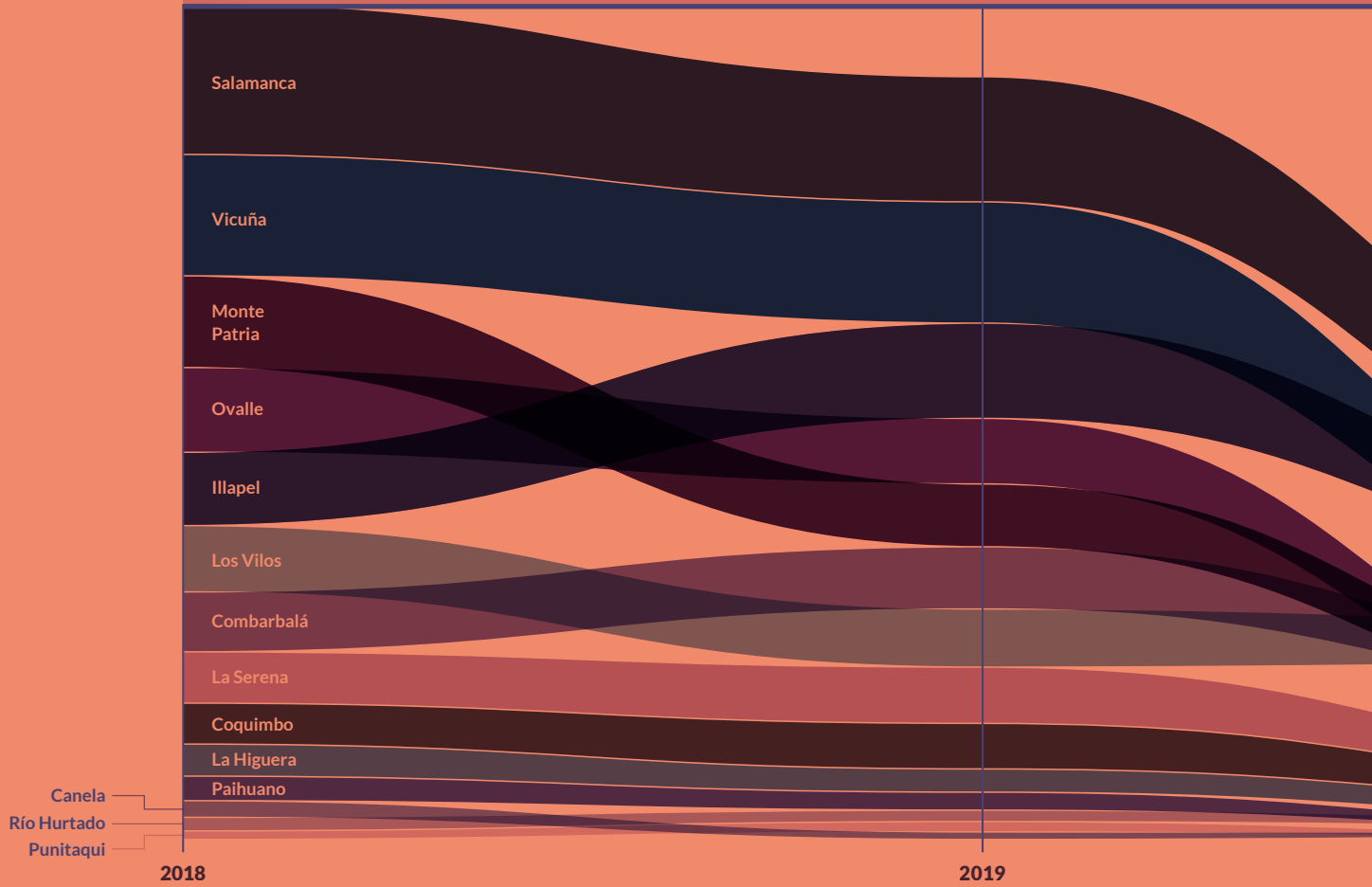
**Comparativa
anual**



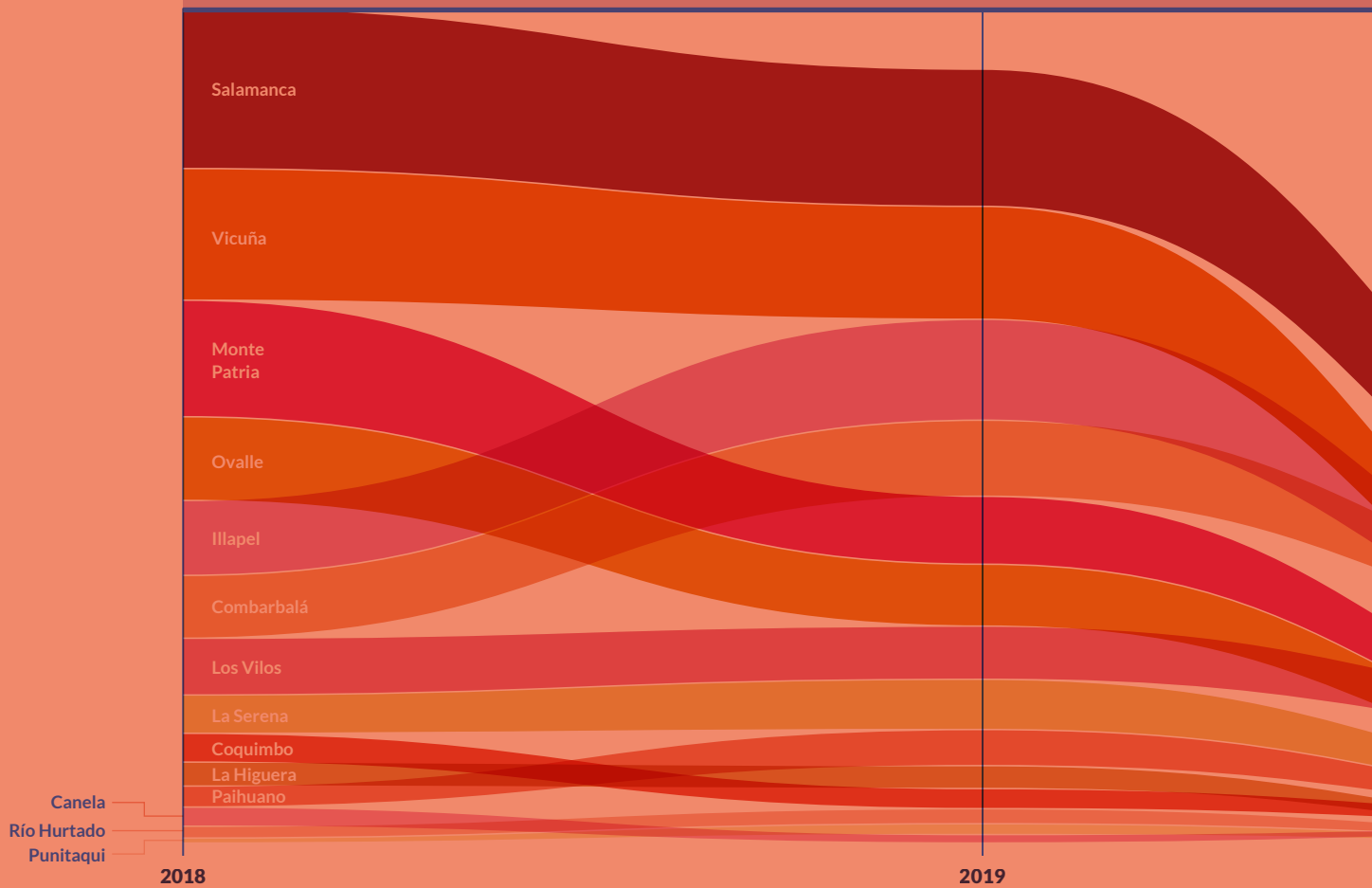
Fuentes: DEIS, Reportería Programa de la Mujer, 2020²⁸

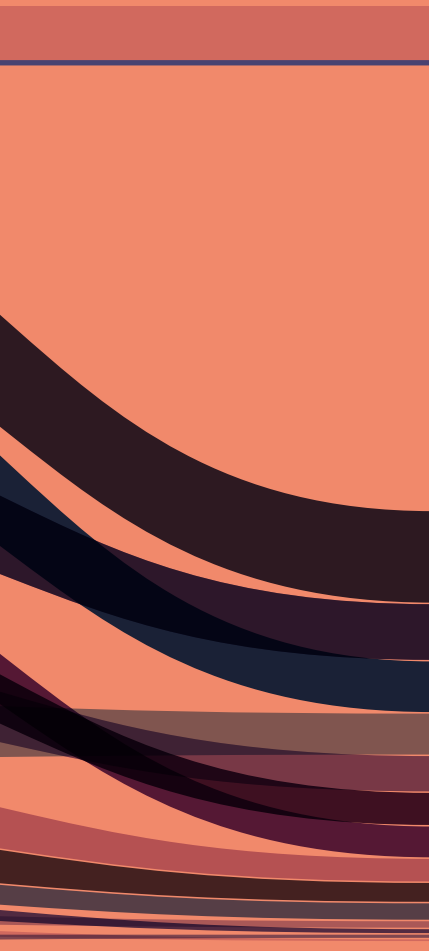
²⁸ DEIS. (2020). Reportería del Programa de la Mujer, sector público. Años 2014-2020. Disponible en: <https://rb.gy/s4hidc>

NÚMERO DE CONTROLES DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN POSTAS RURALES (2018-2020)



Nº DE CONTROLES ESPECÍFICOS A PRESTACIONES DE GINECOLOGÍA Y MATRONERÍA EN PSR (2018-2020)

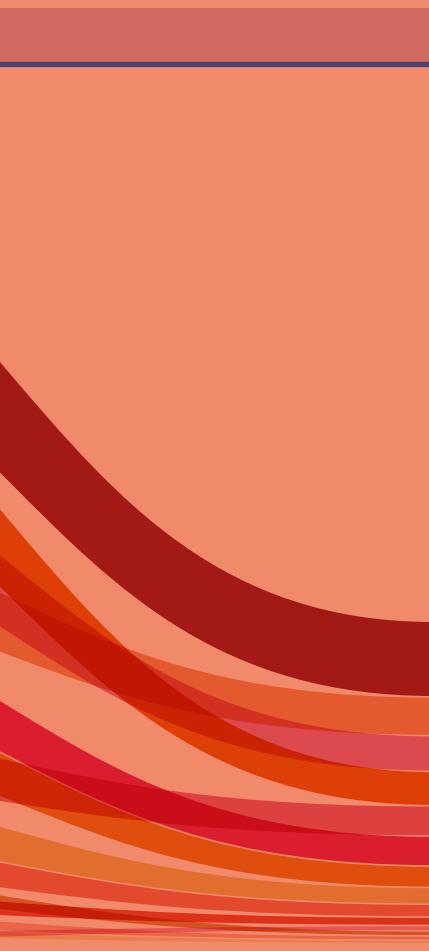




Comuna	2018	2019	2020	Variación
Andacollo	-	-	-	-
Canela	220	88	43	-51%
Combarbalá	849	881	485	-45%
Coquimbo	573	640	259	-60%
Illapel	1.043	1.361	766	-44%
La Higuera	444	316	225	-29%
La Serena	723	795	310	-61%
Los Vilos	942	824	563	-32%
Monte Patria	1.310	891	441	-51%
Ovalle	1.209	931	424	-54%
Paihuano	335	240	54	-78%
Punitaqui	103	129	23	-82%
Río Hurtado	176	144	88	-39%
Salamanca	2.171	1.795	1.259	-30%
Vicuña	1.741	1.740	697	-60%

Fuente: DEIS, Reportería Programa de la Mujer, 2020.

2020



Comuna	2018	2019	2020	Variación
Andacollo	-	-	-	-
Canela	164	65	33	-49%
Combarbalá	571	694	328	-53%
Coquimbo	181	322	100	-69%
Illapel	683	925	301	-67%
La Higuera	254	173	60	-65%
La Serena	342	453	133	-71%
Los Vilos	514	481	253	-47%
Monte Patria	1.071	618	250	-60%
Ovalle	765	562	175	-69%
Paihuano	209	199	30	-85%
Punitaqui	96	126	23	-82%
Río Hurtado	32	86	16	-81%
Salamanca	1.486	1.263	653	-48%
Vicuña	1.211	1.037	289	-72%

Fuente: DEIS, Reportería Programa de la Mujer, 2020.

2020

Salud sexual y reproductiva rural: Una lectura desde la Región de Coquimbo

Durante las últimas décadas, Chile ha realizado un esfuerzo por mejorar la calidad de sus servicios de salud. Sin embargo, este esfuerzo no es el mismo en áreas rurales. Corporación MILES realizó el siguiente estudio para analizar las fortalezas y debilidades de los servicios de salud sexual y reproductiva de la Región de Coquimbo, desde la perspectiva de las usuarias y profesionales de la salud local.

Bianca Lagos P.³³

Camila Muñoz V.³⁴

Stephanie Otth V.³⁵

³³ Bianca Lagos Parr, antropóloga de la Universidad Austral de Chile.

³⁴ Camila Muñoz Villegas, socióloga de la Universidad Diego Portales

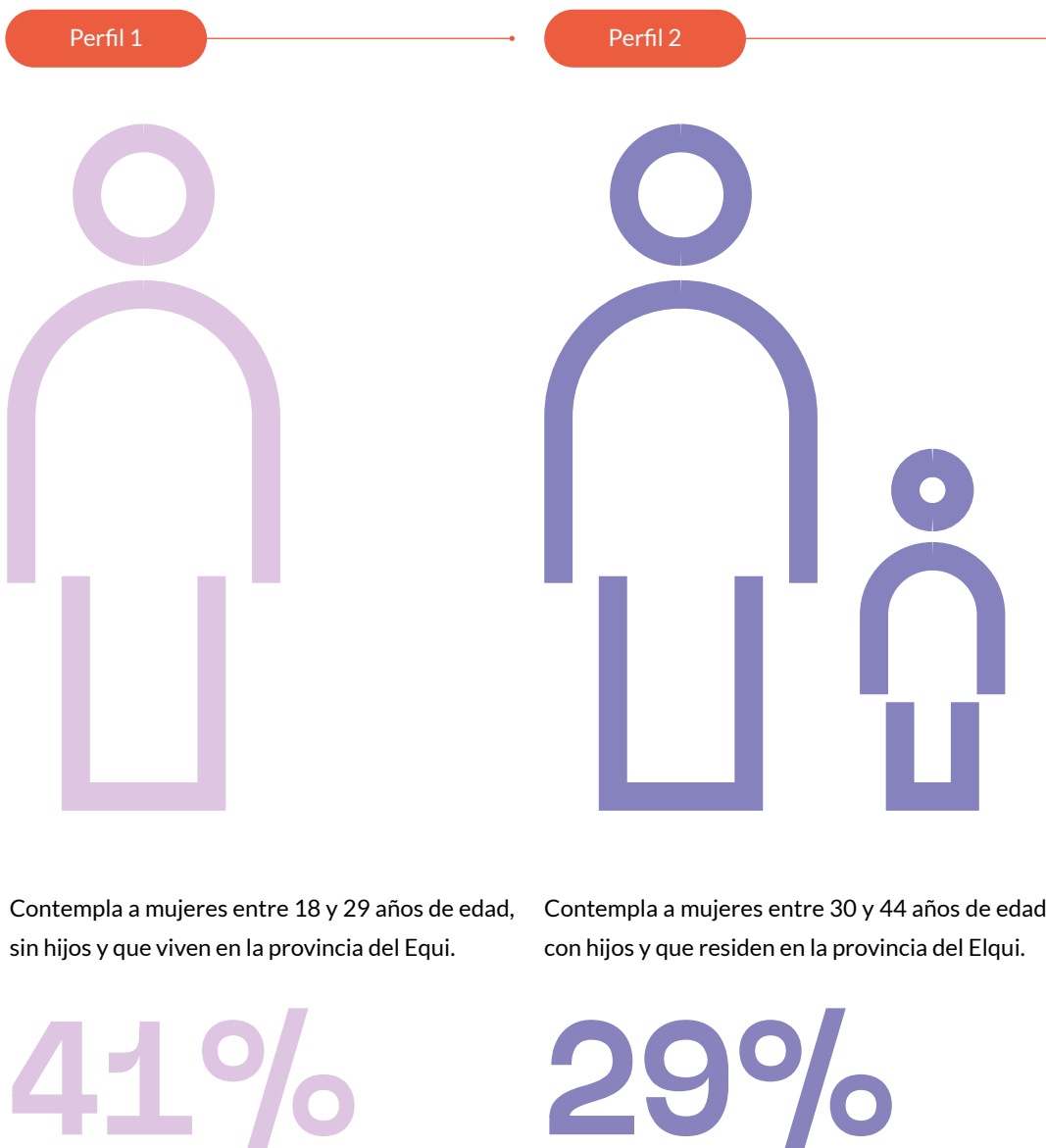
³⁵ Stephanie Otth Varnava, Coordinadora Área de Investigación de Corporación MILES, psicóloga Universidad Católica de Chile, Magíster en Psicología Clínica Universidad de Chile y Master en Gender, Society and Representation, University College London.

Ficha técnica

- **Objetivo:** Caracterizar el uso de los servicios de salud sexual y reproductiva de las mujeres de la Región de Coquimbo, identificando sus fortalezas y barreras, desde la perspectiva de ellas y los profesionales de la salud local.
- **Metodología:** Se utilizó una metodología mixta que posibilita recopilar, analizar e integrar el uso de estrategias cuantitativas (encuestas) y cualitativas (entrevistas) para profundizar en el entendimiento del problema.
- **Muestra:** Trabajamos con mujeres entre 14 y 70 años y profesionales de la salud sexual y reproductiva rural de la Región de Coquimbo.

¿Quiénes participaron?

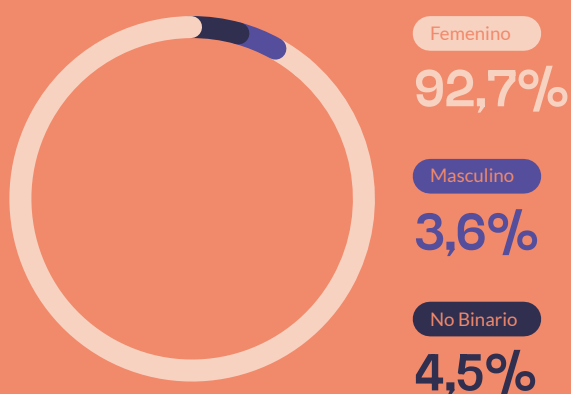
En el presente estudio participaron 111 mujeres que viven en la Región de Coquimbo, cuyas edades oscilan entre los 14 y 70 años, aunque las respuestas se concentran principalmente en los rangos de 18 a 29 años (41,4%) y los 30 a 44 años (28,8%). La mayoría de ellas viven en la provincia del Elqui (42%), Choapa (30%) y Limarí (28%). En términos generales, se identificaron dos perfiles de participantes:



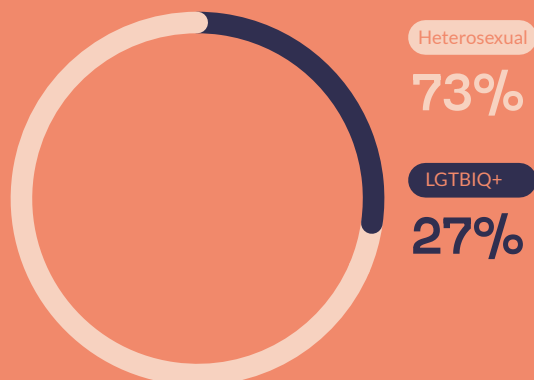
Caracterización muestra de la investigación

96,5% Respuestas válidas

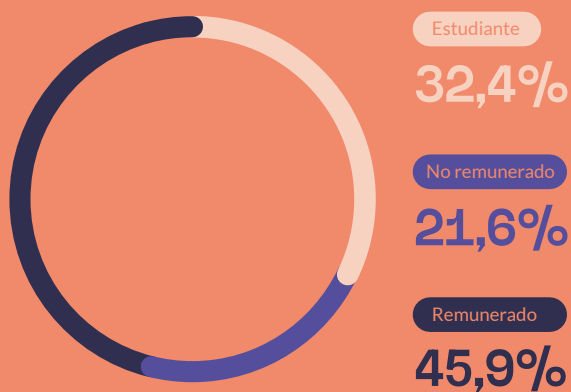
Género



Orientación sexual



Situación laboral



Distribución territorial

Provincia del Elqui

42,3%

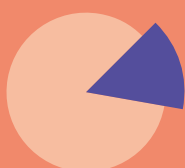
Provincia de Choapa

29,7%

Provincia de Limarí

27,9%

Pueblos originarios



15,3%

Pertenece a pueblos originarios

Hijxs



46,8%

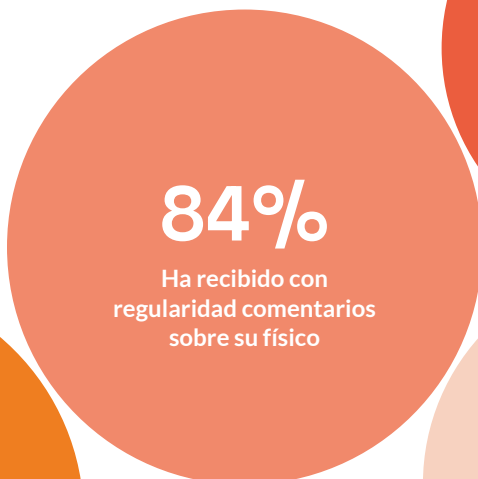
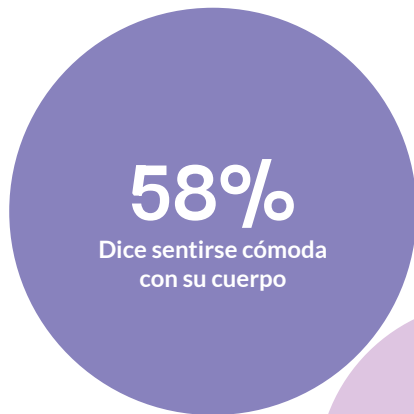
Tiene hijxs

Resultados

Autopercepción y experiencias en torno al cuerpo

El 58% de las encuestadas dice sentirse cómoda con su cuerpo versus un 42% que no. Sin embargo, un 84% señala que “se siente *acomplejada por su cuerpo*”. El 84% asegura recibir con regularidad comentarios de familiares o conocidos sobre su físico, 72% ha dejado de utilizar determinadas prendas de vestir debido a ello y un 66% dice haber sufrido acoso callejero.

Estos resultados permiten reflexionar sobre la relación entre la mirada que el entorno les devuelve a las mujeres y la propia percepción y valoración que tenemos sobre nosotras mismas. La vivencia sostenida de ser observadas, comentadas y/o transgredidas a propósito de la corporalidad influye en la relación que cada una establece con su cuerpo y esto también puede tener consecuencias en cómo nos relacionamos con nuestra propia salud. Cuán cómodas, confiadas y/o tranquilas nos sintamos con nuestro cuerpo podría influir en cuán “*dispuestas*” estamos a la hora de consultar por temas de salud sexual y/o reproductiva.





Asistencia a los servicios salud sexual y reproductiva: Motivos de consulta y experiencias de las usuarias

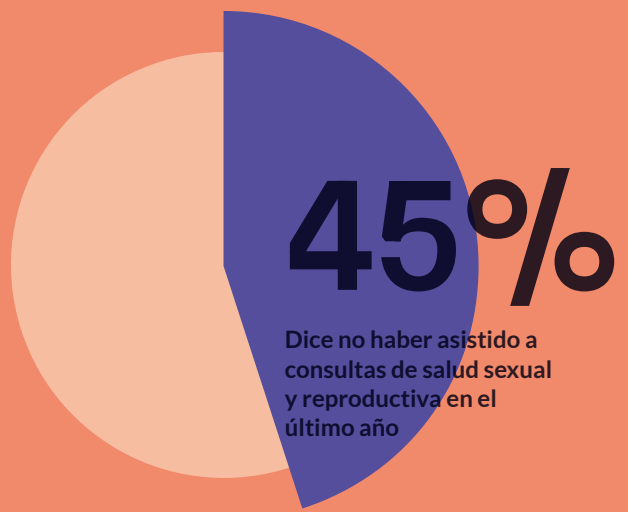
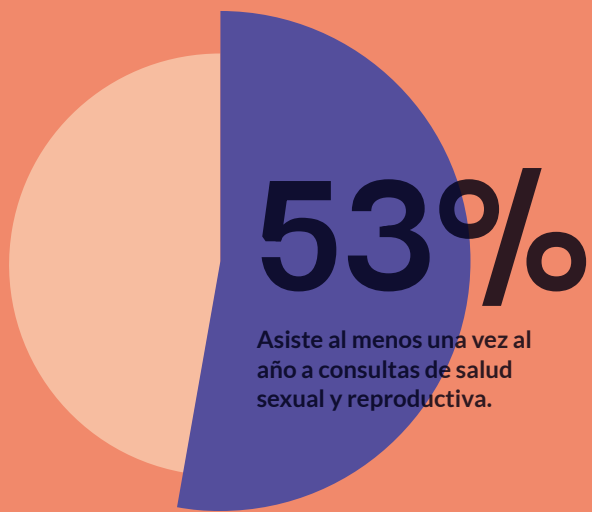
La mitad de las encuestadas asiste al menos una vez al año a consultas de salud sexual y reproductiva. Si bien las prestaciones de salud sexual y reproductiva en la actualidad son variadas, las razones de consulta se concentran principalmente en dos. El primer motivo es la consulta obstétrica, ginecológicas o de matronería. 1 de cada 2 mujeres busca estas prestaciones. El 93% de estas consultas se concentran en mujeres que tienen entre 18 y 44 años de edad y en su mayoría que residen en la provincia de Choapa y Elqui (38%) y, en menor medida, viven en la provincia de Limarí (24%). El segundo motivo de consulta más frecuente es el control de regulación de fertilidad. 1 de cada 4 mujeres busca esta atención, principalmente, aquellas entre 30 y 40 años de edad. El 60% de quienes acceden a estos servicios reside en la provincia de Elqui, seguido por la provincia de Choapa (27%) y, en menor medida, la provincia de Limarí (13%). Solamente el 3% de las mujeres busca consejería por infecciones de transmisión sexual, siendo las más jóvenes quienes lo hacen. Ninguna sobre los 30 años refirió consultar por estas materias.

Por otro lado, un 45% de las personas consultadas dice no haber asistido a consultas de salud sexual y reproductiva en el último año. Los dos grupos que menos consultan son las menores de edad y las mayores de 45 años. Destaca también que son las mujeres sin hijos quienes menos consultan.

Es preocupante que del total de mujeres que no

consulta, un 34% considera que no tiene razones para asistir. Los profesionales de salud sexual y reproductiva de zonas rurales de la Región de Coquimbo explican que este alto porcentaje de mujeres que no consultan puede relacionarse con la desinformación sobre las prestaciones disponibles en las postas rurales y desconocer que son gratuitas o a las dificultades prácticas para enterarse de las rondas y prestaciones de salud ofrecidas a través de grupos de whatsapp y/o juntas comunales. Por estas razones, las matronas creen necesario realizar campañas de salud enfocadas en las comunidades rurales y en sus problemáticas específicas para fortalecer el acceso a la información sobre los beneficios disponibles.

La provincia de Limarí se destaca por una baja asistencia a consultas ginecológicas/obstétricas y de regulación de fertilidad. Durante el comienzo de la pandemia, un 74% de mujeres de esa provincia afirmaron haber tenido dificultades para asistir a consultas de salud sexual y reproductiva por la escasez de transporte público disponible (67%). Frente a esto, una de cada dos personas camina a estos servicios de salud. En la provincia de Elqui y Choapa, la principal dificultad también es la escasez del transporte público, pero es en menor medida (50%), debido que en ambas provincias existe mayor variedad de transportes, como “colectivos amarillos” o autos particulares.



Razones por las que las mujeres asisten a consultas



1 de cada 2

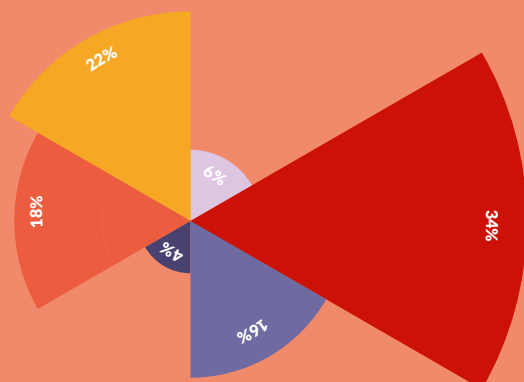
Busca consulta obstétrica, ginecológicas o de matronería.



1 de cada 4

Busca control de regulación de fertilidad.

Razones por las que las mujeres no asisten a consultas



- Costo del servicio
- Malas experiencia en consultas
- Vergüenza o miedo a asistir
- No hay transporte y/o queda muy lejos
- No tiene razones para asistir
- Prefiere no responder

Salud pública y salud privada

9 de cada 10 encuestadas acude al servicio público de salud en contraste con el servicio privado. Si bien la mayoría asiste a los servicios de salud urbanos, como hospitales y consultorios, aproximadamente el 26% recurre a las postas, visitas domiciliarias, atenciones telefónicas y/o rondas comunales de salud.

¿Quiénes se atienden en los servicios rurales?

Son las mujeres entre los 30 y 44 años (46%) y 18 a 29 años (38%) quienes recurren en su mayoría a las postas rurales: seis de cada diez son madres y más de la mitad vive en la provincia de Limarí. Sus principales motivos para consultar son para exámenes preventivos, como mamografías, papanicolau, ecografías y otros (39%), ginecológicas y de matronería (31%). Las prestaciones con menos solicitudes están relacionadas a ITS y VIH/SIDA (8%) y a climaterio (8%).

En cuanto a tiempos de movilización, un 39% de las encuestadas dice que el trayecto tiene una duración de 15 minutos y un 23% dice tardar entre 30 minutos y una hora al centro de atención. Los principales medios de transporte y desplazamiento son el caminar (54%) y el uso de minibús (39%). Entre las mayores dificultades de acceso percibidas, un 56% indica que no hay transporte público

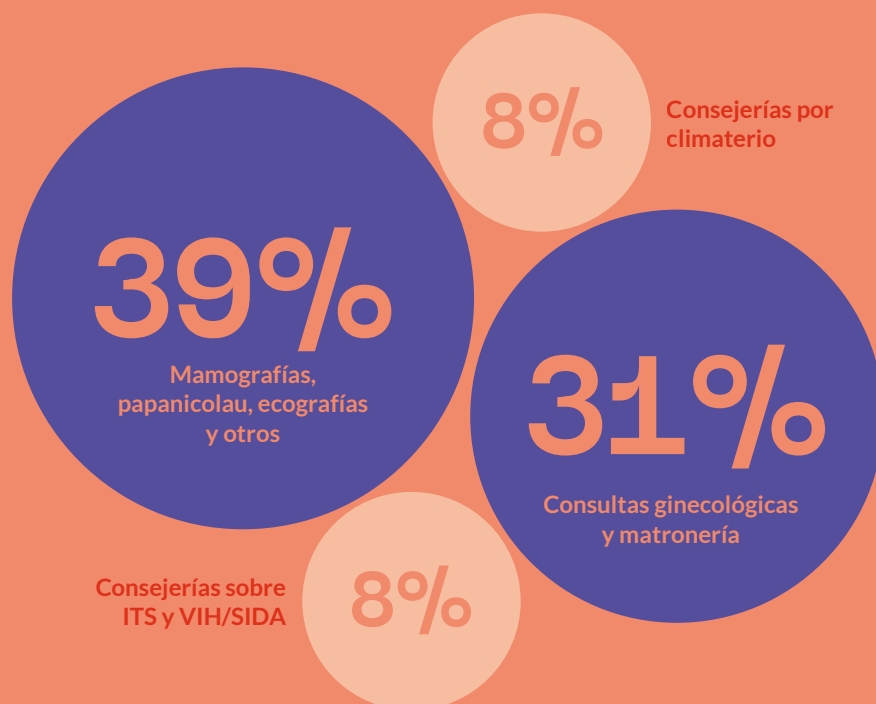
o es muy escaso. Y a un 22% le cuesta acceder debido a dificultades geográficas propias del trayecto (quebradas, canales, cerros que dificultan un acceso directo).

¿Quiénes se atienden en servicios urbanos?

Los servicios de salud urbanos, que están disponibles en la Región de Coquimbo, son los Centros de Salud Familiar (CESFAM), los Centros Comunitarios de Salud Familiar (CECOF), los Servicios de Atención Primaria de Urgencia (SAPU), hospitales y clínicas privadas. Son mujeres entre 18 y 29 años (42%) y de 30 a 44 años (39%) quienes más consultan. 4 de cada 10 vive en la provincia de Choapa. El principal motivo de consulta son las ginecológicas o de matronería (53%) y por regulación de fertilidad (29%), mientras que con menor frecuencia son las relacionadas a consejerías en ITS y VIH (2,6%). En general, el tiempo de desplazamiento es de 15 minutos (40%) o entre 15 y 30 minutos (45%), siendo el auto particular (37%) y el caminar (29%) los principales medios de transporte. El uso de minibús en zonas urbanas es considerablemente más bajo que en zonas rurales, correspondiendo solo a un 13%. Finalmente, la mayor dificultad de acceso, al igual que en zonas rurales, es la falta de transporte público con un 53% de las respuestas.



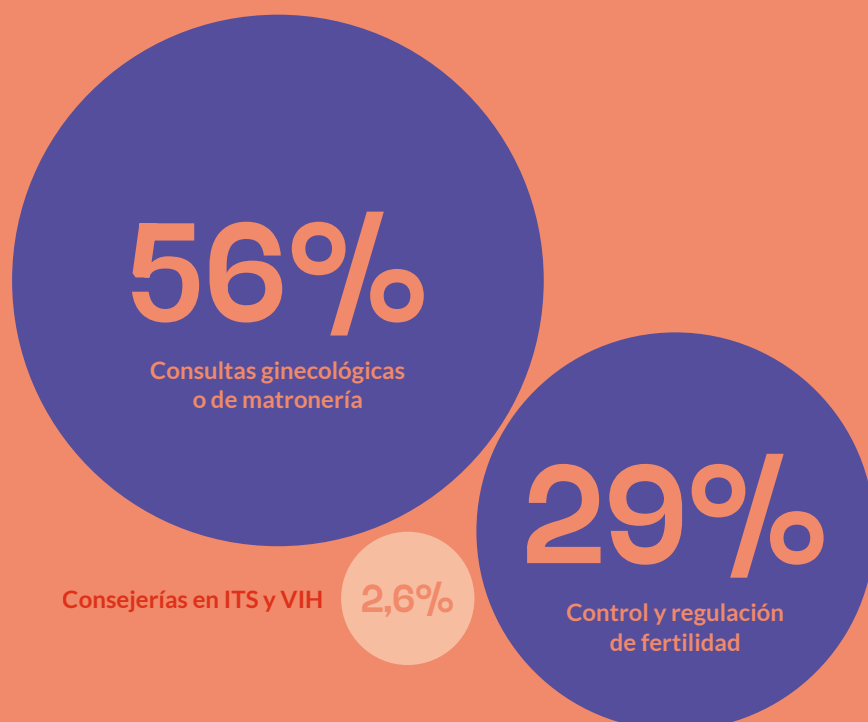
Motivos de consulta en servicios rurales



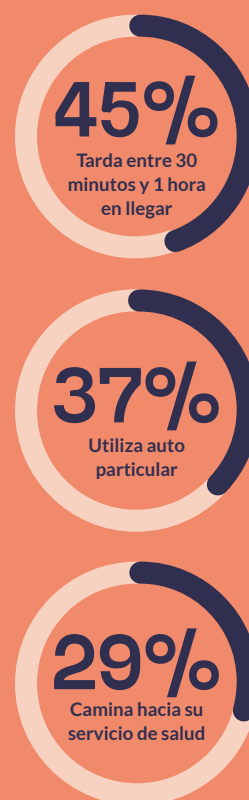
Transporte en servicios rurales



Motivos de consulta en servicios urbanos



Transporte en servicios urbanas



















Percepción de la atención recibida

En general, se observa que existe una buena percepción por parte de las usuarias del servicio recibido en los servicios urbanos y en las postas rurales de salud.

La principal diferencia es respecto a los implementos disponibles para las consultas. En zonas rurales, un 92% dice que su consulta cuenta con los implementos necesarios. Sin embargo, en las zonas urbanas solo un 84% de las personas lo considera así. Este hallazgo es interesante, pues los antecedentes refieren que los servicios de salud rurales tradicionalmente han contado con menos infraestructura y se han encontrado históricamente en peores condiciones. Sin embargo, es importante relevar que la percepción de las mu-

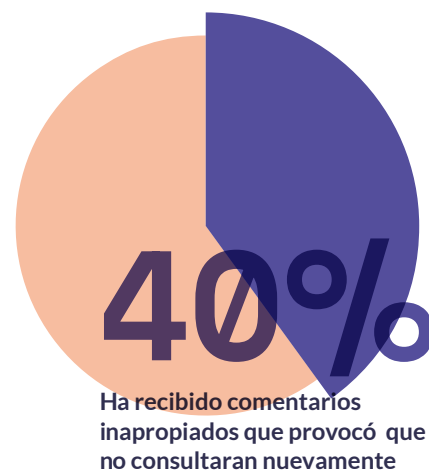
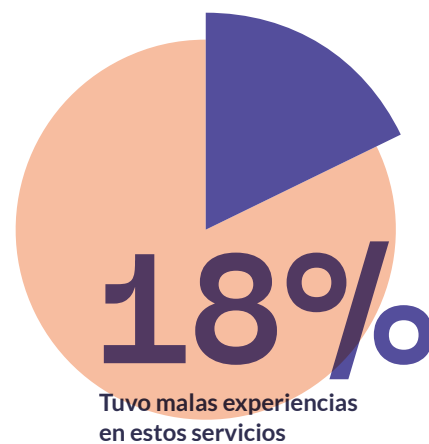
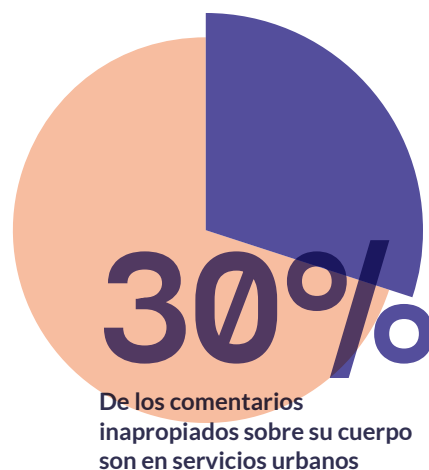
EVALUACIÓN DEL TRATO RECIBIDO EN SECTOR RURAL Y URBANO

CRITERIO	FRECUENCIA	ZONA RURAL	ZONA URBANA
Puntualidad en la hora del control	Regularmente	62% 	63% 
	A veces	38% 	37% 
Se facilita información ante procedimientos y dudas	Regularmente	85% 	89% 
	A veces	15% 	11% 
Se recibe un buen trato	Regularmente	85% 	84% 
	A veces	15% 	16% 
Se cuenta con los implementos necesarios	Regularmente	92% 	84% 
	A veces	8% 	16% 

eres encuestadas es positiva. Los criterios como puntualidad, acceso a información y trato en consulta presentan diferencias mínimas en términos de porcentaje.

La mayor satisfacción en el sector rural puede referirse a los esfuerzos realizados por profesionales de la salud, que desde una mirada feminista y con enfoque de género, han incentivado el empoderamiento de las mujeres a conocer sus cuerpos y entender su sexualidad de forma integral y respetuosa. En la misma línea, las matronas comentaron la importancia de fortalecer la comunicación, fortaleciendo los lazos entre la comunidad y profesionales de la salud, a través de actores sociales que ayudan con la difusión y comunicación de las rondas y/o prestaciones médicas en estas zonas que pueden presentar problemáticas particulares por factores geográficos y/o de carácter socioeconómico.

A su vez, respecto a los comentarios inapropiados sobre su cuerpo, estos son más frecuentes en los servicios urbanos (30%) que en las postas rurales (20%), siendo en su mayoría vividas por mujeres entre 18 y 29 años de edad. En la provincia de Choapa, un 30% de las entrevistadas dice haber recibido comentarios inapropiados, le siguen Elqui (17%) y Limarí (16%). Es importante tener en consideración los efectos que estas situaciones tienen en el comportamiento a futuro de las mujeres que lo viven. Así, del total de mujeres que en el último año no consultó a servicios de salud sexual y reproductiva, un 18% fue por haber tenido malas experiencias en estos servicios (tratos o comentarios inapropiados, haberse sentido incómoda, entre otros). Es en la provincia de Choapa donde más se observa este fenómeno: El 40% de las mujeres ha recibido comentarios inapropiados que provocó que no consultaran nuevamente.



Conclusiones

Esta investigación pretendió comprender las experiencias de las usuarias de la salud sexual y reproductiva en zonas rurales de la Región de Coquimbo, experiencias que muchas veces son ignoradas e invisibilizadas al momento de realizar políticas públicas o programas sociales. Aun así, nos damos cuenta que a pesar de las condiciones geográficas y la distancia que separa las zonas rurales y urbanas de la región, existe preocupación de parte de las mujeres por asistir a consultas de salud sexual y reproductiva, al menos, una vez al año. Es importante mencionar que optan (en su mayoría) por asistir a centros de salud urbanos en vez de rurales. Esto puede ser explicado por el desconocimiento de parte de las mujeres sobre las prestaciones y beneficios disponibles en las postas rurales.

Si bien en términos materiales las usuarias demandan mejoras en infraestructura, accesibilidad, prestaciones y equipamiento, la satisfacción del servicio es mayor en las zonas rurales, aun cuando se asiste mayormente a centros urbanos. Las razones de quienes no han asistido a servicios de salud sexual y reproductiva en el último año, se relacionan con haber sido víctimas de malos tratos y violencia en las consultas, falta de información sobre la importancia de una salud sexual y reproductiva, y la demanda insatisfecha que dejó la pandemia. La irrupción del COVID-19 provocó que las horas disponibles disminuyeran en hasta un 85% en algunas comunas. Por lo tanto, ha sido trabajo de las instituciones de salud, los gobiernos comunales y los profesionales reactivar e incentivar que las mujeres continúen con sus chequeos anuales.

El acceso pleno e integral a una salud sexual y reproductiva en zonas rurales continúa siendo una tarea pendiente en términos de cobertura y acce-

sibilidad. Es necesario aumentar el personal, pero también es urgente capacitarlos en la entrega de una atención integral y respetuosa acorde a las necesidades de las usuarias. Finalmente, esperamos que la mirada particular a la Región de Coquimbo sea un incentivo para reflexionar, visibilizar e incidir en la realidad ginecológica, reproductiva y sexual de las mujeres que viven en zonas rurales de nuestro país y, con ello, disminuir las brechas existentes en la salud considerando también una perspectiva de género.

Recomendaciones

Corporación Miles presenta las siguientes recomendaciones con el objeto de promover la salud sexual y reproductiva y fortalecer el funcionamiento de los servicios rurales de salud.

1. Promover la salud sexual y reproductiva desde las comunidades educativas

Las matronas entrevistadas proponen un modelo con un enfoque humano e integral del proceso de crecimiento, enfocado en tratar la fisionomía, comportamientos y bienestar integral de niños, niñas y adolescentes, a partir de la promoción de la Educación Sexual Integral. Es importante reconceptualizar el enfoque biomédico que suele predominar en los colegios, donde la sexualidad solo es abordada desde la prevención de ITS y de los embarazos adolescentes.

2. Transversalizar campañas de salud sexual y reproductiva y adoptar mecanismos coordinados de comunicación para alcanzar efectivamente a la comunidad rural

Una de las principales problemáticas identificadas por los profesionales de la salud rural


es la escasa comunicación que existe entre los servicios de salud, los agentes municipales y la sociedad civil. La comunidad rural presenta su propia realidad, por lo que es fundamental que las y los profesionales de la salud conozcan las problemáticas territoriales específicas y promocionar campañas de salud sexual y reproductiva tomando en cuenta esto.

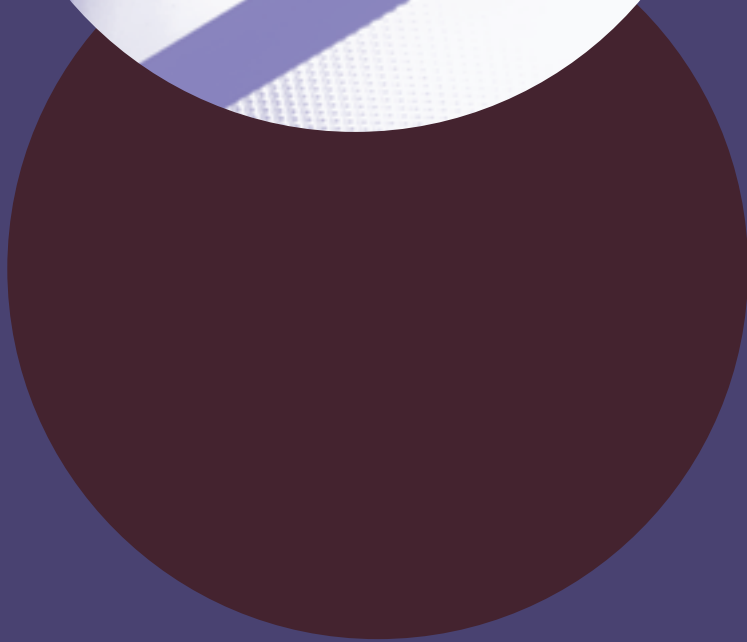
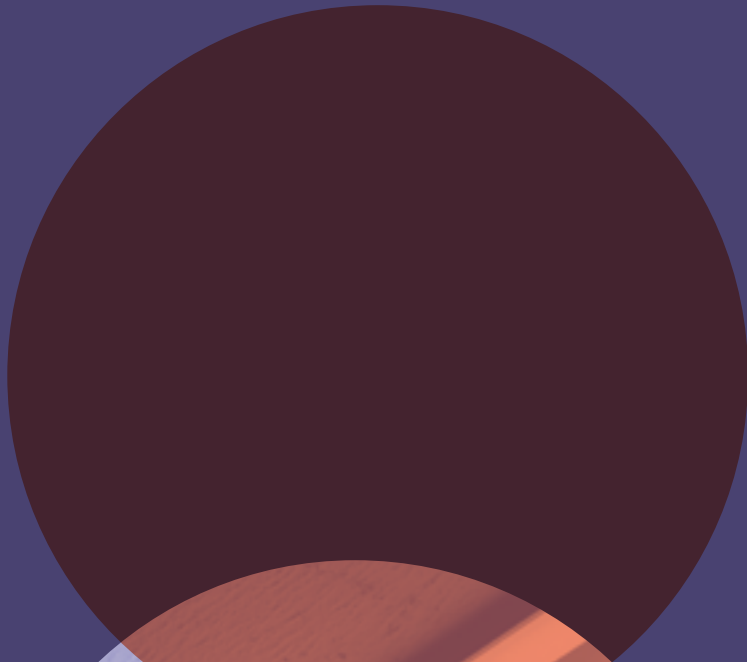
3. **Realizar campañas de sensibilización sobre prevención de infecciones de transmisión sexual dirigidas a población sobre 30 años.**
A partir de los resultados de la encuesta, hemos podido dar cuenta que hay un muy bajo porcentaje de mujeres sobre los 30 años que acuden a los servicios de salud en busca de tratamiento y/o consejería sobre las ITS. Es necesario eliminar los estigmas en torno a las ITS, y fortalecer el acceso de información sobre la importancia de la prevención y la realización de chequeos.
4. **Fomentar y/o garantizar la disponibilidad de transporte público hacia centros de salud**
3 de cada 10 mujeres reconocen que uno de los principales problemas que se enfrenta al momento de asistir a una consulta es no encontrar transporte. Esta problemática aumenta al analizar la realidad de cada provincia. Por ejemplo, en Limarí, siete de cada diez mujeres reconoce que el problema principal es la escasez de transporte público.
5. **Democratizar y promocionar el acceso a la información referente a los distintos servicios de salud sexual y reproductiva disponibles en las postas rurales**
Las matronas reconocen la importancia de mejorar el acceso a la información en las postas rurales para evitar malentendidos respecto a las prestaciones disponibles que provocan que las mujeres opten por consultorios urbanos al desconocer los beneficios disponibles en estas.
6. **Mejoramiento de infraestructura y fachada de postas rurales**
Con un 31% de respuestas, las encuestadas afirman necesario mejorar la infraestructura y fachada de las postas, disponer de mayor indumentaria e insumos para los procedimientos, como también contar con un mayor número de profesionales y agilizar la atención.
7. **Campañas y/o capacitaciones para erradicar prácticas inapropiadas y violencia ginecológica en consultas médicas**
Es urgente revisar la formación de las y los profesionales de salud que atienden en servicios de salud sexual y reproductiva, debiendo integrar perspectiva de género, como también un trato digno y respetuoso con las usuarias. Urge la erradicación de prácticas inapropiadas y violencia obstétrica y ginecológica para evitar experiencias traumáticas e incentivar futuras consultas de salud sexual y reproductiva en esos lugares.



5

**Mujeres en situación de
discapacidad: cuando
el acceso a derechos
reproductivos sigue
siendo un privilegio**







Miles más

Mujeres en situación de discapacidad: cuando el acceso a derechos reproductivos sigue siendo un privilegio

Este capítulo analiza la evidencia científica respecto al abordaje de los derechos reproductivos de las mujeres en situación de discapacidad y las barreras a las que se enfrentan.

Pía Rodríguez Garrido³⁷

Andrea Yupanqui Concha³⁸

³⁷ Pía Rodríguez-Garrido, Doctora en Enfermería y Salud. Magister en Salud Sexual y Reproductiva. Máster en Atención Sanitaria y Prácticas Colaborativas. Matrona. Investigadora Postdoctoral en el Instituto de Ciencias de la Salud, Universidad de O'Higgins, Chile. Investigadora Adjunta, Núcleo Milenio (Discapacidad y Ciudadanía-DISCA). Investigadora Grupo de Estudios: Mujeres, Salud y Ética. Universidad de Barcelona, España. Investigadora Laboratório de Estudos Sociais sobre o Nascimento (Nascerc.pt). Instituto Universitário de Lisboa, Portugal.

³⁸ Andrea Yupanqui-Concha, Doctora en Estudios Interdisciplinarios de Género. Magister en Educación. Licenciada en Ciencia de la Ocupación. Terapeuta Ocupacional, Profesora asociada e Investigadora del Departamento de Terapia Ocupacional, Universidad de Magallanes, Chile.

Introducción

Los derechos sexuales y reproductivos son derechos inherentes a todas las personas, sin distinción, y están relacionados con la libertad de decidir sobre la sexualidad y su ejercicio de manera libre.

La Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad³⁹ de Naciones Unidas (2006) fue el primer tratado de derechos

humanos en este ámbito. Este determinó que todas las personas en situación de discapacidad disfrutarían de todos los derechos humanos y libertades fundamentales sin discriminación alguna, estableciendo, además, el respeto irrestricto a los derechos sexuales y reproductivos de dicha población. Desde ese año en adelante, ha sido ratificada por diversos países⁴⁰.

³⁹ En este informe se usará indistintamente el concepto mujeres en situación de discapacidad y mujeres con discapacidad, entendiendo el término discapacidad como el resultado de la interacción entre personas con deficiencias en sus condiciones de salud (física, psíquica, intelectual, sensorial o múltiples) y barreras contextuales, actitudinales y ambientales que obstaculizan su participación plena, efectiva e igualitaria en la sociedad (Naciones Unidas, 2006).

⁴⁰ En agosto de 2021 contaba con 183 Estados partes.

La promoción de los derechos humanos es esencial para lograr la salud sexual y el bienestar sexual, y esta promoción depende de un entorno que afirme y promueva la privacidad, la autodeterminación, la no discriminación y el acceso a una información completa sobre la sexualidad y a una atención sanitaria sexual de calidad.

— Kismödi et al., 2017, p. 1

En su artículo 23, la Convención estableció el derecho de las mujeres con discapacidad a acceder oportunamente a educación sobre reproducción y planificación familiar, mantener su fertilidad, decidir libremente el número de hijos/as que quieren tener y el tiempo que debe transcurrir entre un nacimiento y otro.

El respeto y protección de los derechos sexuales y reproductivos es vital, particularmente, en mujeres y niñas con discapacidad, en tanto es una población que se ha visto sistemáticamente enfrentada a graves violaciones de los derechos humanos en la esfera de la salud sexual y reproductiva (Devandas, 2018).

La literatura especializada en la materia señala que las mujeres con discapacidad son percibidas socialmente como seres inferiores, indignas de procreación, excluidas, consideradas parte del estigma y la discriminación que enfrenta la población de mujeres marginadas (Patel, 2017). Asimismo, desde el activismo de mujeres con discapacidad se ha denunciado la existencia de una representación asexual, capacitista y no reproductiva sobre sus cuerpos, lo que sustenta un discurso infantilizador respecto de sus derechos sexuales y reproductivos (CIMUNIDIS & ANUSSAM, 2020; Fundación CERMI Mujeres & Foro Europeo de la Discapacidad, 2017).

Los cuerpos no normativos de las mujeres con discapacidad han sido vulnerados por el modelo biomédico hegemónico, el cual “predispone a los cuerpos disidentes como inhabilitados, como sujetos ignorantes de su condición y, además, como responsables unidimensionalmente de su situación” (Pino-Morán et al., 2021), denuncia ampliamente desplegada por los colectivos anti capacitistas, quienes atienden a erradicar el capacitismo en tanto:

Posición teórica, política, ética y cultural que niega, devalúa y desconoce la parcialidad de conocimientos y saberes que se producen a partir de experiencias corporales y sexuales no estándar o que se desarrollan con énfasis en sentidos sensoriales y/o emociones atípicas y no esperados en la ciencia moderna.

(Pino-Morán, Rodríguez-Garrido, & Lapierre, 2023, p. 3)

Desde el movimiento feminista de la discapacidad se ha denunciado el control histórico del modelo biomédico por sobre sus cuerpos como característica transversal de las mujeres con discapacidad (Viñuela, 2009). A su vez, desde el punto de vista de los derechos humanos, estas vulneraciones se distinguen por cometer una intromisión en los cuerpos de las mujeres y una violación a múltiples derechos humanos, incluyendo: el derecho a la integridad física, el igual reconocimiento como persona ante la ley, el derecho a la salud, el derecho a la información, el derecho a la privacidad, el derecho a decidir acerca del número de hijos/as y el espacio entre cada uno de ellos/as, el derecho de formar una familia, el derecho a no ser discriminada y el derecho de la autodeterminación sobre sus propios cuerpos (OHCHR et al., 2014).

La realidad internacional evidencia una serie de vulneraciones de derechos y obstáculos a los cuales se ven enfrentadas las mujeres con discapacidad en el ejercicio autónomo de sus derechos sexuales y reproductivos. Por ejemplo, a través de la violencia obstétrica (Naciones Unidas, 2019), la violencia sexual (De Beaudrap et al., 2022; Olofsson et al., 2015), la esterilización forzada (Serrato Calero et al., 2021; Yupanqui Concha & Ferrer Pérez, 2019), la inexistencia o escaso acceso a educación sexual de calidad (Roden et al., 2020), entre otras múltiples manifestaciones de violencia y discriminación.

A nivel nacional, el panorama es similar en cuanto a la expresión de vulneraciones en el ejercicio de la maternidad (Dehays et al., 2012, 2016), violencias en contextos de salud (Poblete et al., 2016; Rodríguez-Garrido, 2023; Yupanqui-Concha et al., 2021b, 2022), barreras de acceso a salud sexual y reproductiva (Hichins-Arismendi & Yupanqui-Concha, 2022), y el abandono de políticas públicas en estas materias (CIMUNIDIS & ANUSAM, 2020).

Problema de investigación

Derechos reproductivos de mujeres con discapacidad

Es sabido que los derechos sexuales y reproductivos tratan de una unidad indivisible el uno del otro. No obstante, para efectos del presente capítulo haremos énfasis en los “derechos reproductivos” con el propósito de indagar en el ámbito reproductivo de la población de mujeres con discapacidad. A modo de definición, los derechos reproductivos aluden al derecho de las personas:

A decidir libremente si reproducirse o no; decidir libremente el número y espaciamiento de los hijos, y tener la información y medios necesarios para ejercer dicha autonomía (...) el derecho a acceder a servicios de salud reproductiva, que comprenden el derecho a la atención obstétrica, el derecho al aborto, el derecho a acceder a la anti-concepción, el derecho a acceder a información sobre salud sexual y reproductiva y el derecho a estar libre de interferencias indebidas en la salud sexual y reproductiva. (Women’s Link Worldwide, 2017, p. 15)

Como ya se ha denunciado, los cuerpos de las mujeres con discapacidad han quedado olvidados, ocupando un lugar periférico dentro de la sociedad heteropatriarcal. Dimensionar esta invisibilización como violencia de género en las problemáticas de la discapacidad, constituye una forma de discapacitación hacia todas las mujeres (Pino-Morán & Rodríguez-Garrido, 2019, p. 10).

El predominio de falsas creencias y estereotipos de las mujeres con discapacidad demuestra cómo sus derechos reproductivos han sido precariamente estudiados y abordados por organismos institucionales y escasamente trabajados en la academia a nivel nacional e internacional. Si bien se han realizado investigaciones en países de altos ingresos, en menor medida, se han realizado en países geopolíticamente empobrecidos (Carew et al., 2017), mientras que a nivel global, siguen siendo insuficientes (Casebolt, 2020; Steuperaert & Michielsen, 2022).

Dados los antecedentes expuestos, el objetivo general de este estudio fue analizar la evidencia científica respecto al abordaje de los derechos reproductivos de las mujeres en situación de discapacidad.

Método

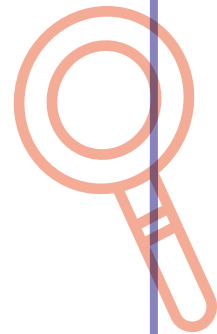
La revisión crítica o integradora de la literatura, es un proceso sistemático y riguroso que permite, además de realizar una exhaustiva búsqueda de la información, generar un análisis crítico de la evidencia encontrada (Whittemore et al., 2014; Whittemore & Knaf, 2005). Está compuesta por cinco etapas:

Identificación del problema

La realidad de las mujeres con discapacidad evidencia una serie de violencias, vulneraciones y discriminaciones. Por este motivo, surge la necesidad de analizar la evidencia científica respecto al abordaje de los derechos reproductivos de las mujeres en situación de discapacidad.

Búsqueda de la literatura

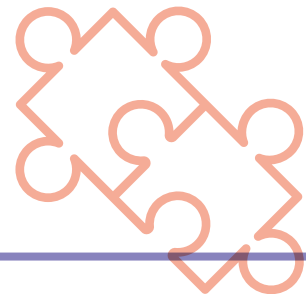
La búsqueda se realizó en cinco bases de datos: PubMed, Web of Science (WoS), Scopus, Scielo, Dialnet. Las combinaciones booleanas fueron: “Reproductive rights AND disability”, en inglés. Y “Derechos reproductivos AND discapacidad”, en español.



Evaluación de los datos

Los criterios de selección incluyeron: artículos publicados en los últimos diez años (2012-2022); de acceso abierto; escritos en inglés, español y portugués; que no estuviesen repetidos en las cinco bases de datos y cumplieran con el objetivo de estudio.

Análisis de los datos



El análisis de los artículos se llevó a cabo en tres momentos: a) se realizó una primera lectura de títulos y resúmenes; b) se realizó una segunda lectura que permitiera identificar el objetivo de estudio; c) posterior a la selección de los artículos finales, se realizó un análisis del contenido (Braun & Clarke, 2006), emergiendo cuatro dimensiones de análisis: **“evitar la reproducción a toda costa: sesgo eugenista”**; **“vulneración en la atención sanitaria”**; **“debates epistémicos en torno a la reproducción de mujeres con discapacidad”**; **“ejerciendo mis derechos reproductivos”**.

Resultados

De los 26 artículos seleccionados (ver Anexo), la mayor producción científica proviene de Estados Unidos con 6 artículos, Reino Unido con 4 y España con 3, le sigue Ghana y Brasil con 2. Por su parte, Escocia, Países Bajos, Zimbabue, Israel, Pakistán y Nepal cuentan con 1 respectivamente. Al igual que México, Puerto Rico y Chile.

Respecto al abordaje metodológico, 24 respondían a un diseño cualitativo y solo 2 a un diseño cuantitativo. Destacándose 15 trabajos empíricos cualitativos y 9 revisiones documentales/teóricas. Por último, todos fueron publicados en revistas internacionales en idiomas: inglés (18), portugués (2) y español (6).

Respecto al análisis del contenido, emergieron cuatro dimensiones de análisis, estas fueron:

1) Evitar la reproducción a toda costa: sesgo eugenista

El carácter eugenista descrito en los artículos de muestra la preocupación por ciertos sectores de evitar la maternidad de las mujeres con discapacidad a toda costa.

En ese marco, se espera que las mujeres se conviertan en madres como parte del curso “natural” de la vida. Sin embargo, cuando existe una situación de discapacidad este curso se ve alterado generando contradicciones respecto a la maternidad, ya que existe una percepción negativa asociada a la capacidad de crianza. El capacitismo reflejado, muestra a la maternidad como uno de los elementos centrales de las políticas “pronatalistas”, pero esto no es igual para todas las mujeres. Mientras que las mujeres que no desean ser madres son consideradas fuera de la norma, las mujeres con discapacidad que sí desean serlo no se consideran “aptas”

en términos biológicos y sociales para ejercer el rol (Rothler, 2017).

En ese sentido, atisbos eugenésicos durante la primera mitad del siglo XX se observó en países como Reino Unido, Escandinavia, Estados Unidos, Canadá y Australia, donde la institucionalización tuvo como característica la estricta segregación por sexo para evitar la reproducción de mujeres con discapacidad. Inclusive, en países como Dinamarca, Noruega, Finlandia y Suecia, se promulgaron leyes para evitar que las personas con discapacidad de aprendizaje contrajeran matrimonio (Ledger et al., 2016)

En ese sentido, una de las principales instituciones que a la fecha realiza prácticas eugenésicas hacia las mujeres con discapacidad, es la institucionalidad médica. Tal como señala el estudio de Andrea Yupanqui-Concha, Cristián Aranda-Farías y Victoria Ferrer-Pérez (2021a), existen una serie de intervenciones ampliamente condenadas por diversos organismos internacionales de derechos humanos, no obstante, continúan realizándose. Este es el caso de la esterilización forzada o involuntaria, intervención comprendida como forma de tortura y grave delito de violencia sexual que se realiza sin mayor escrutinio a mujeres con todo tipo de discapacidades. El camino a la no reproducción se inicia con la entrega de anticoncepción sin el consentimiento de las involucradas, para luego ir escalando hasta la esterilización involuntaria (Ladd-Taylor, 2014).

Tilley et al. (2012) añaden que el argumento del equipo de salud y las familias de las mujeres con discapacidad apela al temor de que sean abusadas, y producto de ello, quedar embarazadas sin abordar el problema de fondo. De acuerdo a las

autoras, existe un reconocimiento de la diferencia y la diversidad, ya que la maternidad solo se sanciona positivamente dentro de un modelo hegemónico del ser mujer. En ese caso, la representación social es distinta si la mujer es heterosexual, blanca, de clase media y sin discapacidad. Otro es el panorama cuando las mujeres no encarnan esa hegemonía.

Desde la experiencia de las protagonistas refieren que es habitual que no se les consulte su apreciación en la toma de decisiones respecto a su salud reproductiva, esto va desde el consentimiento para iniciar anticonceptivos hasta el deseo de ser madres. El panorama se complejiza en los casos de discapacidad intelectual. Tal como lo expresa Wiseman & Ferrie (2020) al señalar que, a pesar del reconocimiento mundial de las políticas de igualdad y de derechos humanos, las mujeres con discapacidad intelectual reconocen el poco impacto que ello ha tenido en sus vidas, sintiéndose desplazadas y ciudadanas de segunda categoría.

De acuerdo a Celia Prados García (2021), las prácticas que atenten contra los derechos reproductivos de las mujeres con discapacidad serán erradicadas únicamente cuando se garantice el consentimiento accesible y debidamente informado a las mujeres con discapacidad.

Sin duda que las mujeres con discapacidad enfrentan importantes desafíos producto de las actitudes negativas del entorno que reflejan un conocimiento inadecuado respecto a sus realidades y experiencias de vida. En países geopolíticamente empobrecidos el panorama es peor aún, ya que la pobreza, el patriarcado, la religión, la ruralidad, la escasez de servicios básicos, se transforman en reales barreras para el acceso oportuno y de calidad en materia de salud reproductiva (Devkota, Kett & Groce 2019).

2) Vulneración en la atención sanitaria

Tal como se mencionaba, las principales discriminaciones y violencias que experimentan las mujeres con discapacidad respecto a su salud reproductiva se viven al interior de las instituciones de salud.

Agaronnik et al. (2020) lo señalan en su estudio cuando describen que los médicos expresan desafíos generales para comunicarse con personas usuarias con discapacidad intelectual. Es más, eligen interactuar con los/as cuidadores y/o familiares para hacer el esfuerzo mínimo de comunicarse directamente con ellas. Señalan que esto se acompaña a la escasa información que existe sobre salud reproductiva para mujeres y hombres con discapacidad, por ende, al momento de verse enfrentados a esa situación prefieren evitarla o no poner tanto esfuerzo en ello. Lo mismo sucede cuando deben realizar exámenes físicos de rutina o preventivos (PAP, VIH/Sida, entre otros), los evitan, los informan a los cuidadores o familiares o, bien, efectúan el procedimiento sin informar a nadie.

Esta situación tiene directa relación, según Horner-Jhonson et al. (2021), con la historia de la atención de la salud reproductiva de las personas con discapacidad al alero del movimiento eugenésico de principios del siglo XX. Los eugenistas creían que permitir que los individuos “débiles” o “anormales” se reprodujeran, debilitaría el acervo genético. De esta manera, el legado eugenésico presente en el discurso médico actual, entiende que las mujeres con discapacidad no deben o no pueden reproducirse. La representación infantilizada, asexual, o la creencia que no son aptas para ser madres y por ende, no aptas para ser cuidadoras, rodean el imaginario social de las mujeres con discapacidad y se replican en los espacios de injerencia pública y política como las instituciones de salud, educación, entre otras.

En ese sentido, Mitra et al. (2016) señalan la insatisfacción que expresan las mujeres con discapacidad física respecto a la atención médica en materia de salud reproductiva. Destacan las actitudes negativas por parte de los médicos, el difícil acceso físico a las instalaciones y a equipos de atención médica, y la escasa información relacionada con el embarazo y el postparto. En sintonía con lo señalado, Bassoumah & Mohammed (2020) concuerdan en que las mujeres con discapacidad se enfrentan a mayores desafíos en la atención sanitaria, sobre todo, por el estigma, la discriminación, la opresión y el abuso que les rodea. Añaden, de acuerdo a sus hallazgos, que las creencias y percepciones socioculturales sobre la discapacidad influyeron en la forma en que los profesionales de la salud se relacionaron con las mujeres con discapacidad, dando como resultado una atención materna deficiente y sesgada.

A lo anterior, María del Pilar Cruz Pérez (2014) añade que las normas sociales y las percepciones de insuficiencia o incapacidad, impiden que las personas con discapacidad tengan acceso y uso justo de los servicios de salud reproductiva. En esa línea, Mahmood, Hameed & Siddiqi (2022) indican que las mujeres con discapacidad fueron particularmente discriminadas en la atención sanitaria en tanto se les negó el uso de anticonceptivos y opciones de planificación familiar, así mismo tuvieron gestaciones mal controladas, a raíz de lo cual concluyen que las mujeres con discapacidad tienen un mayor riesgo de desarrollar complicaciones relacionadas con la gestación y el parto (bajo peso al nacer, partos prematuros y parto quirúrgicos).

Sobre esto, Silvers, Francis & Badesch (2016) añaden que la cesárea y la inducción del parto pueden ocurrir con mayor frecuencia en mujeres con discapacidad, incluso en ausencia de indicadores médicos estándar, por ejemplo, al pensar que

la discapacidad de la madre pueda ser genética o transmitida a su bebé.

Frente a lo expuesto, Alhusen et al. (2021) manifiestan la necesidad de generar intervenciones en salud reproductiva sensibles a la población con discapacidad, reformas y adecuación de las normativas técnicas sanitarias, mejoras en el acceso a los servicios de planificación familiar y en la estructura física de las instituciones de salud con acceso universal. Del mismo modo, Santos et al. (2019) enfatizan en la necesidad de capacitar a los proveedores y equipos de salud bajo perspectivas de derecho, de género e inclusiva, que permitan otorgar una atención digna, de calidad y basada en conocimientos y no en prejuicios o estereotipos.

3) Debates epistémicos en torno a la reproducción de mujeres con discapacidad

Existen diversas posturas epistémicas que rodean la reproducción de las mujeres con discapacidad. Estas van desde propuestas antinatalistas y eugenésicas, otras que resguardan y promueven los derechos reproductivos, a otras que critican el deseo de la reproducción como fin último en tanto replica el estereotipo de género asociado a las mujeres y la maternidad.

En ese sentido, Paul van Trigt (2020) recoge en su análisis la preocupación del derecho a la reproducción descrito en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Expone que ese derecho estaba por lejos de ser evidente. Concluye que la trayectoria del derecho de las personas con discapacidad a fundar una familia surge en el marco de un cambio en la década del 90 desde un enfoque situado en la política social a uno de derechos humanos hacia la discapacidad. En el caso de los derechos reproductivos, este cambio significó que el énfasis se puso en proporcionar una protección legal al individuo contra la

indiferencia de otros, más que en mejorar las oportunidades para que las personas con discapacidad ejercieran su derecho. Esta cuestión explicaría, en parte, la falta de medidas concretas que den bajada a los derechos reproductivos y su aplicabilidad.

Por su parte, Camillia Kong (2019) suscita el debate en torno a la construcción de la agencia reproductiva en los casos de discapacidad intelectual. La autora señala que las mujeres con discapacidad intelectual ejercen y expresan su agencia de manera que se adhieren o consienten las normas sociales opresivas: o sus opciones inhabilitan su agencia a largo plazo o son el resultado de influencias coercitivas de la familia. Esto plantea una importante pregunta: ¿cómo se otorga sentido a la agencia de las mujeres ante esas circunstancias?. La respuesta es especialmente compleja, ya que la lógica normativa del feminismo equipara la agencia de las mujeres con la resistencia a las normas patriarcales, mientras que el modelo social de la discapacidad se centra en la acción política individual y colectiva que desafía el trato desigual, discriminatorio y opresivo de las personas con discapacidad. La autora propone el concepto de “triple vínculo”, esto significa atender a las capas adicionales de opresión –en tanto mujer con discapacidad– y la supuesta falta de agencia que caracteriza a las mujeres con discapacidad intelectual, principalmente, por el escepticismo de su propia capacidad cognitiva, lo cual significaría que no pueden actuar intencionalmente de manera que se adhieran o resistan a las normas sociales hegemónicas en torno al género y la discapacidad. Por tanto, su agencia está socavada, invalidada o mal entendida.

Similar apreciación señala Helena Pérez de la Merced (2017) respecto a la maternidad. La autora menciona la especial dificultad de las mujeres con discapacidad para encajar en el modelo de feminidad hegemónica ante el rol de la materni-

dad. Resume que los mitos que le rodean a esta representación: son la asexualidad, la incapacidad para ser cuidadoras principales de sus hijos/as, el traspaso de la discapacidad a sus hijos/as, y la creencia que los hijos/as de madres con discapacidad tienen dificultades psicoemocionales. Para subvertir a este análisis determinista, propone un enfoque interseccional que permita dilucidar el carácter agenciador y de derecho de las mujeres con discapacidad.

Otro debate que emerge en torno a la reproducción de mujeres con discapacidad tiene relación con los mecanismos de intervención para “corregir, mejorar o prevenir” defectos genéticos. En su estudio, Felicity K. Boardman (2014) alude a los cuestionamientos de los defensores de los derechos de las personas con discapacidad respecto a las prácticas de detección y pruebas prenatales (y la subsiguiente oferta de interrupción selectiva de gestaciones cuando se detectan diferencias genéticas) sobre la base de que no solo expresan una valoración negativa del feto, sino también, de las vidas de las personas con discapacidad. Enfatiza en que la interrupción selectiva de una gestación se considera objetable sobre la base de que el rasgo particular –como la discapacidad– llega a representar a todo el feto, haciendo inmaterial la complejidad de todos sus otros rasgos y subjetividad.

Similar análisis realiza Soledad Arnau Ripollés (2012), conocida activista feminista con discapacidad, quien señala que el debate no es “aborto sí, aborto no”, sino más bien, “no al aborto eugenésico”, esto con el propósito de “garantizar el derecho a la vida y a vivir dignamente, para las personas con diversidad funcional⁴¹ y aquellas que forman parte de su entorno habitual” (p.213). Asimismo, añade que el aborto eugenésico es una clara ma-

⁴¹ Neologismo europeo para referirse a las personas con discapacidad.

nifestación del infravalor que algunas vidas humanas tienen en la sociedad, en este caso, por razón de su discapacidad.

4) Ejerciendo mis derechos reproductivos

Una de las características fundamentales a resaltar en el análisis es la voluntad por parte de las mujeres con discapacidad de perturbar la representación social que rodea el ejercicio de sus derechos reproductivos. La perturbación implica remover el statu quo respecto a la discapacidad, colectivizar sus demandas y malestares, así como intervenir políticamente en espacios de normatividad (instituciones, organizaciones, etc.).

Christine Peta (2017) señala que las mujeres con discapacidad a menudo experimentan desafíos que les impiden gozar plenamente de sus derechos y salud reproductiva. No obstante, releva el rol activo de las mujeres quienes ante las vulneraciones del sistema y del entorno, han podido ejercer y sobrellevar sus maternidades a cuestas. La autora añade la necesidad de levantar información que provenga de las propias protagonistas, aludiendo a la escasez de espacios que permitan conocer sus experiencias.

Por su parte, Ganle, Ofori & Dery (2021) relevan la importancia de generar intervenciones en donde las mujeres con discapacidad tengan un rol protagónico en su desarrollo. De este modo, los autores proponen tres instancias interrelacionadas de participación que van desde: el desarrollo de capacidades en la prestación de servicios e información sobre derechos sexuales y reproductivos centrados en la discapacidad para el equipo médico; el apoyo para que las personas con discapacidad accedan a una infraestructura de atención de salud digna; y educación y provisión de información colectiva e individual sobre derechos sexuales y reproductivos a la comunidad.

Otra arista importante en el ejercicio de derechos, tiene relación con lo señalado por Carvalho & Brito (2016) quienes destacan el rol que cumple la red de apoyo y el entorno, respecto a la salud reproductiva de las mujeres con discapacidad. Las autoras, a través del discurso de las entrevistadas (mujeres con discapacidad física), describen la importancia del apoyo de la pareja y de los familiares durante momentos tan fundamentales como la gestación y el puerperio. Señalan así que “el significado de la red de apoyo se construye ante el hecho de convertirse en madres y se hace real a la luz de sus experiencias” (p. 7). Otro factor relevante de la red de apoyo se observó entre las propias mujeres con discapacidad y sus pares. Este escenario de colectividad les permitió interactuar e intercambiar experiencias que inciden positivamente en el significado social construido en torno a la maternidad.

Por último, Yolanda Rodríguez León (2013) en sintonía con otros autores/as antes mencionados, señala que los derechos reproductivos de las mujeres con discapacidad han sido históricamente ignorados. No obstante, esto no tan solo se refleja en los prejuicios antes descritos, sino también en la omisión epistémica que ha tenido el colectivo en los espacios de toma de decisiones. En ese sentido, su participación en espacios de inherencia política o de desarrollo de esta, no ha contado con la participación de mujeres con discapacidad. Anecdóticos son los casos de países en donde un ministro, secretario, senador o diputado tiene discapacidad, en cambio las mujeres con discapacidad siguen sin ser consideradas en estos escenarios. Su incorporación no implica necesariamente que se prioricen los derechos sexuales y reproductivos, pero sí permite generar las mínimas condiciones de trabajo y acuerdos a mediano y largo plazo, en tanto es fundamental para el debate la incorporación de mujeres con discapacidad como expertas por experiencia.



Recomendaciones

Las recomendaciones de este informe se construyeron en base a diversos elementos de análisis y problematización de los derechos reproductivos de las mujeres con discapacidad a nivel nacional e internacional. Particularmente, se consideraron las demandas históricas de colectivos reivindicativos de mujeres con discapacidad; resultados de investigaciones previas y las aquí analizadas; debates epistémicos emanados de instancias políticas y de la sociedad civil, así como de la experiencia de las autoras del presente informe y su trabajo en torno a los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres con discapacidad.

De este modo, las recomendaciones se orientan en cinco ámbitos fundamentales de abordar e incorporar en el debate público y político.

1. Educación Sexual Integral

Las niñas, jóvenes, mujeres y mujeres mayores con discapacidad tienen menos probabilidades de recibir educación sexual, en comparación con personas sin discapacidad, situación que limita y obstaculiza el acceso a conocimientos básicos respecto a estos temas.

La educación sexual integral se debe añadir al plan de estudio en todos los niveles educativos, inclusive en las modalidades de Programas de Integración Escolar (PIE). En ese sentido, la educación en salud reproductiva debe ser abordada desde un enfoque de género, de derechos humanos, inclusiva, contar con ajustes razonables y estar basada en el diseño universal de aprendizaje, considerando un lenguaje y estrategias apropiadas a las necesidades de cada persona, y estar disponible en múltiples medios y formatos para garantizar su acceso y comprensión.

Los equipos profesionales, técnicos y administrativos vinculados al trabajo con niñas, jóvenes, mujeres y mujeres mayores con discapacidad, deben estar formados e informados en discapacidad, así también, instruidos en la relevancia de la educación sexual integral para incluir a la heterogeneidad de mujeres en situación de discapacidad, sin sesgos ni prejuicios.

2. Eliminar la violencia contra las mujeres con discapacidad

Se requiere una revisión y concientización respecto de las malas prácticas en espacios de directa vinculación e injerencia institucional hacia las mujeres con discapacidad. Específicamente, urge una revisión al interior de los equipos de salud y de protección infantil. Las prácticas de tortura, trato cruel, inhumano y degradante deben ser extinguidas de las atenciones en espacios sanitarios, educativos y sociales.

Los procedimientos tales como el consentimiento informado deben estar en sintonía con las propuestas del modelo social de la discapacidad, perspectiva de género y de derechos humanos. Todos enfoques incorporados en orientaciones técnicas y normativas emanadas de la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, ratificada por los Estados miembros (Naciones Unidas, 2006), incluyendo Chile. A partir de ello, y como mecanismo de prevención de violencias y sus diversas manifestaciones, resulta fundamental insistir en el reconocimiento de los derechos humanos de las mujeres con discapacidad, así como en sus estrategias preventivas y reparatorias.

3. Transformar las barreras actitudinales de la comunidad

Las campañas de educación hacia la comunidad deben ir en esta línea para avanzar y derribar barreras actitudinales hacia las mujeres con discapacidad. Estas políticas deben considerar la formación de todos los profesionales, personal técnico y administrativo vinculados en la atención de personas con discapacidad, sobre todo a nivel institucional, incorporando en ello el modelo social de la discapacidad, la perspectiva de género y de derechos humanos, que promuevan el respeto por la diversidad, con el propósito de extinguir actitudes, creencias y estereotipos negativos que desnaturalicen la violencia y eliminación de prácticas vulneradoras de derechos humanos. Deben estar informados sobre las necesidades específicas de las mujeres con discapacidad y los factores que influyen en su salud reproductiva.

En los centros de atención debe haber disponibilidad y acceso a intérpretes en lengua de señas, tal como lo estipula la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. El equipo de profesionales, personal técnico y administrativos deben promover la comunicación inclusiva sin sesgos ni prejuicios con sus usuarias, respetando su intimidad y resguardando su derecho a la confidencialidad (sin la presencia de familiares ni terceras personas en el caso que ellas lo deseen).

4. Acceso a políticas y programas en salud sexual y reproductiva

Es urgente implementar estrategias y programas de salud desde una perspectiva articulada e interseccional, que reconozcan y valoren la pluralidad, diversidad y heterogeneidad del

colectivo de mujeres con discapacidad. De esta manera, podrán dignificar y garantizar los derechos sexuales y reproductivos de la población, fomentando su autodeterminación, desde el enfoque de derechos humanos. Deben crearse y aplicarse políticas que incluyan de manera efectiva a las mujeres con discapacidad en los servicios de salud reproductiva. Este trabajo debe llevarse a cabo estableciendo potentes asociaciones entre los distintos sectores involucrados: organizaciones de la sociedad civil de la discapacidad, investigadores/as, representantes de la institucionalidad, tomadores de decisiones y profesionales.

5. Investigación comprometida con las brechas sociales de las mujeres con discapacidad

Investigar sobre la salud sexual y reproductiva de la población mundial de personas con discapacidad debiese ser una preocupación urgente e imperante. Para ello, es necesario continuar profundizando en conocimientos sobre la salud sexual y reproductiva de mujeres que experimentan todo tipo de discapacidades, de manera interseccional y situada. Esta generación de conocimiento debe considerar elementos del método feminista de investigación, que permita obtener conocimiento desde las propias experiencias de las mujeres y los colectivos, creando herramientas menos opresivas y más liberadoras.

Dada la escasa disponibilidad de datos, es necesario seguir investigando para explicitar con más detalle las dificultades que experimentan tanto los equipos de profesionales, técnicos y administrativos que se vinculan en la atención de personas con discapacidad, como de las mismas mujeres respecto de estos servicios. Así también, las estadísti-

cas nacionales sobre discapacidad deben ser actualizadas e incluir otras variables, tales como índices de salud sexual y reproductiva, violencias contra mujeres, ruralidad, diversidad sexo genérica, parentalidad, entre otras.

6. Trabajo articulado con los movimientos sociales de la discapacidad

El trabajo mancomunado con personas y activistas de la discapacidad es fundamental y necesario. Es preciso que las decisiones que afectan al colectivo se tomen considerando sus experiencias, trayectorias de vida, vicisitudes y demandas.

En ese sentido, una de las principales críticas que las personas con discapacidad manifiestan tiene relación con la escasa o nula inherencia en la toma de decisiones políticas que les atañen directamente. Por ello, resulta imperante generar mesas de diálogo, espacios participativos e instancias colaborativas –bajo el modelo de acceso universal–, así como la incorporación de personas con discapacidad en puestos de directa implicancia ante la toma de decisiones en salud, educación, vivienda (esto es fundamental, ya que la inserción laboral se ha instalado políticamente como cuoteos), debates ampliados con plena participación del colectivo, e incorporación de sus demandas en los movimientos reivindicativos de mujeres y disidencias sexo genéricas.







Palabras finales

**Anexos y
bibliografía**



Palabras finales

En Corporación Miles, hemos apostado desde nuestros inicios por la creación de argumentos basados en evidencia científica. La investigación es fundamental para fortalecer conocimientos y crear nuevas narrativas en torno a los derechos sexuales y reproductivos.

Esto se hace ineludible, debido a la escasez de información fidedigna y con pertinencia cultural en torno a la salud de la mujer. La falta de información es un caldo de cultivo para sesgos e interpretaciones restringidas y ahí es, precisamente, desde donde queremos situarnos. El acceso a la información es la llave que permite ejercer plenamente los derechos sexuales y reproductivos. Sin información, no existe acceso ni mucho menos exigibilidad.

El acceso a la información oportuna y veraz es la representación más básica de ‘ceder poder’. El poder es lo único que permitirá grandes transformaciones y un cambio de paradigma para alcanzar la tan anhelada equidad de género.

Este año tenemos como gran desafío desmitificar e impulsar la agenda en torno a los derechos sexuales y reproductivos. No podemos permitir que grupos conservadores y negacionistas de los derechos de las mujeres sigan avanzando en nuestro país. La articulación de mujeres en pro de nuestros derechos en Chile data desde 1935, abracemos esa lucha histórica, creemos nuevas narrativas y generemos más información para no retroceder.

Este informe está dirigido a los tomadores de decisiones, siendo un insumo para el conocimiento de tópicos tan relevantes, como el acceso a la interrupción voluntaria del embarazo y a la salud sexual y reproductiva en sectores específicos de nuestro país. Está dirigido a las y los activistas, que verán aquí un insumo para la creación y alimentación de sus argumentos. Pero, principalmente, está

dirigido a las personas que anhelan tomar decisiones asertivas para diseñar sus proyectos de vida.

Quisiera agradecer a las investigadoras y al equipo de comunicaciones que participaron en este informe; a nuestras pasantes que sin su apoyo no sería posible el alcance que hemos logrado tener con nuestros estudios. A quienes participaron de la campaña Miles +, que refrescan cada año nuestros informes y nos permiten acercar sus investigaciones con nuestro público. También quisiéramos agradecer a todas las organizaciones nacionales e internacionales de quienes recibimos apoyo y mantenemos activas nuestras alianzas, y que nos permiten mantener un equipo permanente que ha podido desplegar toda su creatividad. Y, especialmente, a Ipas LAC, con quienes mantenemos una alianza estratégica hace muchos años: Gracias por confiar en nosotras, nutrirnos de conocimientos y permitirnos crear nuevas realidades.



Javiera Canales Aguilera
Directora Ejecutiva de Corporación Miles

Caracterización del usuario/a FONASA⁴²

DISTRIBUCIÓN POBLACIÓN NACIONAL POR SISTEMA PREVISIONAL DE SALUD INSCRITO:

Sistema previsional de salud	% del total
Isapre	17%
Otro	6%
FONASA	77%
Población FONASA inscrita en un establecimiento APS	78%
Población FONASA no inscrita en un establecimiento APS	22%

PORCENTAJE DE INSCRITOS POR GÉNERO

Género	% del total
Mujer	89,5%
Hombre	85%

PORCENTAJE INSCRITOS POR EDAD

Edad	% del total
0-1 años	66%
5-19 años	93%
20-25 años	82%
80-94	93%
99+	55%

Desde los 20 años en adelante se hacen notorias las diferencias de inscripciones por género, donde mujeres se inscriben más que hombres.

⁴² Datos extraídos de FONASA: Informe CDD (2020) y Cuenta Pública Participativa (2022).

PORCENTAJE INSCRITOS POR REGIÓN

Región	% del total
Arica y Parinacota	90,1%
Tarapacá	92,9%
Antofagasta	76,6%
Atacama	88%
Coquimbo	87,6%
Valparaíso	88,9%
Metropolitana	88,6%
O'Higgins	86,4%
Maule	93,9%
Ñuble	89,5%
Biobío	91,5%
La Araucanía	92,4%
Los Ríos	96%
Los Lagos	91,4%
Aysén	82,2%
Magallanes	88,5%

SEGÚN SITUACIÓN LABORAL

Situación laboral	% del total
Trabajador dependiente	85%
Trabajador independiente	81%
Pensionado	92%
Carente de recursos	92%

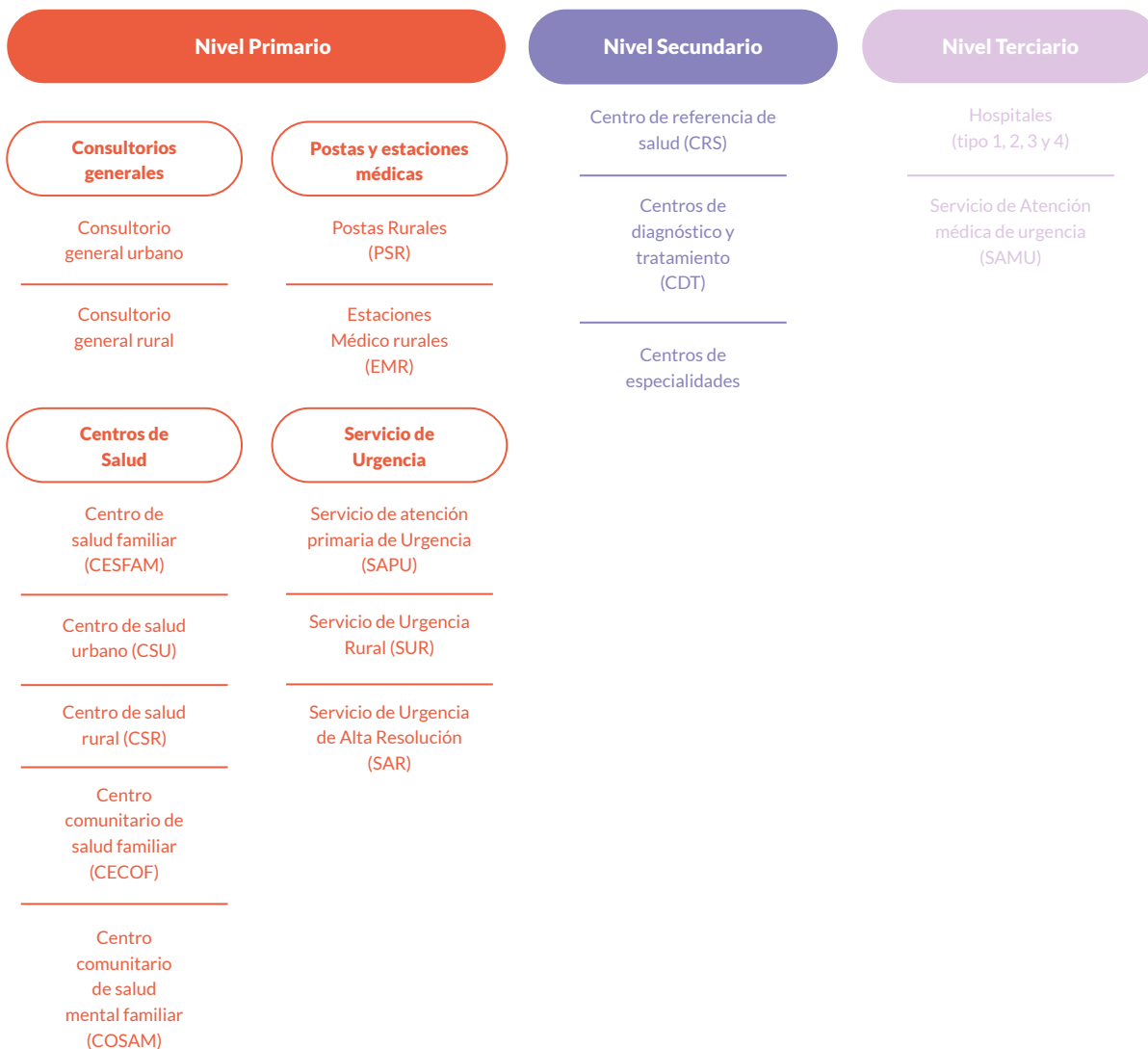
INSCRITOS POR TRAMO DE FONASA

Tramo	% del total
Tramo A	20%
Tramo B	39%
Tramo C	16%
Tramo D	25%

INSCRITOS SEGÚN CLASIFICACIÓN SOCIOECONÓMICA

Tramo	% del total
Tramo 1 (menor ingresos)	94%
Tramo 2	93%
Tramo 3	93%
Tramo 4	92%
Tramo 5	90%
Tramo 6	87%
Tramo 7 (mayor ingresos)	82%

Red Asistencial de Salud en Chile ⁴³



⁴³ MINSAL. (2022). Establecimientos de Salud.

ARTÍCULOS SELECCIONADOS										
Base de datos	Combinación booleana	Revista	Año	Autoría	País del artículo	Título del artículo	Objetivos	Diseño metodológico	Conclusión	Idioma original
	Dimensión de análisis									
WoS	Reproductive rights AND disability Vulneración en la atención sanitaria	Journal of Intellectual & Developmental Disability	2020	Nicole Agaronnik, Elizabeth Pendo, Tara Lagu, Christene Dejong, Aixa Perez-Caraballo, Lisa I. Lezzoni	Estados Unidos	Garantizar los derechos reproductivos de las mujeres con discapacidad intelectual.	Explorar las percepciones del cuidado de las personas con discapacidad, incluidas las personas con discapacidad intelectual.	Estudio cualitativo con entrevistas y focus group	En nuestra muestra de médicos, encontramos actitudes que podrían comprometer la atención reproductiva para las mujeres con discapacidad intelectual, lo que sugiere que siguen existiendo brechas para garantizar los derechos reproductivos de las mujeres con discapacidad intelectual.	Inglés
WoS	Reproductive rights AND disability Debates epistémicos en torno a la reproducción de mujeres con discapacidad.	The History of the Family	2020	Paul van Trigt	Países Bajos	¿Igualdad de derechos de reproducción? Los derechos a fundar una familia en la política de discapacidad de las Naciones Unidas desde la década de 1970.	Este estudio investiga cómo y por qué el derecho a encontrar una familia fue enmarcado en la diversidad de declaraciones.	Documental analysis	En el caso de los derechos reproductivos de las personas con discapacidad, este cambio significó que se hizo más hincapié en proporcionar una protección legal para el individuo contra la interferencia de otros que en mejorar las oportunidades para que las personas con discapacidad practiquen su libertad (positiva).	Inglés

ARTÍCULOS SELECCIONADOS											
Base de datos	Combinación booleana		Revista	Año	Autoría	País del artículo	Título del artículo	Objetivos	Diseño metodológico	Conclusión	Idioma original
	Dimensión de análisis										
WoS	Reproductive rights AND disability	Vulneración en la atención sanitaria	JOGNN	2021	Willi Horner-Jhonson, Krystal A. Klein, Jan Campbell, and Jeanne-Marie Guise	Estados Unidos	Experiencias de mujeres con discapacidad en el acceso y la recepción de atención anticonceptiva.	Realizar una exploración inicial de las experiencias de las mujeres con diferentes tipos de discapacidades cuando intentan obtener atención anticonceptiva.	Diseño de grupos focales de múltiples categorías	Los procesos y la infraestructura de la atención anticonceptiva asumidos de una norma sana.	Inglés
WoS	Reproductive rights AND disability	Debates epistemológicos en torno a la reproducción de mujeres con discapacidad.	International Journal of Law and Psychiatry	2019	Camillia Kong	Reino Unido	Construyendo la agencia sexual y reproductiva femenina en la ley de capacidad mental.	Avanzar en una forma de conceptualizar la agencia de las mujeres con discapacidades de aprendizaje para evitar el triple vínculo en la ley de capacidad mental.	Análisis teórico	Defiendo un marco analítico alternativo de agencia femenina para acomodar cómo las mujeres con discapacidades de aprendizaje aprenden la compleja negociación del poder y las normas sociales, así como para hacer visible su agencia en sus elecciones sexuales, relacionales y reproductivas.	Inglés

ARTÍCULOS SELECCIONADOS										
Base de datos	Combinación booleana	Revista	Año	Autoría	País del artículo	Título del artículo	Objetivos	Diseño metodológico	Conclusión	Idioma original
	Dimensión de análisis									
WoS	Reproductive rights AND disability	Sexualities	2016	Susan Ledger, Sarah Earle, Elizabeth Tilley, Jan Walmstey	Reino Unido	La toma de decisiones sobre anticonceptivos y las mujeres con discapacidades de aprendizaje.	Explorar la toma de decisiones anticonceptivas para las mujeres con discapacidades de aprendizaje.	Encuesta a pequeña escala en el Reino Unido	Se explora la creciente evidencia de una brecha entre la política y la práctica; Esto sugiere la necesidad de más investigación, incluidos estudios para explorar las experiencias de las mujeres con altas necesidades de apoyo donde puede haber problemas particulares en relación con el manejo de la menstruación, la toma de decisiones y la capacidad de consentimiento.	Inglés
	Evitar la reproducción a toda costa: sesgo eugenista									
WoS	Reproductive rights AND disability	Saúde Sociedade	2021	Andrea Yupanqui-Concha, Cristian Aranda-Farías, Victoria A. Ferrer-Perez	Chile	Prácticas de salud de dominación y exclusión: visiones de activistas, profesionales e investigadoras sobre situación de esterilizaciones forzadas en mujeres y niñas con discapacidad en España.	Analizar la situación de esta práctica en España.	Diseño cualitativo basada en la teoría fundamentada constructivista.	La violencia sexual ha pasado inadvertida, naturalizándose por el entorno, han promovido mecanismos de exclusión social e inequidades en salud, al privarles de sus derechos humanos fundamentales.	Español
	Evitando la reproducción a toda costa: sesgo eugenista									

ARTÍCULOS SELECCIONADOS											
Base de datos	Combinación booleana		Revista	Año	Autoría	País del artículo	Título del artículo	Objetivos	Diseño metodológico	Conclusión	Idioma original
	Dimensión de análisis										
WoS	Reproductive rights AND disability	Vulneración en la atención sanitaria	Disability and Health Journal	2016	Monika Mitra, Linda Long-Belli, Lisa I. Iezzoni, Suzanne C. Smeltzer, Lauren D. Smith	Estados Unidos	Embarazo entre mujeres con discapacidades físicas: necesidades y recomendaciones para navegar el embarazo.	Proporciona un examen en profundidad de las necesidades de atención médica no satisfechas durante y alrededor del momento del embarazo entre una muestra de mujeres con discapacidades físicas.	Diseño cualitativo. Veinticinco entrevistas telefónicas	Este estudio arroja luz sobre las necesidades insatisfechas y las barreras para el cuidado de las mujeres con discapacidades de movilidad durante el embarazo y el parto. Los hallazgos del estudio resaltan la necesidad de recomendaciones de políticas y prácticas para la atención perinatal de las mujeres con discapacidades de movilidad.	Inglés
WoS	Reproductive rights AND disability	Evitar la reproducción a toda costa: sesgo eugenista	Scandinavian Journal of Disability Research	2020	Phillippa Wiseman, Jo Ferrie	Escocia	Justicia reproductiva y desigualdad en la vida de las mujeres con discapacidad intelectual en Escocia.	Presentar una exploración empírica de las experiencias de (in)justicia reproductiva de las mujeres con discapacidad intelectual en Escocia.	Diseño cualitativo. Cuestionario cualitativo y grupo focal	Las mujeres con discapacidad intelectual desean y se beneficiarían de una educación de salud sexual y reproductiva de por vida, accesible y equitativa en torno a la menstruación, la toma de decisiones anticonceptivas y la menopausia, y que estos son fundamentales para realizar los derechos a la salud y el bienestar.	Inglés

ARTÍCULOS SELECCIONADOS										
Base de datos	Combinación booleana	Revista	Año	Autoría	País del artículo	Título del artículo	Objetivos	Diseño metodológico	Conclusión	Idioma original
	Dimensión de análisis									
WoS	Reproductive rights AND disability	Disability and Health Journal	2012	Elizabeth Tilley, Jan Walmsley, Sarah Earle, Dorothy Atkinson	Reino Unido	'El silencio ruge': esterilización, derechos reproductivos y mujeres con discapacidad intelectual.	Revisa la historia de la esterilización de mujeres con discapacidades y considera su relevancia para la práctica actual con respecto a la elección reproductiva y el futuro.	Revisión de la literatura y experiencias de mujeres que han sido esterilizadas.	Se necesitan más estudios empíricos para recuperar las experiencias de las mujeres que han sido esterilizadas y para explorar cómo se tomaron decisiones sobre la elección y la capacidad reproductiva en el pasado y se siguen tomando hoy.	Inglés
	Evitar la reproducción a toda costa: sesgo eugenista									
WoS	Reproductive rights AND disability	Scientific African	2020	Bougangue Bassoumah, Adam Andani Mohammed	Ghana	Los desafíos socioculturales para la atención materna y neonatal: las opiniones de las mujeres con discapacidad que reciben atención de maternidad en el distrito de Chereponi en el norte de Ghana.	Exploró los desafíos que enfrentan las mujeres con discapacidad frente a sus contrapartes sin discapacidades dentro del mismo período y en el mismo entorno de estudio.	Diseño cualitativo con entrevistas en profundidad con 20 mujeres discapacitadas y 20 mujeres sin discapacidad.	En general, las mujeres con discapacidad están socialmente excluidas dentro de la familia, la sociedad y los servicios de salud en función de sus condiciones. Las mujeres discapacitadas enfrentaron más desafíos, como la estigmatización, la discriminación, la opresión y el abuso verbal, que se tradujeron en una asistencia deficiente a la clínica materna.	Inglés
	Vulneración en la atención sanitaria									

ARTÍCULOS SELECCIONADOS										
Base de datos	Combinación booleana	Revista	Año	Autoría	País del artículo	Título del artículo	Objetivos	Diseño metodológico	Conclusión	Idioma original
	Dimensión de análisis									
PubMed	Reproductive rights AND disability	Disability and Health Journal	2021	Jeanne L. Alhusen, Tina Bloom, Kathryn Laughon, Lillian Behan, Rosemary B. Hughes	Estados Unidos	Percepciones de las barreras a los servicios eficaces de planificación familiar entre las mujeres con discapacidad.	Explorar las percepciones de las barreras a los servicios efectivos de planificación familiar entre las mujeres con discapacidades.	Diseño cualitativo. 31 entrevistas semiestructuradas.	Los hallazgos subrayan la necesidad de intervenciones específicas, una mejor capacitación de los proveedores y cambios en las políticas para optimizar la atención médica reproductiva, mejorar el acceso a los servicios de planificación familiar y prevenir el embarazo no deseado entre las mujeres en edad fértil con diversas discapacidades.	Inglés
	Vulneración en la atención sanitaria									
PubMed	Reproductive rights AND disability	American Medical Association Journal of Ethics	2016	Anita Silvers, Leslie Francis, Brittany Badesch	Estados Unidos	Derechos reproductivos y acceso a los servicios reproductivos para las mujeres con discapacidad.	Exploramos cómo la medicina reproductiva para mujeres con discapacidades puede verse injustamente obstruida por este tipo de laxitud en la protección contra la discriminación y por suposiciones erróneas sobre las personas con discapacidad. Exploramos cómo la medicina reproductiva para mujeres con discapacidades puede verse injustamente obstruida por este tipo de laxitud en la protección contra la discriminación y por suposiciones erróneas sobre las personas con discapacidad.	Análisis teórico	Este consejo, para responder a los pacientes con discapacidades con respeto, requiere atención a las diferencias individuales, el idioma y la cultura, los entornos de asesoramiento, los factores estresantes y los medicamentos.	Inglés
	Vulneración en la atención sanitaria									

ARTÍCULOS SELECCIONADOS										
Base de datos	Combinación booleana	Revista	Año	Autoría	País del artículo	Título del artículo	Objetivos	Diseño metodológico	Conclusión	Idioma original
	Dimensión de análisis									
Scielo	Reproductive rights AND disability Vulneración en la atención sanitaria	Ética y Humanismo en Perinatología	2014	María del Pilar Cruz Pérez	México	Mitos acerca de la maternidad en mujeres con discapacidad.	Expectativas que se construye este sector de mujeres en lo relacionado con la maternidad.	Análisis documental y entrevistas en profundidad.	Se plantean algunos de los principales retos que entraña arribar a una atención incluyente, de calidad y que permita a las mujeres con discapacidad acceder y ejercer plenamente sus derechos sexuales y reproductivos, en igualdad de condiciones con el resto de las mujeres.	Español
Dialnet	Reproductive rights AND disability Debates epistémicos en torno a la reproducción de mujeres con discapacidad	Investigaciones Feministas	2017	Helena Pérez de la Merced	España	Ciudadanas en la encrucijada: interseccionalidad y ciudadanía íntima de las mujeres con diversidad funcional.	El presente artículo plantea una revisión del concepto de ciudadanía desde una perspectiva interseccional, respecto a los derechos reproductivos de las mujeres con diversidad funcional.	Análisis teórico	La discriminación hacia las mujeres y niñas con discapacidad puede tomar diversas formas: discriminación directa o indirecta o por asociación, negación de adaptación razonable y discriminación sistémica o estructural.	Español

ARTÍCULOS SELECCIONADOS											
Base de datos	Combinación booleana		Revista	Año	Autoría	País del artículo	Título del artículo	Objetivos	Diseño metodológico	Conclusión	Idioma original
	Dimensión de análisis										
Dialnet	Reproductive rights AND disability	Debates epistémicos en torno a la reproducción de mujeres con discapacidad	Dilemata	2012	Soledad Arnau Ripollés	España	Del aborto "eugenésico" al aborto "post-parto". Reflexiones desde una filosofía para la Paz en clave feminista y de diversidad funcional.	Hacer un recorrido por una de las prácticas de selección artificial humana de mayor actualidad: la práctica del aborto o interrupción voluntaria del embarazo.	Análisis teórico	El aborto eugenésico es un claro ejemplo de que no todas las vidas humanas tenemos el mismo valor moral, ni jurídico; ni tenemos la misma dignidad.	Español
Dialnet	Reproductive rights AND disability	Evitar la reproducción a toda costa: sesgo eugenista	IgualdadES	2021	Celia Prados García	España	La necesaria erradicación de la esterilización no consentida de mujeres con discapacidad desde el marco de los derechos humanos.	Analizar la efectividad de la Ley Orgánica 2/2020, que persigue la erradicación de la esterilización forzada o no consentida de personas con discapacidad.	Análisis teórico y documental	La erradicación de este tipo de prácticas solo será real y efectiva cuando se garantice un consentimiento accesible y debidamente informado a las mujeres con discapacidad que opten por este método anticonceptivo.	Español
Dialnet	Reproductive rights AND disability	Ejerciendo mis derechos reproductivos	Análisis	2013	Yolanda Rodríguez León	Puerto Rico	Las mujeres con discapacidades físicas y sus derechos sexuales y reproductivos: implicaciones para las políticas públicas.	Promover el reconocimiento de que las mujeres con discapacidades físicas son sujetos de derechos, específicamente de derechos sexuales y reproductivos.	Análisis teórico y documental	Continúa siendo un sector marginal e invisible para el resto de la ciudadanía y esto incluye a los profesionales y a los hacedores de políticas públicas. Nuestro entorno es uno que asigna rangos de inferioridad al género y a la discapacidad.	Español

- Agaronnik, N., Pendo, E., Lagu, T., DeJong, C., Perez-Caraballo, A., & Iezzoni, L. I. (2020). Ensuring the reproductive rights of women with intellectual disability. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, 45(4), 365–376. <https://doi.org/10.3109/13668250.2020.1762383>
- Alhusen, J. L., Bloom, T., Laughon, K., Behan, L., & Hughes, R. B. (2021). Perceptions of barriers to effective family planning services among women with disabilities. *Disability and Health Journal*, 14(3), 101055. <https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2020.101055>
- Alveal, C., Pérez, B., Obando, A., Carte, L., & Jara, L. (2022). La Objeción de Conciencia frente a la Interrupción Voluntaria del Embarazo: Motivaciones que traspasan las Creencias Morales y Religiosas en Profesionales de la Salud Chilenos. *Revista Punto Género*, (17), pp.307 -- 344.
- Arnau Ripollés, S. (2012). Del aborto “eugenésico” al aborto “post-parto”. Reflexiones desde una Filosofía para la Paz en clave feminista y de diversidad funcional. *Dilemata*, 4(9), 193–223. <https://www.dilemata.net/revista/index.php/dilemata/article/view/153/147>
- Bassoumah, B., & Mohammed, A. A. (2020). The socio-cultural challenges to maternal and neonatal care: The views of women with disabilities receiving maternity care in the Chereponi district of the Northern Ghana. *Scientific African*, 7, e00258. <https://doi.org/10.1016/j.sciaf.2019.e00258>
- Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. (s.f). DFL 226. <http://bcn.cl/2l1gn>
- Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. (s.f). Ley 18826. Sustituye artículo 119 del código Sanitario. <http://bcn.cl/2e17q>
- Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. (s.f). Ley 21030. Regula la Despenalización de la Interrupción Voluntaria del Embarazo en Tres Causales. <http://bcn.cl/2fd6u>
- Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. (s.f). Código Penal. <https://bcn.cl/2ypxz>
- Boardman, F. K. (2014). The expressivist objection to prenatal testing: The experiences of families living with genetic disease. *Social Science & Medicine*, 107, 18–25. <https://doi.org/10.1016/j.socsci-med.2014.02.025>
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Carew, M. T., Braathen, S. H., Swartz, L., Hunt, X., & Rohleder, P. (2017). The sexual lives of people with disabilities within low- and middle-income countries: a scoping study of studies published in English. *Global Health Action*, 10(1), 1337342. <https://doi.org/10.1080/16549716.2017.1337342>
- Carvalho, C. F. da S., & Brito, R. S. de. (2016). The support network in pregnancy and childbirth: the conceptions of women with physical disability. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 25(2), 1–8. <https://doi.org/10.1590/0104-07072016000600015>
- Casebolt, M. T. (2020). Barriers to reproductive health services for women with disability in low- and middle-income countries: A review of the literature. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 24, 100485. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2020.100485>
- Centro de Medicina Reproductiva de Sur California, tasas de aborto espontáneo disponible en <https://www.socalfertility.com/es/servicios-de-fertilidad/edad-y-fertilidad/>, revisado en Noviembre, 2022.

- CIMUNIDIS, & ANUSSAM. (2020). Presentación a lista de cuestiones previas del 2o examen de Chile en el Comité de los Derechos de las Personas con Discapacidad. Naciones Unidas.
- Colombo, B., Masarotto, G., & Menstrual Cycle Fecundability Study Group. (2000). Daily fecundability: first results from a new data base. *Demographic research*, 3. Artículo citado por David Spiegelhalter en Sex: What are the chances? - BBC Future
- Corporación Humanas. (2019). Objeción de conciencia en servicios públicos de salud: revisión de cifras actualizadas sobre funcionarios/as públicos/as objetores/as de conciencia a septiembre de 2019. <https://www.humanas.cl/wp-content/uploads/2020/01/Informe-Objecion-Conciencia-Cifras-al-2019.pdf>
- Crespo, C. (2018) Chile: nuevos desafíos sanitarios e institucionales en un país en transición. *Revista Panamericana de Salud Pública*. Disponible en: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.137>.
- Cruz Pérez, M. del P. (2014). Mitos acerca de la maternidad en mujeres con discapacidad. *Perinatología y Reproducción Humana*, 28(2), 91–96. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0187-53372014000200004&lng=es&tlng=es
- De Beaudrap, P., Mouté, C., Pasquier, E., Tchoumkeu, A., Temgoua, C. D., Zerbo, A., Mac-Seing, M., & Beninguisse, G. (2022). Burden of and risk factors for sexual violence among women with and without disabilities in two sub-Saharan African countries. *Global Health Action*, 15(1). <https://doi.org/10.1080/16549716.2022.2077904>
- Dehays, M. C., Hichins, M., & Vidal, V. (2012). Análisis del significado de las ocupaciones atribuidas a ser mujer y madre para mujeres con discapacidad intelectual en la ciudad de Punta Arenas. *Revista Chilena de Terapia Ocupacional*, 12(2), 1–13. <https://doi.org/10.5354/0719-5346.2012.25301>
- Dehays, M. C., Hichins, M., Vidal, V., Aranda, C., Verdugo, W., & Yupanqui, A. (2016). Occupational Therapy in Chile: An experience against occupational injustice of mothers with intellectual disabilities. In D. Sakellariou & N. Pollard (Eds.), *Occupational Therapies Without Borders: Integrating justice with practice* (2a ed., pp. 441–448). Elsevier.
- DEIS. (2020). Reportería del Programa de la Mujer, sector público. Años 2014-2020. Disponible en: <https://public.tableau.com/app/profile/deis4231/viz/ReporteraProgramadelaMujer/ReporteraProgramadelaMujer>
- Departamento de Estadísticas e Información en Salud (2022). Información sobre casos constituidos en el marco de la Ley 21.030 que regula la interrupción voluntaria del embarazo en 3 causales. https://informesdeis.minsal.cl/SASVisualAnalytics/?reportUri=%2Freports%2Freports%2F382105c8-521f-4356-b1b8-6bad21ba8b08§ionIndex=0&sso_guest=true&reportViewOnly=true&reportContextBar=false&sas-welcome=false
- Devandas, C. (2018). Derechos de las personas con discapacidad. <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N18/224/78/PDF/N1822478.pdf?OpenElement>
- Devkota, H. R., Kett, M., & Groce, N. (2019). Societal attitude and behaviours towards women with disabilities in rural Nepal: pregnancy, childbirth and motherhood. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 19(1), 20. <https://doi.org/10.1186/s12884-019-2171-4>
- Finer, L., & Fine, J. B. (2013). Abortion law around the world: progress and pushback. *American journal of public health*, 103(4), 585-589. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3673257/pdf/AJPH.2012.301197.pdf>

- Fiscalía de Chile. (s.f). Estadísticas: Boletín Institucional Enero Diciembre 2020 y Boletín Institucional Enero Diciembre 2021. Fiscalía de Chile | Estadísticas (fiscaliadechile.cl)
- FONASA. (2020). Informe CDD: Caracterización sociodemográfica y socioeconómica en la población asegurada inscrita. Departamento de Estudios y Estadísticas.
- FONASA. (2022). Cuenta Pública Participativa 2022.
- Fundación CERMI Mujeres, & Foro Europeo de la Discapacidad. (2017). Poner fin a la esterilización forzosa de las mujeres y niñas con discapacidad. https://www.cermi.es/sites/default/files/docs/novedades/INFORME ESTERILIZACIÓN_0.pdf
- Gallen, Y. Schrøter Joensen, J., Rye Johansen E., Veramendi G., (2022). The Labor Market Returns to Delayed Pregnancy. Working Paper.
- Ganle, J. K., Ofori, C., & Dery, S. (2021). Testing the effect of an integrated-intervention to promote access to sexual and reproductive healthcare and rights among women with disabilities in Ghana: a quasi-experimental study protocol. *Reproductive Health*, 18(1), 206. <https://doi.org/10.1186/s12978-021-01253-1>
- Goic G, Alejandro. (2015). El Sistema de Salud de Chile: una tarea pendiente. *Revista médica de Chile*, 143(6), 774-786. <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872015000600011>
- Guttmacher Institute, promedio de falla en uso típico de anticonceptivos disponible en <https://www.guttmacher.org/fact-sheet/contraceptive-effectiveness-united-states>, revisado en Noviembre, 2022.
- Hichins-Arismendi, M., & Yupanqui-Concha, A. (2022). Barreras en el acceso a salud sexual y reproductiva: Experiencias de mujeres con discapacidad en el extremo sur de Chile. *Ex Aequo - Revista Da Associação Portuguesa de Estudos Sobre as Mulheres*, 46 [En Prensa].
- Horner-Johnson, W., Klein, K. A., Campbell, J., & Guise, J.-M. (2021). Experiences of Women With Disabilities in Accessing and Receiving Contraceptive Care. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 50(6), 732-741. <https://doi.org/10.1016/j.jogn.2021.07.005>
- Instituto Nacional de Estadísticas (INE). (2018). Estimaciones y Proyecciones de la población de Chile 1992-2050 Total País. 15/07/2022, de INE, Censos de Población y Vivienda (ine.cl)
- Instituto Nacional de Estadísticas (s.f). Censo de Población y Vivienda. <https://www.ine.cl/estadisticas/sociales/censos-de-poblacion-y-vivienda>
- Kismödi, E., Corona, E., Maticka-Tyndale, E., Rubio-Aurioles, E., & Coleman, E. (2017). Sexual rights as human rights: A guide for the WAS Declaration of Sexual Rights. *International Journal of Sexual Health*, 29(sup1), 1-92. <https://doi.org/10.1080/19317611.2017.1353865>
- Kong, C. (2019). Constructing female sexual and reproductive agency in mental capacity law. *International Journal of Law and Psychiatry*, 66, 101488. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2019.101488>
- Ladd-Taylor, M. (2014). Contraception or Eugenics? Sterilization and "Mental Retardation" in the 1970s and 1980s. *Canadian Bulletin of Medical History*, 31(1), 189-211. <https://doi.org/10.3138/cbmh.31.1.189>
- Ledger, S., Earle, S., Tilley, E., & Walmsley, J. (2016). Contraceptive decision-making and women with learning disabilities. *Sexualities*, 19(5-6), 698-724. <https://doi.org/10.1177/1363460715620576>

- Leyton, C. y Aguirre, T., 2019. Programas públicos y arreglos institucionales para promover la inclusión económica de los jóvenes rurales, Serie documento de trabajo N° 262. Rimisp Santiago Chile.
- Mahmood, S., Hameed, W., & Siddiqi, S. (2022). Are women with disabilities less likely to utilize essential maternal and reproductive health services?—A secondary analysis of Pakistan Demographic Health Survey. *PLOS ONE*, 17(8), e0273869. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0273869>
- Ministerio de Desarrollo Social y Familia. (2018). Situación de Pobreza. Síntesis de Resultados. observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/storage/docs/casen/2017/Resultados_pobreza_Casen_2017.pdf
- Ministerio de Salud (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. https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2018/02/NORMA-IVE-ACOMPANAMIENTO_02.pdf
- Ministerio de Salud (2022). Funcionarios objetores de conciencia por Servicio de Salud a marzo de 2022. <https://www.minsal.cl/funcionarios-objetores-de-conciencia-por-servicio-de-salud/>
- Ministerio de Salud (s.f.). Listado policlínicos de Alto Riesgo Obstétrico. <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2018/02/Lista-de-Policl%C3%adnicos-de-Alto-Riesgo-Obst%C3%A9trico.pdf>
- Ministerio de Salud. (5 de septiembre de 2022). Estadísticas de egresos hospitalarios a nivel país, según diagnóstico principal de hospitalización, sexo, grupo etario y previsión. Por año y nacionalidad. Informe DEIS. https://informesdeis.minsal.cl/SASVisualAnalytics/?reportUri=%2Freports%2Freports%2F23138671-c0be-479a-8e9d-52850e584251§ionIndex=0&sso_guest=true&reportViewOnly=true&reportContextBar=false&sas-welcome=false
- Ministerio de Salud. (s.f.). Reportería Programa de la mujer, sector público. Años 2014-2020. Reportería Programa de la Mujer (minsal.cl)
- MINSAL. (2019). Salud Responde. Lugares Coquimbo. Disponible en: <https://saludresponde.minsal.cl/lugares-coquimbo/>
- Mitra, M., Long-Bellil, L. M., Iezzoni, L. I., Smeltzer, S. C., & Smith, L. D. (2016). Pregnancy among women with physical disabilities: Unmet needs and recommendations on navigating pregnancy. *Disability and Health Journal*, 9(3), 457–463. <https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2015.12.007>
- Naciones Unidas. (2006). Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. <https://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tcccconvs.pdf>
- Naciones Unidas. (2019). Enfoque basado en los derechos humanos del maltrato y la violencia contra la mujer en los servicios de salud reproductiva, con especial hincapié en la atención del parto y la violencia obstétrica. <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N19/213/30/PDF/N1921330.pdf?OpenElement>
- ODEPA. (2021) Ficha Regional: Región de Coquimbo, actualización julio 2022. Disponible en: <https://bibliotecadigital.odepa.gob.cl/bitstream/handle/20.500.12650/8973/FichaCoquimboInformativa.pdf?sequence=23&isAllowed=y>
- OECD (2016). OECD Regions at a Glance 2016. OECD Publishing, Paris, https://doi.org/10.1787/reg_glance-2016-en.

- OHCHR, UN Women, UNAIDS, UNDP, UNFPA, UNICEF, & WHO. (2014). Eliminating forced, coercive and otherwise involuntary sterilization - an interagency statement. WHO. www.who.int/reproductivehealth
- Olofsson, N., Lindqvist, K., & Danielsson, I. (2015). Higher risk of violence exposure in men and women with physical or sensory disabilities. *Journal of Interpersonal Violence*, 30(10), 1671–1686. <https://doi.org/10.1177/0886260514548585>
- Organización Mundial de la Salud. (9 de marzo de 2021). La violencia contra la mujer es omnipresente y devastadora: la sufren una de cada tres mujeres. <https://www.who.int/es/news/item/09-03-2021-devastatingly-pervasive-1-in-3-women-globally-experience-violence>
- Patel, P. (2017). Forced sterilization of women as discrimination. *Public Health Reviews*, 38(1), 15. <https://doi.org/10.1186/s40985-017-0060-9>
- Pérez de la Merced, H. (2017). Ciudadanas en la encrucijada: ciudadanía íntima/sexual e interseccionalidad en el caso de las mujeres con diversidad funcional. *Investigaciones Feministas*, 8(1), 151–163. <https://doi.org/10.5209/INFE.54499>
- Peta, C. (2017). Disability is not asexuality: the childbearing experiences and aspirations of women with disability in Zimbabwe. *Reproductive Health Matters*, 25(50), 10–19. <https://doi.org/10.2307/26495928>
- Pino-Morán, J. A., & Rodríguez-Garrido, P. (2019). De-Generadas: La violencia institucional capacitista hacia mujeres con discapacidad en Chile. *Revista Estudios de Políticas Públicas*, 5(1), 1. <https://doi.org/10.5354/0719-6296.2019.50904>
- Pino-Morán, J. A., Rodríguez-Garrido, P., & Lapierre, M. (2023). Salvajes, indígenas, cojas, inválidas: Epistemologías anticapacitistas del Sur. *Saude e Sociedade* [En Prensa].
- Pino-Morán, J. A., Rodríguez-Garrido, P., Zango-Martín, I., & Mora-Malo, E. (2021). Subvertir la vulneración médica: itinerarios corporales disidentes de la discapacidad en Chile. *Salud Colectiva*, 17, e3021. <https://doi.org/10.18294/sc.2021.3021>
- Poblete, S., Bozo, N., & Muñoz, H. (2016). Estudio exploratorio de violencia contra mujeres con discapacidad en tres países de América Latina y el Caribe: Chile, Costa Rica y Uruguay. ONU Mujeres, CIMUNIDIS, Universidad Central.
- Prados García, C. (2021). La necesaria erradicación de la esterilización no consentida de mujeres con discapacidad desde el marco de los derechos humanos. *IgualdadES*, 5, 371–399. <https://doi.org/10.18042/cepc/IgdES.5.03>
- Roden, R. C., Schmidt, E. K., & Holland-Hall, C. (2020). Sexual health education for adolescents and young adults with intellectual and developmental disabilities: recommendations for accessible sexual and reproductive health information. *The Lancet Child & Adolescent Health*, 4(9), 699–708. [https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(20\)30098-5](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(20)30098-5)
- Rodríguez León, Y. (2013). Las mujeres con discapacidades físicas y sus derechos sexuales y reproductivos: Implicaciones para las políticas públicas. *Análisis*, 96–118. <https://doi.org/10.54114/revanlisis.v14i1.13450>
- Rodríguez-Garrido, P. (2023). Violencia obstétrica capacitista: cuando la discapacidad encarna la otredad. *Rev. Religación* [En Evaluación].


- Rothler, R. (2017). Disability rights, reproductive technology, and parenthood: unrealised opportunities. *Reproductive Health Matters*, 25(50), 104–113. <https://doi.org/10.1080/09688080.2017.1330105>
- Santos, L. F. de M. dos, Janini, J. P., Souza, V. de M., & Santos, R. da S. (2019). Transition to motherhood and mothering for women in wheelchairs: a nursing perspective. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72(suppl 3), 290–296. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0843>
- Serrato Calero, M. de las M., Delgado-Vázquez, Á. M., & Díaz Jiménez, R. M. (2021). Systematized review and meta-synthesis of the sterilization of women with disabilities in the field of social science: from macroeugenics to microeugenics. *Sexuality Research and Social Policy*, 18(3), 653–671. <https://doi.org/10.1007/s13178-020-00488-0>
- Servicio de Salud Coquimbo. (2016). Diseño de la Red Asistencial Servicio de Salud Coquimbo 2015-2018. Disponible en: <https://www.sccoquimbo.cl/gob-cl/participacion/files/consejo/27-09-2016/redisenio%20de%20la%20red%20asistencial.pdf>
- Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente. (2020). Postas de Salud Rural. 17/06/2022, de Ministerio de Salud Sitio web: Postas de Salud Rural - Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente (ssmsoc.cl)
- Silvers, A., Francis, L., & Badesch, B. (2016). Reproductive Rights and Access to Reproductive Services for Women with Disabilities. *AMA Journal of Ethics*, 18(4), 430–437. <https://doi.org/10.1001/journalofethics.2016.18.4.msoc1-1604>
- Steuperaert, Q., & Michielsen, K. (2022). The role of healthcare professionals in providing sexuality education to young people with disabilities: A scoping review on barriers and challenges. *Sexuality and Disability*, 40(4), 721–748. <https://doi.org/10.1007/s11195-022-09749-9>
- Tilley, E., Walmsley, J., Earle, S., Atkinson, D., Walmsley, J., Atkinson, D., Earle, S., Atkinson, D., Walmsley, J., & Atkinson, D. (2012). 'The silence is roaring': sterilization, reproductive rights and women with intellectual disabilities. *Disability & Society*, 27(3), 413–426. <https://doi.org/10.1080/09687599.2012.654991>
- van Trigt, P. (2020). Equal reproduction rights? The right to found a family in United Nations' disability policy since the 1970s. *The History of the Family*, 25(2), 202–213. <https://doi.org/10.1080/1081602X.2019.1645719>
- Viguera, Sebastián. (2021). Comportamiento de la urgencia ginecológica durante la pandemia de COVID-19. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 86(4), 347–352.
- Viñuela, L. (2009). Mujeres con discapacidad: un reto para la teoría feminista. *Feminismo/S*, 13(13), 33–48. <https://doi.org/10.14198/fem.2009.13.03>
- Whitemore, R., & Knafl, K. (2005). The integrative review: updated methodology. *Journal of Advanced Nursing*, 52(5), 546–553. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x>
- Whitemore, R., Chao, A., Jang, M., Minges, K. E., & Park, C. (2014). Methods for knowledge synthesis: An overview. *Heart & Lung*, 43(5), 453–461. <https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2014.05.014>
- Wicclair, M. (2011). *Conscientious Objection in Health Care: An Ethical Analysis*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Wiseman, P., & Ferrie, J. (2020). Reproductive (in)justice and inequality in the lives of women with intellectual disabilities in Scotland. *Scandinavian Journal of Disability Research*, 22(1), 318–329. <https://doi.org/10.16993/sjdr.677>

- Women's Link Worldwide. (2017). Guía para proteger los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres ante el sistema interamericano. <https://www.womenslinkworldwide.org/files/3041/guia-para-proteger-los-derechos-sexuales-ante-el-sistema-interamericano.pdf>
- Yupanqui Concha, A., & Ferrer Pérez, V. A. (2019). Análisis de la producción científica mundial sobre esterilización forzada de mujeres con discapacidad entre 1997 y 2016. *Gaceta Sanitaria*, 33(4), 381–388. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2018.08.008>
- Yupanqui-Concha, A., Aranda-Farias, C., & Ferrer-Perez, V. A. (2021a). Prácticas de salud de dominación y exclusión: visiones de activistas, profesionales e investigadoras sobre situación de esterilizaciones forzadas en mujeres y niñas con discapacidad en España. *Saúde e Sociedade*, 30(1), e200107. <https://doi.org/10.1590/s0104-12902021200107>
- Yupanqui-Concha, A., Aranda-Farias, C., & Ferrer-Perez, V. A. (2021b). Violencias invisibles hacia mujeres y niñas con discapacidad: elementos que favorecen la continuidad de la práctica de esterilización forzada en Chile. *Revista de Estudios Sociales*, 77, 58–75. <https://doi.org/10.7440/res77.2021.04>
- Yupanqui-Concha, A., Arismendi, M. H., & Godoy, D. M. (2022). “Yo fui violentada adentro, estando en un lugar que me tenían que cuidar”: Experiencias de opresión y violencias en contextos de salud hacia mujeres con discapacidad y abordajes desde la terapia ocupacional feminista. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, 30(spe), 1–25. <https://doi.org/10.1590/2526-8910.ctoao238231043>

Imágenes

- Portada: Anna Shvetsen Pexels.
- Página 9: Nataliya Vaitkevich en Pexels.
- Página 15: Reproductive Health Supplies Coalition en Unsplash
- Página 27: Thought Catalog en Unsplash
- Página 31: Timon Studler en Unsplash
- Página 41: Hal Gatewood en Unsplash
- Página 45: Código Penal 2021. Edición Oficial en Editorial Metropolitana; Código Sanitario 2021. Edición Oficial en Editorial Metropolitana; Kena Lorenzini en Wikimedia Commons; Ministerio de bienes Nacionales en Flickr
- Página 59: Hal Gatewood en Unsplash
- Página 61: Tima Miroshnichenko en Pexels
- Página 65: cottonbro studio en Pexels
- Página 69: sean Kong en Unsplash
- Página 76: Anna Shvets en Pexels
- Página 79: Annie Spratt en Unsplash
- Página 81: Reproductive Health Supplies Coalition en Unsplash
- Página 95: Polina Tankilevitch en Pexels
- Página 105: charlesdeluvio en Unsplash
- Página 118: youssef naddam en Unsplash

CORPORACIÓN
MILES

The background of the page is a solid light pink color. Scattered across this background are numerous white, round, pill-like objects. Each pill is slightly raised, creating a soft shadow on the surface below it. The pills are arranged in a somewhat random, grid-like pattern, filling most of the page area.

El quinto Informe sobre Derechos Sexuales y Reproductivos en Chile tiene por objeto aportar con antecedentes y argumentos al estado de la salud sexual y reproductiva en nuestro país, prestando especial atención a la realidad de grupos menos visibilizados en la sociedad, como las niñas y las personas en situación de discapacidad.

En este informe, como en años anteriores, se publican estudios realizados por el equipo de investigación de Corporación Miles y externas a través de la Convocatoria Miles+.

Esperamos que este valioso documento sirva de apoyo para el quehacer de otras organizaciones y/o personas que compartan el deseo de proteger y garantizar los derechos sexuales y reproductivos tanto en Chile como en otros países de la región.