

Octavo informe

sobre
derechos sexuales
y reproductivos
en Chile

MILES



Octavo informe

sobre
derechos sexuales
y reproductivos
en Chile

Octavo informe | sobre Derechos Sexuales
y Reproductivos en Chile

Miles Chile

Dirección ejecutiva

Javiera Canales Aguilera

Subdirección de Programas

Luz Reidel Wagner

Equipo investigación

Karla Barraza Lara

Florencia Escobar Muñoz

Alondra Cárdenas Oporto

Josefa Caballero Jacobs

Isidora Soto Cornejo

Victoria Maluenda Picero

Consultoría técnica

Catalina Peñaloza Aspée

Edición

Macarena Gallo Fuenzalida

Diseño y diagramación

Fito Pérez Rojas

Producción y logística

Paulina Norambuena Mella

Contacto

comunicaciones@mileschile.cl

ISBN: 978-956-9881-10-7

Primera edición

100 ejemplares

Santiago, Chile

Julio, 2026

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.

Capítulo	01	Página 9	Barreras tras 8 años de vigencia de la Ley IVE: un estudio con perspectiva en incidencia jurídica
----------	----	----------	---

Capítulo	02	Página 9	Análisis de la implementación del Manual de Fiscalización de la Ley IVE. Evaluación de resultados y brechas persistentes (2024)
----------	----	----------	---

Capítulo	03	Página 9	Análisis de la implementación del Manual de Fiscalización de la Ley IVE. Evaluación de resultados y brechas persistentes (2024)
----------	----	----------	---

Míles +		Página 9	Matronería y transición de Género Masculino: un estudio cualitativo en la atención de Salud Pública de Chile
		Página 9	Lo que Chile no sabe sobre su vida sexual: Función sexual, bienestar y derechos sexuales en mujeres y hombres chilenos

Palabras finales		Página 9	Entre avances y retrocesos: los derechos sexuales y reproductivos en el Chile actual
------------------	--	----------	--



En los últimos años, los derechos sexuales y reproductivos han ocupado un lugar central en los debates públicos, sanitarios y políticos, consolidándose como un indicador de los compromisos democráticos de los Estados con la igualdad, la autonomía y los derechos humanos. Hoy, las posiciones que adoptan gobiernos, organismos internacionales y liderazgos políticos en esta materia impactan directamente en su legitimidad internacional, en la construcción de alianzas y en la proyección de sus estándares de derechos y justicia social. Sin embargo, muchas de las barreras que afectan el ejercicio de estos derechos siguen operando de manera silenciosa y profundamente desigual.

Desde Miles Chile publicamos esta nueva edición del Informe de Derechos Sexuales y Reproductivos con la convicción de que producir evidencia sigue siendo una herramienta fundamental para comprender esas brechas y contribuir a transformarlas. Esta publicación reúne investigaciones que abordan el fenómeno en Chile desde distintas dimensiones: algunos capítulos abordan barreras legales e institucionales, mientras que otros examinan mecanismos de fiscalización, experiencias en la atención en salud, desigualdades territoriales y aspectos históricamente invisibilizados de la sexualidad y la reproducción. Asimismo, incorporamos el trabajo desarrollado desde MILES+, un espacio que busca ampliar las conversaciones sobre sexualidad, género y autonomía desde perspectivas más cercanas a las experiencias de las personas.

Con el objetivo de ofrecer un diagnóstico integral, este informe destaca por su diversidad metodológica, articulando estudios cuantitativos, investigaciones cualitativas, revisiones exploratorias y análisis normativos. Cada capítulo aporta una mirada particular sobre problemáticas complejas que atraviesan la vida cotidiana, el diseño de políticas públicas y las respuestas de las instituciones de salud.

Este trabajo está dirigido a tomadores y tomadoras de decisión, equipos de salud, organizaciones sociales, academia, periodistas y a todas las personas interesadas en comprender la realidad de estos derechos en el Chile actual. Esperamos que esta publicación contribuya a fortalecer debates informados, promover el diseño de políticas basadas en evidencia y exigir respuestas institucionales capaces de abordar estas materias con la profundidad y responsabilidad que merecen.

Agradezco profundamente a quienes participaron en esta edición, a los equipos de investigación, voces expertas y profesionales que hicieron posible este trabajo, y especialmente a IPAS por acompañar y respaldar este proceso.

AUTORAS

Karla Barraza Lara
Cientista Política
Universidad Central

Luz Reidel Wagner
Abogada
Universidad Católica
de Temuco

Capítulo

01

Barreras tras 8 años de vigencia de la Ley IVE: un estudio con perspectiva en incidencia jurídica

Resumen

Al cumplirse el octavo año de la promulgación de la Ley N°21.030, que despenalizó la interrupción voluntaria del embarazo en tres causales en Chile, persisten brechas críticas entre el reconocimiento legal del derecho y su acceso efectivo. Este capítulo examina las barreras jurídicas, institucionales y territoriales que condicionaron la implementación de la normativa durante este ciclo. A partir del análisis del marco normativo y de testimonios de profesionales, el estudio identifica obstáculos estructurales que afectan desproporcionadamente a niñas, adolescentes, mujeres y personas gestantes en contextos de vulnerabilidad, invitando a reflexionar sobre los desafíos pendientes para una garantía efectiva del derecho a la salud sexual y reproductiva en Chile.

Contexto

La Ley N°21.030, publicada el 23 de septiembre de 2017, marcó un hito al despenalizar la interrupción voluntaria del embarazo (IVE) en tres causales específicas: **i)** cuando la continuación del embarazo implica un riesgo vital para la mujer o persona gestante; **ii)** cuando el embrión o feto padece una patología congénita adquirida o genética incompatible con la vida extrauterina independiente, de carácter letal; y **iii)** cuando el embarazo es resultado de una violación (Ley N° 21.030, 2017). Esta normativa incorporó los artículos 119, 119 bis, 119 ter y 119 quáter al Código Sanitario, estableciendo condiciones de procedencia, plazos y obligaciones para el sistema de salud.

Tras ocho años de implementación el debate sobre la IVE en Chile se ha desplazado desde el reconocimiento formal del derecho hacia las condiciones institucionales que permiten -o impiden- su ejercicio efectivo. En este sentido, la persistencia de barreras que obstaculizan el acceso plantea desafíos relevantes para el cumplimiento de obligaciones internacionales, como la **Convención para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW) y las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud**.

Con el objetivo de implementar la Ley IVE, el Ministerio de Salud chileno dictó un conjunto de normas reglamentarias y administrativas complementarias que resultan fundamentales para su análisis:

- El Decreto Supremo N°44, que aprueba el Reglamento de las prestaciones incluidas en el programa de acompañamiento y materias afines (2018);
- El Decreto Supremo N°67, que regula el ejercicio de la objeción de conciencia institucional y personal (2018) modificado por el Decreto Supremo N°22 (2025);
- La Norma Técnica Nacional de acompañamiento y atención a la mujer en alguna de las tres causales (2018);
- Las Orientaciones Técnicas para la acogida y acompañamiento psicosocial en el marco de la Ley N°21.030, que despenaliza la interrupción voluntaria del embarazo en tres causales (2018);
- La Resolución Exenta N°23, que aprueba el arancel de prestaciones asociadas a la Ley IVE (2018);

- Las Circulares N°311 y N°2, relativas a cobertura y directrices para la aplicación de la normativa (2018);
- El Manual de Fiscalización de la Ley N°21.030 elaborado por el Ministerio de Salud (2022).

Este marco normativo se vincula, además, con la Ley N°20.584, que regula los derechos y deberes de las personas en su atención de salud, particularmente en lo referido al derecho a recibir información oportuna, veraz y comprensible, así como a otorgar un consentimiento informado libre de presiones o interferencias indebidas (Ley N° 20.584, Chile, 2012).

Tras ocho años de la promulgación de la Ley IVE, la experiencia permite afirmar que, pese a este andamiaje jurídico persisten barreras estructurales arraigadas tanto en la propia configuración normativa de la ley -especialmente en materias de objeción de conciencia, prohibición de publicidad y plazos legales- como en la forma en que estas disposiciones son interpretadas y ejecutadas por los distintos actores del sistema sanitario.

El presente informe analiza sistemáticamente los principales obstáculos legales identificados en cada causal y en las disposiciones transversales del régimen vigente, evidenciando sus efectos diferenciados según territorio, edad y condición social.

El objetivo es aportar evidencia para fortalecer el marco normativo, corregir deficiencias y promover garantías de no repetición frente a prácticas y omisiones que continúan restringiendo el ejercicio del derecho a la salud sexual y reproductiva de niñas, adolescentes, mujeres y personas gestantes en Chile.

Metodología

Este estudio adopta un enfoque cualitativo de carácter descriptivo-analítico para identificar y examinar las barreras legales y estructurales que enfrentan las personas gestantes bajo la Ley N°21.030.

La investigación se sustenta en dos fuentes principales. En primer lugar, se realizó un análisis documental del marco normativo vigente, incluyendo la Ley N°21.030 y su reglamentación complementaria: el Decreto Supremo N°44 sobre prestaciones y acompañamiento, el Decreto Supremo N°67 sobre objeción de conciencia, la Norma Técnica Nacional de acompañamiento y atención, las Orientaciones Técnicas ministeriales, las circulares administrativas y el Manual de Fiscalización del Ministerio de Salud. Este análisis permitió identificar las disposiciones legales y los estándares formales de implementación definidos por la autoridad sanitaria.

En segundo lugar, se desarrolló un levantamiento de información primaria mediante entrevistas semiestructuradas a profesionales con experiencia directa en la implementación de la ley, provenientes de distintas disciplinas y territorios. En total, se entrevistó a tres profesionales del ámbito jurídico y psicosocial: una abogada de la Región de Los Ríos, una socióloga de la Región Metropolitana y una trabajadora social de la Región de Atacama. Esta diversidad permitió incorporar miradas complementarias sobre el funcionamiento de la normativa en contextos urbanos y regionales, así como sobre sus efectos en la práctica clínica y el acompañamiento.

Las entrevistas se organizaron en torno a la denominada “ruta de la IVE”, abordando desde el primer contacto con el sistema de salud hasta la realización del procedimiento. Los ejes temáticos considerados incluyeron: **i)** barreras legales en cada una de las causales, **ii)** impacto de la objeción de conciencia, **iii)** efectos de la prohibición de publicidad, **iv)** consecuencias emocionales y sociales para las personas gestantes, **v)** recomendaciones de mejora.

El análisis se realizó mediante una codificación por temas, identificando patrones recurrentes como el acceso a la información, la disponibilidad de equipos no objetores, la burocracia institucional, la desigualdad territorial y la revictimización. Estas categorías fueron contrastadas con el marco jurídico vigente para evidenciar las brechas entre la normativa formal y su aplicación efectiva.

Finalmente, el informe integra los hallazgos documentales y cualitativos para ofrecer

una lectura situada de la Ley N°21.030 tras ocho años de vigencia, visibilizando tanto las limitaciones del diseño normativo como los obstáculos prácticos que enfrentan niñas, adolescentes, mujeres y personas gestantes en el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos.

Resultados

* Objeción de conciencia como obstáculo estructural

La Ley N°21.030 reconoce el derecho a la objeción de conciencia personal e institucional, regulación desarrollada mediante el Decreto Supremo N°67 del Ministerio de Salud. Dicho reglamento, vigente hasta mayo de 2025, establece que la objeción debe manifestarse de forma previa y por escrito, obligando a los establecimientos a asegurar la derivación oportuna hacia profesionales no objetores para no afectar el acceso a la prestación.

Luego de ocho años de vigencia, la evidencia sugiere que la objeción de conciencia se ha constituido como una de las principales barreras estructurales, particularmente en territorios con baja disponibilidad de equipos.

Las profesionales entrevistadas coinciden en que esta no solo opera como un obstáculo administrativo, sino también como una fuente de estigmatización. Al respecto la socióloga de la Región Metropolitana señala:

“Que el profesional que te está atendiendo objete conciencia no solo es un obstáculo muchas veces al acceso rápido y efectivo de la ley, sino que también genera una instancia de posible estigmatización” (Entrevistada, 2026).

Desde la Región de Los Ríos, la abogada advierte que este mecanismo se traduce en barreras burocráticas que retrasan el acceso:

“No conocer a los objetores, recibir una atención de salud con información sesgada moralmente o estar sometida a barreras burocráticas atrasa el acceso al servicio” (Entrevistada, 2026).

Esta situación es crítica en la causal 3, donde los plazos legales son acotados; la trabajadora social de la Región de Atacama indica que:

“Puede pasar que en una causal 3 no se pueda interrumpir por el vencimiento de los plazos legales al ser negada la interrupción cuando se solicita” (Entrevistada, 2026).

Desde una mirada crítica, la entrevistada de la Región Metropolitana enfatiza la necesidad de limitar este mecanismo:

“Me parece inconcebible que prime el interés particular y las creencias subjetivas del profesional por sobre un procedimiento médico” (Entrevistada, 2026).

La evidencia permite concluir que la objeción de conciencia, tal como se encontraba regulada en el Decreto N°67, no operaba únicamente como una garantía de libertad de conciencia, sino como un factor estructural que restringía el acceso efectivo a una prestación de salud legalmente garantizada. Esta situación comprometía el ejercicio del derecho a la salud sexual y reproductiva, especialmente de quienes habitan en contextos territoriales desfavorecidos.

Producto de esta realidad, en mayo de 2024 se inició la tramitación del Decreto N°22, que entró en vigencia en mayo de 2025 modificando el reglamento previo. Entre sus principales innovaciones, destacan disposiciones orientadas a mejorar la gestión administrativa y reducir las dilaciones en la atención:

- Registro de objetores: Se establece un registro accesible exclusivamente para jefaturas de servicio y personal administrativo pertinente, con el fin de favorecer la presencia de personal no objetor en la distribución de los turnos.
- Gestor de casos: Se crea esta figura en cada Servicio de Salud para contribuir activamente al acceso oportuno de la persona a la prestación.
- Derecho a la información previa: Las usuarias podrán conocer de antemano la condición de objetor o no objetor del profesional con quien solicitan la atención. Según la normativa actual, el personal de salud tiene la obligación de informar su objeción y la causal indicada al momento de solicitar la hora, por cualquier medio, permitiendo que la persona escoja libremente un profesional no objetor.

✱ Prohibición de publicidad y déficit de información como barrera de acceso

La Ley N°21.030 establece restricciones explícitas a la difusión pública de información relativa a la interrupción voluntaria del embarazo, limitando la entrega de antecedentes principalmente al ámbito de los establecimientos de salud. La evidencia sugiere que esta restricción ha contribuido a generar un déficit estructural de conocimiento respecto de las causales, procedimientos y plazos asociados a la IVE.

Los testimonios recogidos indican que la falta de información constituye una de las primeras barreras que enfrentan las personas gestantes. Al respecto, una de las entrevistadas señala:

“La principal barrera es la falta de información oportuna respecto al derecho a interrumpir el embarazo, luego sobre la disponibilidad de los servicios médicos en su lugar o institución de salud” (Entrevistada, abogada, de la Región de Los Ríos, 2026).

Desde el ámbito psicosocial, se enfatiza que la prohibición de publicidad incrementa la desigualdad de acceso, especialmente en grupos históricamente excluidos. La entrevistada de la Región de Atacama menciona:

“Al no haber publicidad se restringe el derecho a la información... muchas personas gestantes, incluidas niñas y adolescentes, no logran acceder a tiempo a la ley debiendo continuar embarazos no deseados” (Entrevistada, trabajadora social de la Región de Atacama, 2026).

Asimismo, la misma entrevistada identifica que esta ausencia de difusión favorece la circulación de desinformación y mitos respecto a la ley, resultando especialmente problemático al considerar los plazos acotados de la normativa.

Haciéndose cargo de este déficit, el nuevo reglamento de objeción de conciencia de 2025 incorpora cambios que favorecen la difusión de las prestaciones. Para ello, se obliga a todos los establecimientos que ofrezcan la prestación a exhibir los derechos consagrados en la Ley N°21.030, y las vías de reclamo pertinentes.

✱ Desigualdad territorial y burocracia institucional

La implementación de la Ley N°21.030 evidencia profundas desigualdades territoriales y administrativas.

La evidencia cualitativa recogida muestra que el ejercicio del derecho a la IVE se encuentra fuertemente determinado por el lugar de residencia de la persona gestante. En territorios alejados de los centros urbanos, la escasez de equipos especializados y la alta proporción de profesionales objetores generan trayectorias de atención fragmentadas, caracterizadas por derivaciones sucesivas y obstáculos administrativos que tensionan los plazos legales.

Desde la Región de Los Ríos, la abogada advierte que esta situación afecta especialmente a niñas y mujeres de sectores rurales o aislados:

“Creo que la información y disponibilidad de equipos no objetores en territorios más aislados, donde existen altas tasas de violencia sexual hacia niñas y altos índices de malformaciones congénitas, hace que las mujeres se vean aún más afectadas en su derecho a la salud” (Entrevistada, 2026).

Estas brechas territoriales se ven agravadas por procesos burocráticos que, lejos de facilitar el acceso a la prestación, terminan operando como filtros excluyentes. Las profesionales describen demoras asociadas a la coordinación de interconsultas, evaluaciones psiquiátricas, conformación de equipos clínicos y validaciones administrativas, particularmente en la causal 3, donde concurren además exigencias vinculadas a la denuncia de delitos sexuales.

La evidencia analizada sugiere que estas barreras no operan de manera aislada, sino que configuran un patrón estructural de acceso desigual a la Ley IVE. Factores como el territorio, la edad, el nivel socioeconómico y la condición migratoria influyen de manera significativa en las trayectorias de atención de niñas, adolescentes, mujeres y personas gestantes. Desde el ámbito psicosocial, se señala que estas exigencias pueden generar presiones indebidas hacia las personas gestantes, especialmente niñas y adolescentes, quienes enfrentan procesos institucionales complejos en contextos de alta vulnerabilidad. Desde la Región de Atacama, la entrevistada explica:

“En la causal 3 también significa una barrera legal la denuncia por vulneración de derecho en la esfera sexual, sintiéndose presionadas a denunciar” (Entrevistada, Trabajadora Social, Región de Atacama, 2026).

El impacto de estas barreras se expresa con crudeza en casos donde la acumulación de retrasos deriva en la pérdida definitiva del acceso a la Ley IVE. Se relata el caso de una niña de 12 años que, debido al vencimiento de los plazos legales y evaluaciones clínicas restrictivas, no pudo acceder a la interrupción del embarazo, debiendo continuar la gestación hasta el parto bajo hospitalización prolongada y supervisión de programas de protección especializada. Este tipo de situaciones deja en evidencia cómo la combinación de desigualdad territorial, burocracia y plazos rígidos pueden traducirse en escenarios de revictimización donde el Estado falla en garantizar el derecho.

Desde una perspectiva psicosocial, las entrevistadas destacan que enfrentar estas barreras genera impactos emocionales significativos, como angustia, incertidumbre, culpa y reactivación del trauma, especialmente en casos de violencia sexual. Una profesional señala que las personas gestantes pueden experimentar un profundo sentimiento de desorientación respecto de su situación legal, sin claridad sobre si cumplen o no los requisitos para acceder a la prestación, lo que incrementa el sufrimiento en un contexto ya marcado por la vulnerabilidad.

Asimismo, se observa que estas barreras afectan de manera desproporcionada a grupos históricamente excluidos del sistema de salud, incluyendo niñas, adolescentes, mujeres migrantes y personas que viven en zonas rurales, consolidando un patrón de acceso desigual a derechos sanitarios legalmente garantizados.

En este escenario, la evidencia recogida permite afirmar que la Ley N°21.030 opera de manera heterogénea en el territorio nacional, configurando un sistema de acceso fragmentado que depende, en gran medida, del lugar de residencia, de la disponibilidad local de profesionales no objetores y de la capacidad de cada establecimiento para gestionar oportunamente los procedimientos administrativos asociados. **Esta situación resulta incompatible con el principio de igualdad ante la ley y con el deber del Estado de garantizar prestaciones de salud en condiciones de equidad.**

Conclusiones

A ocho años de la entrada en vigencia de la Ley N°21.030, el análisis del marco normativo vigente y la evidencia permiten concluir que la interrupción voluntaria del embarazo en tres causales continúa enfrentando barreras estructurales que limitan su acceso efectivo.

Si bien la ley fue un avance en el reconocimiento de derechos sexuales y reproductivos, su implementación evidencia brechas sustanciales entre el diseño normativo y la experiencia real de acceso a la prestación.

Estas brechas se manifiestan principalmente en la persistencia de la objeción de conciencia como obstáculo estructural, el déficit de información pública, la desigualdad territorial y en la excesiva burocratización de los procedimientos clínicos y administrativos.

En particular, la regulación de la objeción de conciencia ha permitido que este mecanismo opere, en la práctica, como un veto al acceso a una prestación de salud garantizada, afectando desproporcionadamente a niñas, adolescentes y mujeres en territorios con menor cobertura.

Como se analizó en este capítulo, la actualización reglamentaria de 2024 –puesta en marcha en 2025– representa un esfuerzo relevante por mejorar la gestión y transparencia frente a la objeción de conciencia.

No obstante, estos avances deben ser leídos con cautela, ya que se trata de modificaciones de carácter administrativo que no alteran el diseño normativo de fondo de la objeción de conciencia, el cual continúa permitiendo restricciones potenciales al derecho a la salud. La efectividad de este nuevo reglamento dependerá críticamente de su implementación territorial, de la capacidad institucional de los establecimientos y de la existencia de mecanismos de supervisión y sanción efectivos frente a incumplimientos. En este sentido, aunque la normativa reciente ordena el sistema, no resuelve por sí sola las tensiones estructurales asociadas a la garantía efectiva de la IVE.

Asimismo, la ausencia de estrategias sistemáticas de difusión ha contribuido a la invisibilización de este derecho, dificultando el acceso a información clave sobre causales, procedimientos y plazos legales, especialmente entre grupos históricamente excluidos.

La evidencia analizada muestra que la combinación de plazos rígidos e interpretaciones

restrictivas puede derivar en escenarios de revictimización, particularmente en la causal de violación, donde los procesos institucionales complejos pueden culminar en la imposibilidad definitiva de acceder a la interrupción del embarazo.

Desde una perspectiva de derechos humanos, la implementación heterogénea de la ley configura un sistema fragmentado donde el ejercicio del derecho depende del territorio y de la voluntad local. Este escenario resulta incompatible con el deber del Estado de garantizar el acceso igualitario a la salud y con los principios de no discriminación y autonomía progresiva.

A partir de estos hallazgos, se proponen las siguientes recomendaciones:

1. Reforma del marco regulatorio de la objeción de conciencia: limitar su alcance a fin de asegurar que su ejercicio no obstaculice el acceso oportuno a una prestación de salud legalmente garantizada, eliminando la objeción institucional y fortaleciendo los mecanismos de fiscalización frente a incumplimientos.

2. Garantía del derecho a la información en salud sexual y reproductiva: Diseñar e implementar estrategias de difusión pública claras, accesibles y de carácter obligatorio sobre la Ley N°21.030, sus causales, procedimientos y plazos, priorizando a niñas, adolescentes, personas migrantes y habitantes de territorios aislados.

3. Fortalecimiento de la formación transversal de los equipos de salud: Incorporar de manera sistemática el enfoque de derechos humanos, la perspectiva de género y herramientas de abordaje del trauma en todo el personal clínico y administrativo, para prevenir interpretaciones restrictivas de la norma y reducir prácticas revictimizantes.

4.Reducción de barreras administrativas en la implementación: Establecer plazos máximos obligatorios para cada etapa del proceso de atención, desde la solicitud inicial hasta la resolución clínica, especialmente en la causal 3 donde los plazos legales acotados exigen una respuesta institucional inmediata.

5. Abordaje de las brechas territoriales de acceso: Fortalecer las redes regionales de atención y crear equipos móviles especializados con recursos específicos para asegurar una cobertura efectiva en zonas rurales y territorios apartados, garantizando condiciones equitativas en todo el país.

6. Enfoque reforzado de protección para niñas y adolescentes: Asegurar procedimientos diferenciados y acompañamiento especializado que evite la pérdida del acceso a la prestación por vencimiento de plazos en contextos de violencia sexual, bajo los principios de interés superior del niño y autonomía progresiva

7. Monitoreo, fiscalización y transparencia institucional: Publicar periódicamente información desagregada por región, causal y edad para identificar brechas de acceso, evaluar el funcionamiento del sistema y orientar medidas correctivas basadas en la evidencia.

En síntesis, avanzar hacia una implementación efectiva de la Ley N°21.030 requiere superar la lógica meramente formal del derecho para transitar hacia un modelo de garantía sustantiva. El acceso a la interrupción voluntaria del embarazo no puede depender del territorio, de las creencias individuales del personal de salud, ni de la capacidad de las personas gestantes para sortear barreras administrativas. Lograrlo no constituye únicamente un desafío técnico de gestión sanitaria, sino una obligación ineludible del Estado en materia de derechos humanos.

Solo mediante reformas normativas, el fortalecimiento institucional y una voluntad política sostenida, será posible asegurar que la Ley IVE cumpla plenamente su objetivo: proteger la vida, la dignidad y la autonomía de todas las niñas, adolescentes, mujeres y personas gestantes en Chile.

La objeción de conciencia en Chile frente a la Ley 21.030: una mirada desde la práctica sanitaria y sus tensiones internas

Claudia Santiago Hernández

Médica ginecóloga e integrante del directorio de Ginecólogas Chile.

La implementación de la Ley 21.030 en Chile, que despenaliza la interrupción voluntaria del embarazo en tres causales, supuso un cambio importante para el sistema de salud. Sin embargo, más allá del marco normativo, su aplicación ha estado marcada por dinámicas complejas dentro de los equipos sanitarios. Entre ellas, la objeción de conciencia ha emergido no solo como un fenómeno jurídico, sino también cultural, organizacional y profesional. Aunque la objeción de conciencia se plantea como un derecho individual del personal de salud, en la práctica adquiere dimensiones mucho más amplias. Pese a que según la legislación debe manifestarse de forma personal frente a un procedimiento específico y cumplir con requisitos estrictos, en la práctica suele traducirse en conductas que influyen en la organización del trabajo, en la relación con las y los pacientes y en la cultura interna de los servicios.

En muchos establecimientos, estas conductas se manifiestan también de formas más sutiles: dilaciones en la atención, falta de información clara, omisión de alternativas o derivaciones innecesarias. Aunque no siempre visibles, terminan configurando barreras reales para el acceso, especialmente en la causal violación, donde el tiempo es determinante.

Más allá de las barreras administrativas formales, existen dinámicas informales que afectan profundamente la implementación de la ley. En algunos centros se observa una cultura

interna en que la objeción de conciencia se transforma en una norma implícita, generando un entorno donde esta prestación se percibe como excepcional o incluso indeseable. Esto puede influir en las decisiones de profesionales jóvenes o con menor experiencia. A ello se suma la presión, directa o indirecta, que enfrentan quienes no son objetores por parte de colegas que sí lo son, expresada mediante comentarios despectivos, cuestionamientos éticos o una distribución injusta de la carga laboral.

Estas prácticas tienen consecuencias concretas para las mujeres y personas con capacidad de gestar: retrasos, mayor carga emocional, sensación de juicio o estigmatización, abandono institucional y desconfianza hacia el sistema de salud. Para los equipos, generan tensiones internas que erosionan el trabajo colectivo. Además, la aplicación desigual de la ley entre distintos centros profundiza las inequidades territoriales, haciendo que el acceso dependa, muchas veces, del lugar donde se atiende la persona.

Para superar estas barreras, el rol de las jefaturas y de la gestión institucional es clave. La falta de liderazgos claros y comprometidos con la garantía de los derechos de las mujeres y personas con capacidad de gestar favorece la consolidación de prácticas arbitrarias. Esto se agrava cuando son las propias jefaturas de servicios de ginecología quienes se declaran objetoras de conciencia.

Cuando no existen lineamientos explícitos, mecanismos de supervisión ni espacios de diálogo, las prácticas informales tienden a perpetuarse. Una gestión activa, en cambio, puede contribuir a equilibrar las cargas de trabajo, garantizar el acceso y promover un ambiente de respeto entre profesionales.

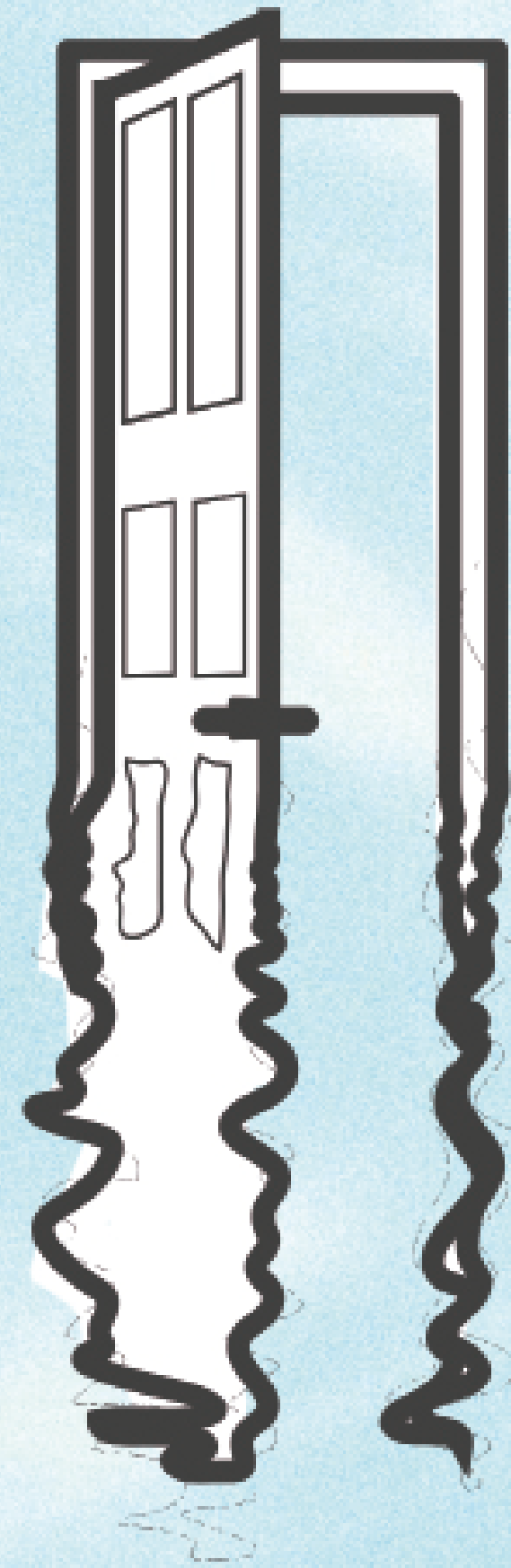
Resulta indispensable generar espacios de diálogo donde las y los profesionales puedan expresar sus posiciones sin temor a represalias. La capacitación continua en salud sexual y reproductiva, ética clínica y perspectiva de género también es esencial para construir una práctica más reflexiva y centrada en las necesidades de las mujeres y personas con capacidad de gestar.

Incorporar un enfoque de género en todas las prestaciones de salud sexual y reproductiva es urgente. Si la formación médica y de otras profesiones sanitarias aún no incorpora adecuadamente esta perspectiva, corresponde a los servicios de salud exigirla y promoverla activamente. Las barreras formales e informales que obstaculizan el ejercicio de las prestaciones contempladas en la Ley 21.030 se traducen en desigualdades de género que afectan profundamente la vida y la autonomía de las mujeres y personas con capacidad de gestar.

La objeción de conciencia, en este contexto, no puede entenderse como un mecanismo para obstaculizar derechos. Debe ser compatible con el deber del Estado de garantizar el acceso oportuno y digno a una prestación legalmente reconocida. Su ejercicio no puede traducirse en abandono, castigo o discriminación.

Vale recordar la distinción que hizo Valéry Giscard d'Estaing: "Como católico estoy en contra del aborto; como presidente de los franceses considero necesaria su despenalización". De ninguna otra forma debería entenderse la objeción de conciencia.

El acceso existe formalmente,
pero se licúa antes
de que alguien pueda
cruzarla.



AUTORAS

Karla Barraza Lara
Cientista Política
Universidad Central

Florencia Escobedo Muñoz
Cientista Política
Universidad Católica

Capítulo

02



Análisis de la implementación del Manual de Fiscalización de la Ley IVE Evaluación de resultados y brechas persistentes (2024)

Resumen

Que exista una ley no garantiza que se cumpla. La efectividad de la Ley N°21.030 depende críticamente de la capacidad del Estado para supervisar su aplicación real en el sistema de salud. Este capítulo analiza los resultados del proceso de fiscalización de la Ley IVE durante 2024, a partir de actas de inspección y pautas de chequeo obtenidas mediante solicitudes de transparencia a las 16 SEREMIS del país. Los hallazgos revelan brechas persistentes en estandarización y registro de información, y plantean preguntas urgentes sobre la capacidad institucional del Estado para garantizar efectivamente los derechos sexuales y reproductivos en Chile.

Bajo el marco normativo de la Ley N°21.030, cuya configuración y alcances fueron detallados en el capítulo precedente, su efectividad real no depende únicamente de la vigencia de la norma, sino de la capacidad del Estado para fiscalizar su cumplimiento material en el sistema sanitario. Una vez superada la etapa de reconocimiento formal del derecho, el desafío se desplaza hacia la arquitectura institucional y los mecanismos de supervisión robustos necesarios para asegurar que el acceso a la prestación sea una realidad material y no solo un derecho formal.

Históricamente, la implementación de la ley ha enfrentado una elevada tasa de objeción de conciencia, particularmente en la causal de violación, donde históricamente más del 40% del personal médico obstetra del sistema público se ha declarado objetor. A estas barreras se suman dificultades institucionales persistentes, entre ellas la falta de información adecuada en los equipos de salud, la ausencia de protocolos internos alineados con la normativa técnica, limitaciones en la disponibilidad de medicamentos para la interrupción farmacológica y deficiencias en los sistemas de derivación. Estas barreras no operan en el vacío, sino que se sostienen sobre una arquitectura institucional que requiere mecanismos de supervisión robustos para asegurar que el acceso a la prestación sea una realidad material y no solo un derecho formal.

Desde una perspectiva de derechos humanos, diversos organismos internacionales han establecido estándares claros en la materia. El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales ha señalado que el derecho a la salud comprende el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos los de aborto en los casos permitidos por la ley, los cuales deben ser disponibles, accesibles, aceptables y de calidad. Esto impone a los Estados la obligación de eliminar barreras normativas y prácticas que impidan su ejercicio efectivo (Comité DESC, 2016). En la misma línea, ONU Mujeres ha reiterado que la objeción de conciencia no puede transformarse en un obstáculo para el acceso a prestaciones legalmente garantizadas.

Asimismo, el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (CEDAW) ha recomendado expresamente que los Estados adopten marcos regulatorios que aseguren la disponibilidad de servicios de aborto seguro y que prevengan la negación del servicio bajo el pretexto de la objeción de conciencia institucional o la inexistencia de sistemas de derivación adecuados (CEDAW, 2017). Desde esta perspectiva, **el acceso al aborto no constituye una concesión estatal, sino una obligación jurídica derivada de compromisos internacionales.**

Del mismo modo, la Corte Interamericana de Derechos Humanos ha establecido que los Estados son responsables de regular y fiscalizar la prestación de los servicios de salud para proteger efectivamente los derechos a la vida y a la integridad personal, independientemente de si dichos servicios son provistos por entidades públicas o privadas (Corte IDH, 2018). Este deber de fiscalización adquiere particular relevancia tratándose de prestaciones vinculadas a la autonomía reproductiva y la dignidad de las personas gestantes.

En el plano interno, la IVE se inserta dentro del régimen general de atención de salud, siendo aplicables las normas que regulan los derechos y deberes de las personas en salud (Ley N°20.584), así como los mecanismos de reclamo y supervisión. En este marco, las Secretarías Regionales Ministeriales (SEREMIS) de Salud tienen el mandato legal de velar por el cumplimiento de las normas sanitarias, mientras que la Superintendencia de Salud cuenta con facultades para conocer reclamos y aplicar medidas correctivas y sancionatorias ante vulneraciones de derechos.

En 2021, la Unidad de Fiscalización del Consejo para la Transparencia advirtió una disponibilidad muy limitada de datos sobre la aplicación de la Ley IVE. Como respuesta a estas deficiencias, en enero de 2023 se publicó el Manual de Aplicación de Fiscalización Ley N°21.030. Este instrumento establece una pauta técnica estandarizada para la inspección sanitaria, abordando la organización de la red, el consentimiento informado, la constitución de causales y los protocolos de acompañamiento y derivación. Durante 2023, Miles Chile elaboró un primer estudio sobre la aplicación inicial del Manual, identificando brechas relevantes en su implementación, con sólo un 35% de cumplimiento de los parámetros establecidos en el manual y una deficiente implementación, con un 55% de ausencia de información derivada principalmente de la falta de aplicación de la pauta de chequeo, sustituida por actas de fiscalización genéricas¹. **El presente informe se centra en la segunda instancia de fiscalización, correspondiente al año 2024, con el objetivo de evaluar avances, persistencias de barreras y mejoras en la entrega y trazabilidad de la información.**

Bajo este enfoque de derechos el estudio busca formular recomendaciones orientadas a fortalecer el ejercicio efectivo de los derechos sexuales y reproductivos. En este marco, se plantean las siguientes preguntas de investigación: **¿cuáles han sido los avances en la aplicación del Manual de Fiscalización desde su primera implementación?, y ¿se mantienen las barreras identificadas durante 2023?**

¹ El informe, titulado "Manual de fiscalización de la Ley IVE, análisis y resultados de la primera implementación" se encuentra disponible en la web de Miles Chile en <https://mileschile.cl/que-hacemos/publicaciones/>

Responder estas interrogantes resulta clave. Una fiscalización adecuada constituye una herramienta esencial para asegurar el cumplimiento de la normativa y la protección de los derechos, fortaleciendo los controles sanitarios, la rendición de cuentas y la corrección oportuna de desviaciones en la implementación.

Metodología

Para el desarrollo del estudio, la información fue obtenida mediante solicitudes de acceso a la información pública (Ley N°20.285) dirigidas a las 16 SEREMIS de Salud del país. Se solicitó el detalle de las fiscalizaciones realizadas durante 2024 en establecimientos públicos y privados bajo el marco de la Ley N°21.030, incluyendo resultados y actas de inspección.

Este análisis da continuidad a la línea investigativa iniciada por Miles Chile en 2023, la cual permitió identificar que, hasta ese momento, el Estado no estaba cumpliendo cabalmente con su deber de fiscalizar. Por lo tanto, mientras que el estudio anterior detectó una falta de procesos sistemáticos de supervisión, el presente trabajo se propone observar de qué manera las SEREMI de Salud fiscalizaron durante el año 2024 la aplicación del Manual en hospitales y clínicas, evaluando si se mantienen las brechas detectadas o si existen avances en la materia.

Siguiendo la metodología de Miles Chile, el análisis se estructuró a partir de la pauta de chequeo del Manual de Fiscalización, al ser el instrumento oficial que permite estandarizar la evaluación. En los casos en que se utilizaron formatos distintos, la información fue sistematizada conforme a los criterios técnicos del Manual para asegurar la comparabilidad de los datos.

En total, se analizaron **26 pautas de chequeo** y **43 actas de inspección**. Asimismo, se presentaron situaciones particulares en la recepción de antecedentes: en Magallanes se registraron fiscalizaciones en siete establecimientos, pero solo se recibieron tres instrumentos; mientras que en Arica se entregaron múltiples documentos para los mismos centros, casos en los que se priorizó la información con mayor nivel de detalle.

Resultados

El proceso de fiscalización no es un mero trámite administrativo, sino el termómetro real de la eficacia de la Ley N°21.030 en el territorio. Los hallazgos que se presentan a continuación exponen la brecha existente entre la voluntad legislativa y la realidad operativa de los centros de salud. A través de la revisión de las actas y pautas de 2024, se hace visible una infraestructura de supervisión que aún lucha por estandarizarse y que, con frecuencia, opera en la penumbra informativa. Estos resultados permiten radiografiar no solo el cumplimiento de los recintos médicos, sino también la robustez o fragilidad de las instituciones encargadas de velar por los derechos reproductivos en Chile.

* Del proceso de acceso a la información

Durante 2024, se evidenciaron demoras persistentes en las respuestas institucionales y dificultades en la claridad y completitud de los documentos remitidos por las SEREMIS de Salud. De las 16 instituciones requeridas, no todas entregaron la información íntegra; se registraron casos de ausencia total o parcial de antecedentes, lo que limita la trazabilidad del proceso fiscalizador. Asimismo, se identificaron inconsistencias entre el número de fiscalizaciones reportadas y los documentos efectivamente entregados. Por ejemplo, en la región de Magallanes se informaron fiscalizaciones en siete establecimientos, pero solo se recibieron tres instrumentos. En términos de estandarización, una proporción significativa de los documentos remitidos no correspondía a la pauta oficial del Manual de Fiscalización, lo que dificulta la comparabilidad entre regiones. Si bien se observa una leve mejora respecto del proceso de 2023 -particularmente en la disponibilidad de algunos instrumentos-, persisten brechas relevantes en la calidad y homogeneidad de los antecedentes entregados. Estas limitaciones afectan la capacidad del Estado para monitorear la implementación de la Ley N°21.030 y generan incertidumbre sobre la integridad de los datos.

La recepción de documentos no estandarizados impidió una comparación adecuada, evidenciando una brecha entre la existencia de un instrumento oficial y su aplicación efectiva. **Esta situación compromete la igualdad territorial en el control sanitario y debilita la rendición de cuentas.**

* Del análisis de actas y pautas

Se analizaron antecedentes correspondientes a 73 establecimientos de salud. La pauta de chequeo contempla 41 parámetros, de los cuales 17 son considerados requisitos críticos.

En términos generales, solo el 31,1% de los parámetros evaluados fue consignado como cumplido, es decir, menos de un tercio de lo evaluado tiene evidencia clara de cumplimiento. Un 4,1% presentó irregularidades, de las cuales un 25% correspondió a requisitos críticos, como el consentimiento informado o los protocolos de derivación. No obstante, el dato más relevante es que el 64,8% de los parámetros careció de información suficiente: en la práctica, esto significa que en casi 2 de cada 3 casos es imposible determinar si la ley se está cumpliendo o no. Esta alta proporción de registros incompletos no solo limita la evaluación del desempeño de los establecimientos, sino que evidencia una debilidad estructural en los sistemas de registro y en la propia gestión del proceso de fiscalización. Más que reflejar únicamente incumplimientos, los resultados revelan un problema sistémico de producción de información que obstaculiza la transparencia, la rendición de cuentas y la capacidad del Estado para corregir la implementación de la política pública.

Las diferencias observadas entre las SEREMIS evidencian desigualdades en la rigurosidad de la fiscalización. Mientras regiones como Los Ríos, Antofagasta, Aysén y Coquimbo presentan niveles de registros incompletos inferiores al promedio nacional (64,8%), regiones como Los Lagos, Valparaíso, Maule y la Región Metropolitana concentran los mayores niveles de vacíos de información, superando dicho promedio. Esta disparidad impide atribuir los resultados únicamente al cumplimiento de la normativa, reflejando brechas territoriales en la capacidad institucional para sistematizar y reportar los procesos.

Solo dos establecimientos alcanzaron el 100% de cumplimiento (el Hospital Regional de Valdivia y la Clínica Alemana de Valdivia), lo que demuestra que el cumplimiento íntegro es posible. En el extremo opuesto, un grupo de establecimientos de la Región Metropolitana concentra las mayores proporciones de irregularidades, incluyendo incumplimientos en requisitos críticos como consentimiento informado, registros clínicos y protocolos de derivación. Si bien la información disponible no permite identificar con precisión el total de centros involucrados, los antecedentes analizados indican una frecuencia de irregularidades superior al promedio general (4,1%), evidenciando focos de riesgo en la región con mayor concentración poblacional del país.

El análisis también evidencia brechas entre prestadores: los hospitales presentan un promedio de cumplimiento superior al de las clínicas (36,2% versus 21,2%). Las clínicas privadas

cumplen, en promedio, casi la mitad que los hospitales públicos, pese a tener exactamente las mismas obligaciones legales. Esta disparidad atenta contra el principio de igualdad en el acceso a prestaciones sanitarias.

* Objeción de conciencia

El Decreto N°67 del Ministerio de Salud (aprobado en 2018 y modificado en 2025) regula el ejercicio de la objeción de conciencia, estableciendo requisitos formales para su declaración y la obligación de implementar protocolos de derivación que aseguren la continuidad y oportunidad de la atención.

Los resultados muestran un bajo nivel de implementación y difusión de esta normativa: de los 73 establecimientos analizados, solo 21 declaran disponer del reglamento y apenas 18 reportan su difusión interna, lo que representa apenas un 27% y un 23% respectivamente. Paralelamente, más del 70% de los establecimientos carece de información suficiente sobre estos aspectos, lo que refleja debilidades significativas en los sistemas de gestión.

Asimismo, solo 17 establecimientos cumplen simultáneamente con la disposición y difusión del reglamento, y apenas 8 cuentan con protocolos de derivación establecidos, es decir, solo 1 de cada 9 establecimientos tiene resuelto cómo garantizar la atención cuando un profesional objeta. En al menos 30 establecimientos no fue posible evaluar este componente, configurándose un vacío fiscalizador relevante.

Este escenario resulta crítico, pues la objeción de conciencia incide directamente en el acceso a la IVE. **La insuficiente formalización y difusión del decreto debilita su capacidad de orientar la práctica clínica y administrativa. Sin lineamientos claros, la normativa queda sujeta a interpretaciones discrecionales, lo que puede derivar en barreras de acceso, demoras injustificadas y vulneraciones de derechos, tanto para las personas gestantes como para el personal sanitario.**

* Acompañamiento psicosocial

El acompañamiento es un componente central del modelo de atención de la Ley N°21.030, regulado por el Decreto N°44/2017, la Norma Técnica de Acompañamiento y Atención Integral (R.E. N°129/2019) y la Orientación Técnica de Acompañamiento Psicosocial (R.E. N°401/2018).

Sin embargo, los resultados muestran un cumplimiento limitado: solo entre un 33% y 36% de los establecimientos declara disponer de estos instrumentos, lo que significa que aproximadamente 2 de cada 3 centros no tiene certeza de contar con las herramientas mínimas para acompañar a las personas durante el proceso. La difusión interna fluctúa entre un 29% y 31%, y de forma consistente, cerca del 60% de los centros carece de información suficiente sobre este punto. Esta brecha sugiere dificultades en la apropiación institucional del enfoque de acompañamiento integral. La baja difusión interna indica que, aun cuando los documentos existan, estos no necesariamente se traducen en prácticas clínicas estandarizadas ni en una comprensión compartida del rol del acompañamiento psicosocial.

En conjunto, los resultados evidencian que las brechas en la implementación del Manual de Fiscalización no responden a fallas puntuales, sino a debilidades estructurales en la capacidad del Estado para supervisar, registrar y estandarizar la normativa.

* Discusión

Desde una perspectiva de derechos humanos, los Estados tienen la obligación de garantizar la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad de los servicios de salud sexual y reproductiva. La fragilidad de los sistemas de fiscalización identificada en este estudio plantea desafíos graves para el cumplimiento de estas obligaciones internacionales.

Desde la óptica de la política pública, los hallazgos sugieren que las debilidades observadas no pueden ser interpretadas únicamente como fallas operativas o administrativas, sino que responden a problemas de gobernanza sanitaria, asociados a la fragmentación institucional, la ausencia de mecanismos de control robustos y la limitada priorización política de la implementación de la Ley IVE en el sistema de salud.

Si bien el Manual de Fiscalización constituye una herramienta clave, su implementación parcial limita significativamente su capacidad para garantizar la correcta ejecución de la normativa. El hecho de que el 64,8% de los parámetros carezca de información suficiente revela una fragilidad estructural en los mecanismos de rendición de cuentas, impidiendo al Estado identificar brechas, corregir prácticas y asegurar mejoras progresivas. La ausencia sistemática de registros constituye, en sí misma, una vulneración del derecho a la salud, al imposibilitar la evaluación de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad de las prestaciones (Comité DESC, 2016).

Asimismo, la heterogeneidad en los instrumentos utilizados por las SEREMIS genera una fragmentación que deriva en desigualdades territoriales. El acceso efectivo a la IVE termina

dependiendo, en gran medida, del lugar de residencia de la persona gestante, vulnerando el principio de igualdad ante la ley y el derecho a recibir prestaciones sanitarias en condiciones de equidad.

El contraste entre establecimientos con alto cumplimiento y aquellos con irregularidades críticas demuestra que la implementación del Manual de Fiscalización es técnicamente posible; por tanto, los bajos resultados observados en gran parte del país reflejan diferencias en la voluntad institucional y las capacidades de gestión. Es particularmente preocupante la concentración de irregularidades en la Región Metropolitana. Dado que se trata de la zona con mayor densidad poblacional, estas falencias impactan a un gran volumen de la población en el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos. **La falta de registros sobre consentimiento informado, derivaciones o acompañamiento expone a las personas gestantes a riesgos evitables, como dilaciones indebidas, revictimización o negación del servicio.**

En cuanto a la objeción de conciencia, los datos evidencian una aplicación deficiente del Decreto N°67. La escasa difusión y la ausencia de protocolos de derivación sugieren que este mecanismo continúa operando como una barrera de acceso, en lugar de una excepción regulada. Ello contradice los estándares internacionales que exigen que la objeción de conciencia sea individual, registrada y acompañada de medidas que aseguren la continuidad de la atención (CEDAW, 2017; OMS, 2022).

Las diferencias observadas entre clínicas y hospitales refuerzan esta preocupación. El menor nivel de cumplimiento promedio en el sector privado sugiere debilidades en la supervisión de prestadores no públicos, pese a que el deber estatal de fiscalización es idéntico para ambos. Esta situación pone en evidencia la necesidad de fortalecer los mecanismos de control sobre clínicas privadas, evitando que la lógica de mercado prevalezca sobre la garantía de derechos.

Finalmente, el diseño actual del Manual de Fiscalización presenta limitaciones: privilegia la revisión documental sobre la evaluación de procesos sustantivos y carece de indicadores de calidad. Esto reduce su capacidad para detectar vulneraciones estructurales y transforma la fiscalización en un ejercicio mayoritariamente administrativo.

El Manual de Fiscalización constituye una herramienta central para garantizar el cumplimiento de la Ley N°21.030, pero los resultados de 2024 revelan debilidades significativas y persistentes en estandarización, registro de información y transparencia. Comparado con el proceso de 2023, donde el 55% de los casos carecía de información por ausencia de la pauta de chequeo, el presente estudio evidencia que, si bien se observa una leve mejora en la disponibilidad formal de instrumentos en algunas regiones, esta no se ha traducido en una transformación estructural del sistema de fiscalización. El 64,8% de los parámetros evaluados sigue careciendo de información suficiente para determinar cumplimiento o incumplimiento, cifra que supera incluso la ausencia de datos registrada el año anterior y que expresa con claridad que las brechas identificadas en 2023 no solo persisten, sino que se consolidan como rasgos sistémicos.

Es alarmante que algunas SEREMIS desconocieran inicialmente sus competencias fiscalizadoras, lo que refleja una fragilidad institucional profunda que afecta directamente la protección de los derechos sexuales y reproductivos. A esto se suma la heterogeneidad de instrumentos utilizados entre regiones, que impide la comparabilidad territorial y perpetúa desigualdades en el acceso según lugar de residencia. Las barreras identificadas en 2023 – falta de protocolos estandarizados, deficiente implementación de la objeción de conciencia y ausencia de mecanismos de derivación– se mantienen en 2024 sin resolución sustantiva. Que apenas ocho establecimientos cuenten con protocolos de derivación establecidos, y que solo dos hayan alcanzado el 100% de cumplimiento, grafica con precisión la distancia entre lo normativamente exigible y lo institucionalmente realizado.

Los altos porcentajes de “sin información” no deben interpretarse exclusivamente como incumplimientos de los establecimientos, sino principalmente como fallas del sistema de fiscalización. Un Estado que no produce datos consistentes sobre el cumplimiento de una ley carece de herramientas para diseñar políticas correctivas, identificar focos de riesgo o asegurar mejoras progresivas. La ausencia sistemática de registros constituye, en sí misma, una vulneración del derecho a la salud, al imposibilitar la evaluación de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad de las prestaciones. Este problema es especialmente grave en la Región Metropolitana, donde la concentración de irregularidades en requisitos críticos, como consentimiento informado y protocolos de derivación, afecta a la mayor densidad poblacional del país. Por tanto, fortalecer los mecanismos de fiscalización no constituye únicamente una mejora administrativa del sistema sanitario, sino una condición indispensable para garantizar el ejercicio efectivo de los derechos sexuales y reproductivos. Entre

2023 y 2024 hubo ajustes formales, pero no transformación estructural. Mientras el Estado no cuente con la arquitectura institucional, la voluntad política y los recursos técnicos para supervisar, registrar y corregir de manera sistemática y estandarizada, el derecho consagrado en la Ley N°21.030 seguirá siendo una promesa formal para quienes más lo necesitan.

1. Estandarización del proceso fiscalizador: Adoptar obligatoriamente la pauta de chequeo establecida en el Manual de Fiscalización, asegurando su aplicación uniforme en todas las SEREMIS de Salud y prohibiendo formatos alternativos que impidan la comparabilidad de los datos. Esta directriz debe incluir criterios mínimos de registro y legibilidad, estableciendo consecuencias administrativas ante su incumplimiento.

2. Calendario obligatorio de fiscalizaciones: Implementar un cronograma de inspecciones periódicas que permitan realizar evaluaciones longitudinales sobre el cumplimiento de la Ley N°21.030 y facilite el seguimiento efectivo de los planes de mejora en los establecimientos de salud.

3. Sistema nacional unificado de registro: Desarrollar una plataforma digital centralizada para consolidar la información recabada por las SEREMIS, mejorando la trazabilidad del proceso y facilitando el acceso público a datos agregados y estadísticas nacionales.

4. Indicadores sustantivos de calidad: Actualizar el Manual de Fiscalización incorporando variables que evalúen la calidad de la atención, tales como la comprensión del consentimiento informado, la oportunidad de la prestación, la continuidad del acompañamiento psicosocial y la capacitación permanente de los equipos de salud.

5. Supervisión de prestadores privados: Establecer planes específicos de fiscalización para clínicas particulares, garantizando que el estándar de cumplimiento sea equivalente al exigido en el sistema público, con especial énfasis en los requisitos críticos y protocolos de derivación.

6. Regulación de la objeción de conciencia: Supervisar rigurosamente este derecho mediante registros actualizados de objetores y mecanismos de sanción para los casos en que la objeción derive en negación de atención o ausencia de una derivación que asegure la continuidad de la atención.

7. Incorporación de la experiencia de las usuarias: Implementar instrumentos estandarizados dentro de la evaluación fiscalizadora para recoger información sobre trato digno y acceso a información, resguardando siempre la confidencialidad, voluntariedad y seguridad de las personas consultadas.

8. Formación técnica de los equipos fiscalizadores: Ejecutar programas permanentes de capacitación en derechos humanos, perspectiva de género y salud sexual y reproductiva, con el fin de asegurar supervisiones técnicamente robustas, y sensibles a las desigualdades estructurales que afectan a las personas gestantes.

9. Alineación con estándares internacionales: Integrar expresamente en el Manual de Fiscalización las recomendaciones del Comité CEDAW, el Comité DESC y la Organización Mundial de la Salud, reforzando el vínculo entre los derechos humanos y las obligaciones internacionales del Estado de Chile.

10. Transparencia activa y rendición de cuentas: Publicar informes nacionales sobre Garantizar mecanismos de transparencia activa sobre fiscalización de la Ley IVE, con datos desagregados y comparables que permitan el escrutinio público sobre los resultados y las medidas correctivas adoptadas.

11. Gobernanza y coordinación interinstitucional: Crear una instancia nacional que articule el trabajo de las SEREMIS de Salud, la Superintendencia de Salud y el nivel central del Ministerio de Salud, dotándola de atribuciones para reducir la fragmentación institucional y corregir las brechas detectadas en la política pública.



Fiscalización de la Ley N°21.030: hallazgos, incumplimientos y responsabilidades

Claudia Sarmiento

Abogada Uch, LI.M NYU, socia en SW&G y profesora de derecho constitucional UAH.

No basta con tener una ley si los derechos que contempla no son efectivos para las personas. Así lo demuestra el segundo capítulo del Informe Anual de Miles Chile: a ocho años de la promulgación de la Ley N°21.030, en que el desafío central de la política pública ya no radica en la existencia de la norma, sino en la capacidad del Estado para asegurar su implementación efectiva. En ese marco, la fiscalización de los establecimientos de salud emerge como un mecanismo esencial de control sanitario y, al mismo tiempo, como el eslabón más débil de la cadena regulatoria.

Los resultados que arroja el capítulo son estructuralmente preocupantes: solo el 31,1% de los parámetros fue consignado como cumplido, el 4,1% presentó irregularidades, de las cuales un 25% correspondió a requisitos críticos. El dato más revelador es el 64,8% restante, que careció de información suficiente para determinar si hubo o no cumplimiento². Ese porcentaje no equivale a cumplimiento tácito, sino a una falla del propio sistema de supervisión estatal, no necesariamente de los establecimientos fiscalizados.

¿Qué responsabilidades recaen, entonces, sobre la administración pública? El Manual de Fiscalización opera como el umbral de activación de la responsabilidad sanitaria de los

² Miles, op. cit., pág. 6.

prestadores. El régimen es escalonado: ante el incumplimiento de cualquier requisito crítico, el fiscalizador debe elaborar un plan de intervención inmediato. Si ese incumplimiento configura un incidente crítico, definido por el propio instrumento como falla inesperada o no deseada en el proceso de atención que genera o puede generar daño³, puede derivar en un registro sanitario. Las sanciones aplicables conforme al Código Sanitario comprenden amonestación, multa, clausura y cancelación de la autorización sanitaria.

Las SEREMIS son el órgano primario de fiscalización de la Ley N°21.030 en el territorio regional. El estudio constata que varias de ellas incurrieron en incumplimientos de sus propios deberes institucionales: aplicaron formatos alternativos a la pauta oficial, no remitieron la totalidad de los instrumentos levantados e incurrieron en demoras injustificadas en la respuesta a solicitudes de transparencia. Algunas, incluso, desconocieron inicialmente sus competencias fiscalizadoras, lo que requirió la interposición de reclamos de amparo ante el Consejo para la Transparencia.

Desde el punto de vista del derecho administrativo, la omisión o el ejercicio deficiente de las potestades fiscalizadoras puede configurar *falta de servicio*⁴. Esta figura genera responsabilidad patrimonial del Estado frente a las personas cuyo acceso a la IVE fue obstaculizado como consecuencia directa de la inacción o negligencia del organismo fiscalizador. La Ley N°20.584 reconoce expresamente el derecho de las personas a recibir un trato digno, a ser informadas oportunamente y a que se respete su autonomía en las decisiones de salud. Su vulneración habilita acciones de indemnización de perjuicios tanto contra el profesional actuante como contra el establecimiento que lo cobija, con base en las reglas generales de responsabilidad extracontractual o contractual, según la naturaleza de la relación con el prestador.

En paralelo, el incumplimiento de la obligación de responder solicitudes de transparencia constituye una infracción autónoma a la Ley N°20.285, que puede derivar en responsabilidad disciplinaria de los funcionarios responsables y en sanciones institucionales.

Adicionalmente, los incumplimientos constatados pueden generar responsabilidad civil y penal. La negación de atención en una causal legalmente configurada, la omisión de derivación oportuna o la ausencia de consentimiento informado debidamente documentado son hechos que, dependiendo de su entidad y consecuencias, pueden encuadrar en figuras de

responsabilidad médica por omisión o negligencia en la prestación de servicios de salud. En casos extremos, pueden alcanzar figuras penales relativas a la denegación de auxilio o lesiones por impericia.

El mérito central del capítulo reside precisamente en hacer visible lo que el sistema preferiría mantener opaco: que el 64,8% de parámetros sin información es, ante todo, una falla de registro del órgano fiscalizador, no de los establecimientos. Sin datos consistentes, la responsabilidad sanitaria de los prestadores no puede activarse y la política pública opera en un vacío de accountability. La pregunta que el capítulo deja abierta -y que merece seguimiento- es si las SEREMIS cuentan con los recursos institucionales para cumplir sus obligaciones fiscalizadoras, o si la precariedad del registro refleja también una precariedad estructural. Responderla es condición para que la Ley N°21.030 deje de depender del azar institucional.

⁴ Ley N°18.575, Orgánica Constitucional de Bases Generales de la Administración del Estado, art. 42.

AUTORA

Karla Barraza Lara
Cientista Política
Universidad Central

Capítulo ▶

03



Insuficiencia Ovárica
Prematura en Chile:
Diagnóstico y desafíos desde
una perspectiva clínica,
psicosocial y de políticas
públicas



La asimetría no es de
peso sino de existencia.
El vacío como dato.

Resumen

La Insuficiencia Ovárica Prematura (IOP) es una condición que impacta profundamente la salud sistémica y los proyectos de vida de mujeres y adolescentes antes de los 40 años. A pesar de su severidad, en Chile y América Latina existe una brecha crítica en su reconocimiento institucional y clínico. El presente capítulo analiza esta realidad desde un enfoque interdisciplinario, examinando las barreras que enfrentan las pacientes en el sistema de salud actual. El estudio propone la necesidad de transitar hacia modelos de atención integrales que garanticen la autonomía reproductiva y el bienestar psicosocial, posicionando a la IOP como una prioridad pendiente en la agenda de salud pública nacional.

Contexto

La Insuficiencia Ovárica Prematura se caracteriza por el deterioro parcial o total de la función ovárica antes de los 40 años, incluyendo a la población adolescente. Clínicamente, esta se manifiesta mediante amenorrea u oligomenorrea persistente, hipoestrogenismo y elevación de gonadotrofinas, especialmente de la hormona foliculoestimulante (FSH) en rangos menopáusicos (Nelson, 2009; ESHRE, 2016).

Se estima que afecta aproximadamente a entre el 1% y el 2% de la población femenina en este rango etario (Coulam et al., 1986; Torrealday et al., 2017). A pesar de su prevalencia relativamente baja, su impacto individual y social es profundo, dada su asociación con sintomatología climatérica precoz, infertilidad y un incremento en los riesgos de salud ósea, cardiovascular y cognitiva.

En América Latina, y particularmente en Chile, la IOP continúa siendo una condición subdiagnosticada y poco presente en la agenda sanitaria, a pesar de sus severas implicancias. Esta invisibilización institucional, sumada a la carencia de registros nacionales y lineamientos clínicos integrales, dificulta dimensionar su magnitud real y limita el desarrollo de políticas orientadas a una atención oportuna, interdisciplinaria y centrada en las personas.

Desde la perspectiva de los derechos sexuales y reproductivos, esta condición plantea desafíos para el sistema de salud. Al afectar directamente la autonomía reproductiva, la toma de decisiones informadas y los proyectos de vida de mujeres jóvenes en etapas clave de su desarrollo, la IOP impacta severamente en su bienestar psicosocial.

En este marco, el presente estudio adopta una metodología exploratoria y descriptiva, con el fin de contribuir al análisis del estado de la IOP, integrando dimensiones biomédicas, psicosociales y de política pública en el contexto chileno.

La IOP se define por la pérdida de la función ovárica antes de los 40 años, evidenciada por alteraciones menstruales de al menos cuatro meses y niveles elevados de FSH en dos mediciones separadas (ESHRE, 2016). A diferencia de la menopausia natural, la IOP puede presentar una actividad ovárica intermitente, lo que explica la posibilidad -aunque limitada- de ovulación espontánea.

Sus causas son diversas e incluyen factores genéticos (como anomalías del cromosoma X), mecanismos autoinmunes, tratamientos gonadotóxicos (quimioterapia y radioterapia), infecciones y etiologías idiopáticas, siendo estas últimas responsables de hasta el 60-70% de los casos (Nelson, 2009; Torrealday et al., 2017).

Las consecuencias clínicas abarcan la infertilidad y un mayor riesgo de comorbilidades a largo plazo, tales como osteoporosis, Parkinson y demencia, lo que refuerza la importancia de un diagnóstico y tratamiento oportunos. (Popat et al., 2009). Más allá de sus implicaciones biomédicas, la IOP representa una experiencia vital disruptiva. Diversos estudios cualitativos describen el diagnóstico como un evento traumático, comparable a un duelo, especialmente cuando ocurre de manera inesperada en mujeres jóvenes con deseos reproductivos activos (Greil et al., 2011; Gibson-Helm et al., 2014).

Las mujeres diagnosticadas suelen reportar una experiencia emocional, caracterizada por shock, incredulidad, tristeza profunda, culpa y pérdida de identidad, además de elevados niveles de ansiedad. La evidencia muestra que la IOP se asocia a un mayor riesgo de trastornos de salud mental y a una disminución en la calidad de vida en comparación con mujeres sin esta condición (Tian et al., 2024). El impacto se extiende a la autoestima, la imagen corporal, la vida de pareja y los proyectos reproductivos, afectando la percepción del propio cuerpo y del futuro (Gibson-Helm et al., 2014). En este sentido, el diagnóstico es vivido frecuentemente como un “duelo reproductivo”, proceso que no siempre es reconocido ni abordado adecuadamente por los sistemas de salud (Greil et al., 2011).

Asimismo, la literatura evidencia que muchas mujeres enfrentan una atención fragmentada, con escasa entrega de información, limitada contención emocional y ausencia de derivación sistemática a apoyo psicológico (Gibson-Helm et al., 2014). Esta situación profundiza el malestar, dificultando la asimilación del diagnóstico y la toma de decisiones informadas.

La experiencia de la IOP está, además, fuertemente mediada por factores socioculturales: En contextos donde la maternidad es central para la identidad femenina, la infertilidad adquiere un peso simbólico que amplifica el impacto emocional (Greil et al., 2011).

Desde una perspectiva de género, la IOP se inscribe en un campo más amplio de desigualdades en salud, donde las condiciones específicas de las mujeres tienden a ser subpriorizadas, especialmente cuando afectan a grupos jóvenes y no se traducen en indicadores de alta mortalidad. Actualmente, los tratamientos recomendados por la evidencia científica no están incorporados de manera sistemática en el sistema de salud, limitando el acceso equitativo a alternativas terapéuticas.

Determinantes sociales como el nivel socioeconómico, el territorio, la educación y el tipo de aseguramiento influyen directamente en el acceso al diagnóstico y al apoyo psicosocial, configurando trayectorias de atención marcadas por la inequidad.

Contexto en Chile y América Latina

En América Latina, la evidencia sobre IOP es limitada y predominantemente biomédica con pocos estudios que aborden las dimensiones psicosociales o de políticas públicas. En Chile, la ausencia de estadísticas oficiales y registros nacionales no permiten caracterizar debidamente a esta población.

El abordaje clínico se concentra principalmente en la atención ginecológica y la terapia hormonal de reemplazo, con una escasa incorporación de otras alternativas necesarias para el bienestar integral.

Actualmente, la IOP carece de garantías explícitas en el régimen GES y de programas ministeriales específicos, quedando diluida en categorías amplias como infertilidad o trastornos endocrinos. Esta falta de reconocimiento institucional contribuye a su invisibilización y dificulta el desarrollo de modelos de atención integrales, a diferencia de países de ingresos altos que han avanzado en guías clínicas específicas y modelos multidisciplinarios que integran ginecología, endocrinología, salud mental y consejería reproductiva (ESHRE, 2016).

En conjunto, los antecedentes permiten identificar limitaciones estructurales en el abordaje de la IOP, orientando la discusión hacia las implicancias de estas brechas en Chile.

El análisis permite identificar a la IOP como una condición insuficientemente abordada desde una perspectiva integral. En Chile, predomina un modelo de atención centrado en el manejo biomédico y hormonal, mientras que las dimensiones psicosociales y de acompañamiento emocional quedan mayoritariamente relegadas a iniciativas individuales de los equipos de salud, permaneciendo escasamente integradas en los modelos de atención formales.

Un elemento estructural que atraviesa esta problemática es la ausencia de datos epidemiológicos nacionales específicos. Esta carencia no solo dificulta dimensionar la magnitud de la condición, sino que también refleja una brecha institucional en el reconocimiento de problemáticas de salud para las mujeres. Esta invisibilidad estadística limita el diseño de políticas basadas en evidencia y se traduce, a su vez, en una invisibilidad institucional que contribuye a que la IOP permanezca fuera de las prioridades sanitarias.

A ello se suma una brecha significativa en la formación y capacitación de los equipos de salud. Se describen retrasos frecuentes en el diagnóstico, múltiples consultas previas sin resolución y dificultades en la interpretación de exámenes hormonales, situaciones que incrementan la angustia de las pacientes y erosionan la confianza en el sistema sanitario (Nelson, 2009; Gibson-Helm et al., 2014). Estas dificultades responden también a su escasa presencia en los currículos de pregrado y programas de educación continua.

En este contexto, el bajo conocimiento profesional sobre la IOP emerge como un factor central que contribuye al subdiagnóstico y al diagnóstico tardío. Muchas mujeres atraviesan períodos prolongados de sintomatología menstrual irregular o amenorrea sin una evaluación hormonal oportuna, particularmente en los niveles primarios de atención. **Esta situación resulta especialmente relevante en Chile, donde la atención primaria cumple un rol clave como puerta de entrada al sistema, pero no siempre cuenta con las herramientas formativas ni con protocolos claros para la pesquisa precoz.**

Asimismo, la limitada incorporación de enfoques psicosociales y de género en la práctica clínica favorece una atención centrada casi exclusivamente en los aspectos biomédicos. Estudios cualitativos muestran que las mujeres con IOP suelen percibir una comunicación tecnificada, con escasa validación de su experiencia subjetiva y poco espacio para abordar el impacto emocional del diagnóstico (Greil et al., 2011; Gibson-Helm et al., 2014). Esta carencia de acompañamiento contribuye a profundizar la vivencia de duelo y aislamiento.

Desde la lógica del sistema sanitario chileno, caracterizado por una alta segmentación y desigualdades en acceso, estas brechas tienden a amplificarse (Goyenechea, 2019; Dragnic & Saavedra, 2025). **Las trayectorias de atención suelen ser fragmentadas, con diferencias significativas según nivel socioeconómico, tipo de aseguramiento y territorio, lo que se traduce en accesos diferenciados y, en muchos casos, tardíos a diagnóstico y tratamiento** (Olavarría Gambi, 2005). En ausencia de garantías explícitas o programas específicos, las prestaciones quedan sujetas a disponibilidades locales, capacidades institucionales y recursos individuales, reproduciendo inequidades estructurales en el ejercicio del derecho a la salud (Amnistía Internacional, 2024).

Desde una perspectiva de género, la invisibilización de la IOP es parte de un patrón de subpriorización de condiciones de salud que afectan principalmente a mujeres, especialmente cuando se vinculan con la reproducción, la fertilidad y etapas tempranas del ciclo vital, sin traducirse en indicadores tradicionales de carga de enfermedad como la mortalidad.

Desde una perspectiva de derechos sexuales y reproductivos, esta situación resulta problemática, dado que la IOP impacta directamente en la autonomía y en los proyectos de vida. La falta de políticas puede interpretarse como una forma de desprotección institucional frente a una condición que genera un sufrimiento psicosocial significativo en quienes buscan un embarazo.

No obstante, este escenario abre una oportunidad estratégica. El reconocimiento de la IOP como un problema relevante permitiría avanzar hacia modelos de atención interdisciplinarios, integrando ginecología, endocrinología, cardiología, neurología, salud mental y trabajo social.

Chile tiene la posibilidad de posicionarse como país pionero en América Latina al incorporar esta condición en su agenda sanitaria, desarrollando lineamientos clínicos específicos, fortaleciendo la formación profesional y promoviendo un enfoque centrado en la persona. Abordar la IOP de manera integral no solo mejoraría la calidad de vida de las mujeres afectadas, sino que representaría un avance hacia un sistema de salud más equitativo y comprometido con el ejercicio efectivo de los derechos reproductivos.

Conclusiones

La Insuficiencia Ovárica Prematura constituye una condición compleja con profundas repercusiones clínicas, hormonales, reproductivas y psicosociales. En Chile, su abordaje se caracteriza por la ausencia de registros específicos y la falta de lineamientos integrales. El estudio evidencia brechas significativas en acceso, oportunidad y continuidad de la atención, particularmente en el sistema público, así como una escasa visibilización de la IOP en la agenda sanitaria nacional. Estas limitaciones impactan directamente en la calidad de vida de las usuarias y reproducen desigualdades estructurales de género.

En este sentido, la ausencia de reconocimiento institucional no solo constituye una brecha sanitaria, sino también una forma de desprotección frente a una condición que afecta la salud integral, la autonomía y el bienestar. El escenario actual abre la oportunidad de incorporar la IOP en el debate público y en las políticas de salud para avanzar hacia modelos de atención más justos e interdisciplinarios.

Recomendaciones

1. Elaboración de guías clínicas nacionales: Desarrollar lineamientos específicos para la IOP que integren un enfoque interdisciplinario, incluyendo ginecología, endocrinología, salud mental y consejería reproductiva, con el objetivo de garantizar una atención integral y basada en evidencia.

2. Implementación de registros epidemiológicos: Crear sistemas de información nacionales que permitan caracterizar la población afectada por IOP, generar evidencia sobre su prevalencia y orientar el diseño de políticas basadas en datos.

3. Incorporación del abordaje integral: integrar el acompañamiento psicológico, social y físico como parte estándar del abordaje clínico de la IOP, reconociendo que el diagnóstico tiene un impacto en diferentes ámbitos de la vida de las mujeres.

4. Fortalecimiento de la formación profesional: Potenciar la capacitación de los equipos de salud en diagnóstico temprano de IOP y en habilidades de comunicación clínica empática, particularmente en los niveles de atención primaria.

5. Garantía de acceso equitativo: Asegurar la disponibilidad de terapias hormonales, consejería reproductiva y alternativas de preservación o tratamiento de fertilidad mediante su incorporación progresiva en el sistema público de salud, reduciendo las brechas asociadas al nivel socioeconómico.

6. Promoción de la investigación nacional: Fomentar estudios sobre la IOP que integren dimensiones clínicas, psicosociales y de políticas públicas, con el fin de fortalecer la evidencia disponible y su actualización permanente.

7. Priorización en la agenda sanitaria: Incorporar a la IOP como condición prioritaria, mediante su reconocimiento explícito en instrumentos de planificación sanitaria, el desarrollo de lineamientos específicos y la asignación de recursos para su diagnóstico, tratamiento y seguimiento.

8. Sensibilización y visibilización pública: Promover iniciativas de concientización sobre la IOP, incluyendo la conmemoración de un día nacional, con el objetivo de generar un reconocimiento social de esta condición y reducir su estigmatización.

Insuficiencia Ovárica Prematura en Chile entre lo proyectable y lo pendiente

Isabel Farías, Franchesca Rubina, Emilia Carvajal y Nicole Schifferli
Dirección Ejecutiva de Fundación Respuestas.

La Insuficiencia Ovárica Prematura (IOP) en Chile atraviesa un momento clave. Si bien existen avances técnicos, consensos claros y líneas de acción en marcha, su impacto real depende de un factor decisivo: resolver lo pendiente. Como se ha analizado a lo largo de este capítulo, no es posible avanzar de manera sostenida si aquello que ya está construido no se consolida. El desafío actual no es solo ampliar propuestas, sino ejecutar, validar institucionalmente y avanzar con decisión, entendiendo que ciertos ámbitos requerirán necesariamente un desarrollo progresivo.

Dentro de este escenario, uno de los hitos más relevantes ha sido el documento técnico impulsado por Fundación Respuestas, antesala de la futura Orientación Técnica. Elaborado por cinco sociedades médicas junto al área técnica del Ministerio de Salud y una universidad, este instrumento recoge un enfoque interdisciplinario y basado en evidencia que dialoga directamente con los estándares clínicos aquí expuestos. Sin embargo, su impacto sigue condicionado a su validación formal. Sin ese respaldo institucional, su implementación permanece limitada pese a las voluntades existentes.

A partir de este contexto, nuestra fundación ha sostenido una postura deliberadamente realista. El realismo no implica falta de ambición, sino responsabilidad. Chile aún no cuenta con una política pública específica en torno a la IOP, y avanzar en esa dirección exige evitar expectativas que el sistema todavía no puede sostener.

Considerar la magnitud del problema permite dimensionar este análisis. La IOP afecta aproximadamente al 1 y 3,7 % de la población femenina menor de 40 años, incluyendo a menores de edad. No es un fenómeno marginal, sino una condición con un impacto sanitario, social y emocional significativo que continúa sin una respuesta estructurada desde el Estado.

En paralelo, iniciativas parlamentarias han intentado posicionar el tema, como la propuesta de un día nacional de conmemoración. No obstante, la falta de articulación ha impedido su consolidación. El riesgo es evidente: acciones aisladas podrían diluir el problema en lugar de instalarlo. El desafío es construir sobre una base sólida y con un foco común. Se logrará, solo es cuestión de tiempo.

Hoy podemos afirmar con convicción que se ha articulado una red de instituciones y personas, en Chile y el extranjero, comprometidas con esta causa. Este trabajo sostenido y ad honorem busca mejorar la calidad de vida de quienes viven con IOP. Un ejemplo concreto es el libro Los Ovarios de Catalina, que integra la experiencia de una paciente con una guía técnica elaborada por especialistas, disponible hoy de forma gratuita.

En el ámbito clínico existe consenso sobre la necesidad de un abordaje integral que incluya terapias hormonales, consejería reproductiva y apoyo en salud mental. Esto cobra especial relevancia considerando que la condición se asocia a menor expectativa de vida y mayor riesgo cardiovascular, óseo, cognitivo y genitourinario, con un impacto significativo en la salud mental y la calidad de vida. Por ello, el abordaje no puede perder de vista las comorbilidades vinculadas a la salud en su conjunto. Como se detalla en este capítulo, estas medidas no son aspiracionales, ya están definidas. El problema no es la falta de acuerdo técnico, sino su implementación: sin acceso efectivo y oportuno, el consenso pierde su valor práctico.

De forma similar, persisten brechas en la formación de profesionales, especialmente en la atención primaria, respecto al diagnóstico temprano y la comunicación clínica. La señal es clara: el mundo académico debe incorporar la IOP en sus mallas curriculares, lo que requiere recursos y decisión institucional. Asimismo, persiste una deuda en los registros epidemiológicos nacionales; sin datos precisos, no es posible construir una política pública sólida.

En síntesis, el escenario actual no carece de propuestas ni de acuerdos, sino de ejecución. Cada área mencionada cuenta con acciones identificadas, pero su éxito dependerá de la capacidad de abordar lo pendiente. Avanzar sin consolidar es avanzar de forma frágil, tal como ocurre con la salud ósea en personas con IOP que no reciben tratamiento oportuno.

Finalmente, es necesario decirlo con claridad: la salud no puede resolverse en medio de tensiones que se perciben como disputas de poder. Para quienes viven con IOP, esto no es un debate estratégico, es una carga cotidiana. Mantener estas dinámicas no solo retrasa decisiones urgentes, sino incrementa el desgaste de quienes ya enfrentan su propia realidad.

Hay acuerdo, hay construcción, pero
falta tierra firme donde anclarse.
Avanzar sin consolidar es avanzar
de forma frágil.



Miles + ▶

En este capítulo especial se presenta, a modo de avance, una investigación seleccionada en el concurso anual Miles+, que promueve la difusión de estudios de personas y organizaciones locales con escasa visibilización. El comité de Corporación Miles eligió este trabajo por su carácter innovador y su aporte a la discusión sobre el abuso de cesáreas y sus consecuencias en mujeres y personas gestantes. Más información: claudia.bustamante_s@mail.udp.cl

AUTORAS

Vanessa González Piña
Escuela de Obstetricia,
Universidad Mayor

Katherine Dinamarca Aravena
Escuela de Obstetricia,
Centro de Investigación en Sociedad
y Salud, Universidad Mayor



Matronería y transición de Género Masculino: un estudio cualitativo en la atención de Salud Pública de Chile

Garantizar la salud sexual y reproductiva desde un enfoque de derechos humanos exige una atención que reconozca la diversidad. En Chile, pese a avances como la Ley de Identidad de Género (2018), las personas transmasculinas aún enfrentan brechas estructurales en la atención en salud.

Este estudio cualitativo, basado en la Teoría Fundamentada, analiza las experiencias de diez matronas del sistema público, evidenciando tensiones entre marcos institucionales heteronormativos y una ética del cuidado afirmativa. Sus hallazgos posicionan a la matronería como un actor clave para una atención más inclusiva y abren preguntas sobre la formación profesional y las políticas en salud pública.

La salud sexual y reproductiva de las personas es un aspecto dinámico, pues sus necesidades cambian con el tiempo (Moreno, 2024). En Chile, el profesional de la matronería es un experto en el cuidado, acompañamiento, educación y apoyo en materia de salud sexual y reproductiva a lo largo de todo el ciclo de vida (Ortiz et al., 2024).

La Organización Mundial de la Salud (OMS), el año 2006, define la salud sexual como “un estado de bienestar físico, mental y social en relación con la sexualidad, que no se limita a la ausencia de enfermedad, disfunción o incapacidad”. Esta definición fue actualizada en 2010, incorporando una mirada integral, en donde la OMS enfatiza que la salud sexual debe abordarse desde un enfoque de derechos y género, subrayando que la experiencia sexual debe ser placentera, segura y libre de discriminación y violencia.

En este marco, resulta fundamental adoptar una perspectiva que integre la diversidad sexual, entendida como la libertad de cada persona para asumir, expresar y vivir su sexualidad, reconociendo la existencia de múltiples expresiones sexuales, orientaciones e identidades de género.

La American Psychological Association (2013) define el término “transgénero” como aquellas personas cuya identidad de género, expresión de género o conducta no se ajusta a lo que se asocia con el sexo asignado al nacer. En este contexto, se entiende por personas transmasculinas aquellas con genitalidad femenina que se identifican socialmente como masculinas.

A nivel mundial existe escasa información y datos poco precisos sobre indicadores de salud en la población trans, ya sea porque no son considerados en los estudios como un tercer género o porque la evidencia se limita a procedimientos asociados a la transición, invisibilizando otras dimensiones de salud (Zapata, 2019).

La evidencia da cuenta de que la población trans ha sido históricamente víctima de discriminación en distintos ámbitos, incluido el modelo de atención en salud. Los prejuicios, la falta de preparación profesional y el desconocimiento de guías clínicas generan barreras para el acceso oportuno y de calidad en relación con la salud sexual y reproductiva (Álvarez-Pinilla et al., 2024). Cerca del 70% de los profesionales de la salud reconoce desconocer las indicaciones sobre tamizaje en población transgénero por falta de capacitación e interés, y estudiantes de pregrado señalan no recibir herramientas adecuadas para otorgar atención pertinente (Álvarez-Pinilla et al., 2024).

De acuerdo con Álvarez- Pinilla (2024), las personas trans presentan un riesgo trece veces mayor de adquirir VIH que personas cisgénero, y la pesquisa del virus papiloma humano constituye una prioridad sanitaria. Si bien las recomendaciones para el tamizaje de VPH en personas transmasculinas con cérvix son equivalentes a las de mujeres cisgénero, estas carecen de una mirada integrativa que considere las implicancias psicoemocionales del procedimiento.

En Chile, se han promulgado avances normativos relevantes. La Ley de Identidad de Género reconoce el derecho a ser tratado conforme a la identidad de género, permite la rectificación de nombre y sexo registral y establece protección frente a discriminación arbitraria (Biblioteca Congreso Nacional, 2018). Asimismo, el Ministerio de Salud ha emitido circulares que prohíben la discriminación por identidad de género y orientan el uso del nombre social en la atención (Biblioteca Congreso Nacional, 2012; Zapata, 2019). Recientemente, se promulgó la Política Nacional de Salud para Personas Trans y de Género Diverso (Ministerio de Salud de Chile, 2025), que establece principios de atención centrada en la persona, enfoque de derechos humanos y no patologización.

No obstante, el Programa de Salud Materna y Perinatal (1991), posteriormente denominado Programa de Salud de la Mujer y Recién Nacido (1997), omite recomendaciones específicas para hombres y personas de la diversidad sexual, perpetuando una visión heteronormativa del sistema sanitario (Álvarez-Pinilla et al., 2024).

En este contexto, la matronería realiza más del 90% de las actividades de prevención en el ámbito de la salud sexual y reproductiva, promoviendo espacios de educación y atención con enfoque de género y derechos (Sepúlveda-Gotterbarm et al., 2022). Sin embargo, persisten barreras como la escasa formación profesional y el desconocimiento de guías clínicas y políticas públicas orientadas a la población trans (Álvarez-Pinilla et al., 2024).

La atención de personas transmasculinas en el sistema público de salud chileno constituye un escenario emergente que, pese a los avances normativos recientes, continúa enfrentando barreras estructurales, ausencia de protocolos específicos y brechas formativas que impactan la calidad y equidad del cuidado. En este escenario, la matronería asume un rol clave; sin embargo, existe escasa evidencia que describa cómo las y los profesionales comprenden y ejercen dicho rol en la práctica cotidiana.

Por ello, la presente investigación busca comprender el rol de la matronería en el proceso de transición de género de personas transmasculinas en el campo de la salud y los derechos

sexuales y reproductivos en el sistema público de salud chileno, con el fin de analizar cómo se desarrolla su labor, cuáles son las barreras y facilitadores presentes en la atención, y qué oportunidades existen para fortalecer un enfoque más inclusivo y basado en derechos.

Metodología

Esta investigación adopta un diseño cualitativo para comprender en profundidad el rol de la matronería en el proceso de transición de género de personas transmasculinas en el ámbito de la salud y los derechos sexuales y reproductivos dentro del Sistema de Salud Público Chileno. A través del análisis de las experiencias y significados construidos por matronas que atienden a esta población, el enfoque cualitativo permite explorar las complejidades, tensiones y matices que configuran dicho rol profesional, ofreciendo una comprensión contextualizada y situada que difícilmente podría alcanzarse mediante métodos cuantitativos (Creswell, 2017).

El estudio se desarrolló desde la Teoría Fundamentada, entendida como un método orientado a investigar acciones individuales y colectivas, procesos sociales y psicológicos de los sujetos, permitiendo la exploración de experiencias y contextos en los que las personas interactúan mediante la recolección y análisis simultáneo de datos (Strauss & Corbin, 2002). Este enfoque resulta pertinente para comprender cómo las matronas construyen y reinterpretan su rol profesional en escenarios institucionales complejos. Esta investigación cuenta con la aprobación del Comité Ético Científico de la Universidad Mayor.

✧ Selección de los participantes

La selección de participantes se realizó mediante un muestreo intencional. No se establecieron restricciones geográficas, permitiendo incorporar diversas realidades territoriales del Sistema de Salud Público Chileno. Esta diversidad constituyó una fortaleza metodológica, al posibilitar una comprensión situada del rol profesional en distintos contextos institucionales.

El reclutamiento se efectuó a través de redes socioprofesionales de la investigadora principal, facilitando el acceso a profesionales que cumplieran con los criterios definidos. A quienes manifestaron interés se les contactó directamente para explicar los objetivos, alcances y resguardos éticos del estudio, formalizando su participación mediante la firma de un consentimiento informado. Se realizaron diez entrevistas semiestructuradas, número que permitió alcanzar saturación de la información, entendida como el momento en que las categorías analíticas comenzaron a reiterarse sin aportar nuevos elementos sustantivos, en coherencia con la tradición metodológica cualitativa (Flick, 2020).

Los criterios de inclusión consideraron: (a) desempeñarse como matrón o matrona en el Sistema de Salud Público Chileno, y (b) contar con al menos tres años de experiencia laboral en la atención directa de personas transmasculinas dentro de dicho sistema.

Tabla N°1
Caracterizaciones
sociodemográficas
de las matronas

Fuente: Elaboración propia a partir de entrevistas.

N° participante	Profesión	Años de experiencia laboral	Nivel/lugar de desempeño	Ciudad/región
M1	Matrona	3 años	Atención Primaria de Salud (CESFAM)	Cerro Navia, Región Metropolitana
M2	Matrona	7 años	Hospital público	Rancagua, Región de O'Higgins
M3	Matrona	7 años	Hospital público	Ovalle, Región de Coquimbo
M4	Matrona	21 años	Hospital público	San Miguel, Región Metropolitana
M5	Matrona	6 años	Atención Primaria de Salud (CESFAM)	Cerro Navia, Región Metropolitana
M6	Matrona	15 años	Atención Primaria de Salud (CESFAM)	Malloa, Región de O'Higgins
M7	Matrona	3 años	Atención Primaria de Salud (CESFAM)	Coltauco, Región de O'Higgins
M8	Matrona	5 años	Atención Primaria de Salud (CESFAM)	El Monte, Región Metropolitana
M9	Matrona	15 años	Atención Primaria de Salud (CESFAM)	Providencia, Región Metropolitana
M10	Matrona	23 años	Atención Primaria de Salud (CESFAM)	Providencia, Región Metropolitana

✧ Instrumento y procedimiento

La información se obtuvo mediante entrevistas semiestructuradas, elaboradas específicamente para esta investigación, orientadas a explorar las experiencias, prácticas y percepciones de profesionales de la matronería en la atención de personas transmasculinas en el Sistema de Salud Público Chileno. La guía estuvo compuesta por 28 preguntas organizadas en cinco bloques temáticos: antecedentes sociodemográficos y trayectoria profesional; experiencias e implicancia en atención a personas trans; prácticas de atención; formación y percepciones; y barreras, facilitadores y recomendaciones.

El instrumento fue construido con la colaboración de profesionales con experiencia en atención a personas transmasculinas y posteriormente sometido a revisión por expertas en salud sexual y reproductiva, diversidad de género y metodología cualitativa. Asimismo, se realizó un pilotaje con dos matronas, quienes no fueron parte del estudio, lo que permitió ajustar redacción, secuencia y pertinencia de las preguntas.

Las entrevistas se realizaron de manera individual en modalidad virtual, según disponibilidad de las participantes, y fueron conducidas por la investigadora principal. Cada sesión tuvo una duración aproximada de 60 minutos, fue grabada con autorización previa y transcrita de forma literal para su análisis posterior.

Para resguardar la confidencialidad, las participantes fueron identificadas mediante un sistema de codificación alfanumérica (M1-M10). Los datos fueron almacenados en una base digital protegida, de acceso restringido, y serán conservados por un período de cinco años conforme a los resguardos éticos establecidos.

✧ Análisis de datos

El análisis de la información se desarrolló desde un enfoque cualitativo interpretativo, orientado por los principios de la Teoría Fundamentada (Strauss & Corbin, 2002) y del análisis temático (Braun & Clarke, 2021). Este enfoque facilitó la comprensión de los significados, prácticas y tensiones que configuran el rol de la matronería en la atención de personas transmasculinas en el sistema público de salud.

Una vez transcritas las entrevistas, se realizaron lecturas exploratorias y reiteradas con el propósito de familiarizarse con el contenido y reconocer unidades de significado relevantes. Posteriormente, se inició un proceso de codificación abierta, asignando códigos a

fragmentos de texto asociados con prácticas profesionales, funciones, responsabilidades, brechas, facilitadores y desafíos asociados al ejercicio del rol.

El proceso analítico se desarrolló de manera iterativa y comparativa, articulando estrategias inductivas; emergentes desde los relatos, y deductivas; vinculadas a los objetivos y marco teórico del estudio. La comparación constante entre datos, códigos y categorías permitió consolidar ejes interpretativos coherentes y profundizar en la comprensión del fenómeno (Strauss & Corbin, 2002; Braun & Clarke, 2021).

Desde una perspectiva constructivista interpretativa (Charmaz, 2017), y con apoyo conceptual de la fenomenología social de Schutz (1967), el análisis se orientó a comprender los procesos de atribución de sentido y las construcciones intersubjetivas que las matronas elaboran en torno a su quehacer profesional. Este posicionamiento permitió situar las experiencias relatadas en el entramado institucional y normativo en el que se ejerce la práctica.

Como resultado del proceso analítico, se identificaron cuatro temas centrales interrelacionados que dan cuenta de una experiencia profesional situada, tensionada por condiciones estructurales del sistema de salud, pero sostenida por valores éticos, compromiso profesional y prácticas de cuidado centradas en las personas.

* Resultados

Tras el proceso de análisis de los datos emergieron 4 temas: (1) Rol y prácticas de intervención de matronería para personas trans; (2) Facilitadores y barreras para la práctica de la matronería en personas trans; (3) Prácticas de intervención desarrolladas por las matronas y (4) Facilitadores y condiciones que permiten buenas prácticas en la atención. Estos temas se describen a continuación

1. Rol de la matronería en la atención de personas trans

Las participantes describen roles y significados de su rol en torno a la atención de personas trans.

► Rol como agente de acogida y primer contacto

Varias participantes identifican a la matronería como el primer contacto de las personas transmasculinas con el sistema de salud, tanto en atención primaria como hospitalaria. Este rol inicial es comprendido como clave para generar confianza, reducir temores y facilitar la

adherencia a los controles de salud. **“Creo que nuestro rol es súper importante, es súper significativo cuando tú los recibes con respeto y logras acoger sus necesidades” (M9).**

► Rol ético, defensivo y garante de derechos sexuales y reproductivos

Las matronas se reconocen a sí mismas como garantes de derechos, asumiendo un rol activo en la defensa del nombre social, el trato digno y el acceso equitativo a prestaciones de salud **“Yo tengo que velar porque a todos se les llamen por su nombre social, tengo que defenderlos; en algunas áreas del hospital cuesta todavía, entonces yo me tuve que empoderar y hacer valer los derechos de estos pacientes” (M3).** Este posicionamiento ético aparece como un eje central del ejercicio profesional, especialmente frente a contextos institucionales que aún reproducen prácticas discriminatorias.

► Visión ampliada del rol profesional

El rol de la matronería es descrito como integral y ampliado, incorporando dimensiones emocionales, educativas y de acompañamiento psicosocial. Las participantes señalan que su quehacer incluye contención emocional, orientación en salud mental, educación y articulación con otros dispositivos del sistema de salud **“Creo que la atención que nosotros damos como matrones es mucho más integral que todos los otros profesionales. Hacemos algo de psicología”. (M6).**

► Transformación del rol en el tiempo

Algunas matronas destacan que su rol ha experimentado un proceso de humanización progresiva, vinculado tanto a cambios sociales como a su propio crecimiento profesional y ético **“Mi rol ha cambiado con el tiempo, al principio no sabía mucho cómo abordarlo, me asustaba si atendía alguien trans” (M1).** Este cambio es interpretado como una apertura hacia prácticas más inclusivas y centradas en las personas. **“Con el tiempo mi rol lo he ido humanizando más” (M3).**

► Humanización del cuidado como eje del quehacer profesional

La humanización del cuidado emerge en los relatos de las matronas como un eje transversal de su quehacer profesional, estrechamente vinculado a la forma en que se construye el vínculo terapéutico con personas transmasculinas. Esta se expresa en prácticas orientadas al respeto de la identidad de género, la dignidad, la autonomía y los tiempos subjetivos de cada persona, así como en el consentimiento informado permanente y la adaptación de

las intervenciones clínicas según las necesidades individuales, **“Tanto el examen ginecológico como el examen de mama deben ser consensuados.” (M9)**. Desde esta perspectiva, la humanización del cuidado no se comprende como un gesto accesorio, sino como una dimensión ética constitutiva del rol profesional de la matronería, especialmente en contextos donde las personas han experimentado previamente exclusión o vulneración en el sistema de salud.

2. Barreras para la práctica de la matronería en personas trans

Las participantes coinciden en señalar que la atención a personas transmasculinas se ve obstaculizada por múltiples barreras de carácter institucional, formativo, estructural y cultural, las cuales inciden directamente en la calidad, oportunidad y continuidad de la atención en salud.

► Ausencia de protocolos claros y lineamientos institucionales

Una de las barreras más reiteradas por las participantes corresponde a la inexistencia o escasa formalización de protocolos específicos para la atención de personas transmasculinas. Las matronas refieren que, en muchos casos, las prácticas se sostienen más bien en la voluntad individual, la experiencia acumulada o el trabajo informal con otros profesionales, más que en orientaciones institucionales claras; **“No tenemos un protocolo establecido, siempre hemos trabajado en base a voluntades” (M1)**. Esta ausencia genera incertidumbre en el equipo de salud, desigualdad en las prácticas y una alta dependencia de referentes individuales, lo que dificulta la estandarización de una atención respetuosa y basada en derechos.

► Falta de formación profesional de matronas en diversidad de género

De manera transversal, las participantes señalan una formación de pregrado insuficiente o inexistente en temáticas de diversidad sexual y de género **“Nunca tuve ramos, materias o alguna unidad al respecto de la diversidad de género” (M2)**. Esta carencia formativa se traduce en inseguridad profesional, temor a cometer errores y reproducción involuntaria de prácticas heteronormativas. Las matronas relatan que gran parte de los conocimientos necesarios para la atención a personas trans han sido adquiridos mediante autocapacitación, cursos externos o aprendizaje en la práctica clínica, evidenciando una brecha estructural en la formación inicial. **“Mi experiencia fue autodidacta, con auto búsqueda porque la necesidad ya existía, empecé a buscar cursos de capacitación sobre infancias trans y sexualidad” (M10)**.

► Barreras institucionales y normativas

En el ámbito normativo, se identifica la persistencia de una mirada patologizante, especialmente asociada al uso del CIE-10 (Clasificación Internacional de Enfermedades, 10ª Revisión), lo cual es percibido como un obstáculo para una atención afirmativa de género, **“Lo ideal es regirse por el CIE- 11 lamentablemente todos los sistemas públicos se rigen por el CIE- 10, donde patologizan el ser trans” (M2)**. Asimismo, se describen dificultades administrativas como la falta de tiempo protegido, particularmente en atención primaria, lo que limita la posibilidad de realizar acompañamientos integrales.

► Infraestructura y condiciones materiales

Las condiciones físicas de los establecimientos de salud, tales como la denominación y organización de espacios asistenciales (por ejemplo, policlínicos de la mujer o la hospitalización de personas transmasculinas en áreas de ginecología), son señaladas como un obstáculo adicional para una atención inclusiva. Estos dispositivos de infraestructura y gestión espacial se encuentran diseñados desde una lógica binaria y feminizada, que asocia la atención de la matronería exclusivamente al cuerpo y experiencia de las mujeres, generando un sesgo estructural en el acceso a la atención. Esta configuración no solo produce incomodidad en los usuarios transmasculinos, sino que también refuerza la sensación de no pertenencia dentro del sistema de salud. **“Donde yo trabajo se llama policlínico de la mujer. Pasa que en algunas ocasiones a los hombres los han echado, pero a veces eran pacientes trans”. (M2)**.

► Resistencia del equipo

Las participantes relatan diversas formas de resistencia a la atención clínica a pacientes transmasculinos dentro de los equipos de salud. Entre ellas, se mencionan posturas médicas que se oponen a cirugías de afirmación de género. **“El argumento de estos grupos más conservadores era que estábamos resecando órganos sanos” (M4)**, como también conductas del personal clínico, administrativo y de seguridad, que no se vinculan con un trato inclusivo; **“Falta bastante capacitación a todas las personas, auxiliares de aseo, los guardias, administrativo, directores y directivos de los centros de salud” (M8)**. Asimismo, algunas matronas reconocen que la falta del conocimiento y las propias creencias son una barrera importante que en ocasiones paraliza la acción profesional. **“Yo creo que la barrera principal es la ignorancia, el desconocimiento, el temor a equivocarse y las propias creencias” (M6)**. Y, por último, la sensación de soledad en el rol, especialmente en contextos donde no existen equipos especializados, es otro elemento que emerge con fuerza.

3. Prácticas de intervención desarrolladas por las matronas

Las prácticas descritas por las participantes evidencian un abordaje clínico y educativo diverso, ajustado a las necesidades específicas de las personas transmasculinas. Como subcategorías encontramos:

► Atenciones clínicas específicas

Entre las principales intervenciones se incluyen la toma de PAP en hombres trans, las matronas comentan su predisposición y adaptación a que esta práctica no genere rechazo por la población trans, dado la importancia del tamizaje en la prevención de salud, **“Nosotros usamos el auto test del virus del papiloma humano, se lo realiza en su casa, es todo 100% confidencial” (M7)**; consejería en ITS y VIH, manejo anticonceptivo para inducción de amenorrea **“Muchas veces los pacientes transmasculinos vienen a solicitar anticonceptivos para que no les llegue su periodo” (M5)**, preparación prequirúrgica y cuidados postoperatorios en cirugías de afirmación de género.

► Intervenciones vinculadas al proceso de transición

Las matronas realizan acciones educativas específicas, tales como orientación sobre el uso seguro del binder, información sobre terapia hormonal y sus riesgos y derivaciones a unidades especializadas como policlínicos trans o programas de identidad de género. **“Era un usuario ya de 40 y tantos años que nunca había accedido a ninguna atención con matrona, lo educamos y acompañamos en el proceso” (M5).**

► Promoción de la salud y educación

La educación sexual integral adaptada emerge como una práctica relevante, **“Yo creo que el rol de la matronería debería fomentar la educación y la consejería” (M2)**, junto con actividades comunitarias de sensibilización y visibilización, como jornadas conmemorativas o actividades del orgullo **“Referente a prácticas de promoción hace 2 años llevamos conmemorando” (M5).**

► Apoyo psicoemocional

El acompañamiento emocional es descrito como una intervención transversal, orientada a contener experiencias de disforia, **“Tú tienes que tener un respeto por esa persona, él golpeó muchas puertas para haber llegado al hospital, son años de desilusiones y rechazos.” (M4).**

4. Facilitadores y condiciones que permiten buenas prácticas en la atención

Finalmente, las participantes identifican diversos elementos que favorecen una atención respetuosa y de calidad hacia personas transmasculinas.

► Formación y capacitación en diversidad de género

La capacitación continua aparece como un facilitador clave, tanto a nivel individual como institucional. La formación en diversidad de género es entendida como un proceso permanente, indispensable para sustentar prácticas clínicas éticas. **“Lo primero que sentí es que no estaba haciéndolo del todo bien y ahí empecé a querer ser responsable con mi rol de profesional de salud.” (M10).**

► Actitudes personales y valores profesionales

Las matronas destacan la empatía, la escucha activa, la flexibilidad y el respeto como condiciones fundamentales para una buena práctica, junto con el uso del nombre social y lenguaje afirmativo. **“Lo primero es no dar nada por hecho, hacer todas las preguntas abiertas, hacer todas las preguntas sin género” (M9).** **“Una práctica respetuosa está libre de prejuicios, debe ser empática, respetando el nombre social, el pronombre, y no caer en la heteronormatividad (M8).**

Discusión

El objetivo general de esta investigación fue analizar el rol de la matronería en el proceso de transición de género de personas transmasculinas en el sistema público de salud chileno, considerando las prácticas de intervención desarrolladas, las barreras y facilitadores presentes en la atención, así como la forma en que las matronas significan su quehacer profesional desde un enfoque de derechos sexuales y reproductivos.

A partir del análisis de las entrevistas, los resultados evidencian que el rol de la matronería se construye desde una comprensión amplia, ética y relacional del cuidado, que trasciende el enfoque biomédico tradicional. Las matronas se reconocen como agentes de acogida, acompañamiento y defensa de derechos, desempeñando un papel clave en el acceso, la

continuidad y la calidad de la atención de personas transmasculinas. Sin embargo, este rol se desarrolla en un contexto tensionado por barreras estructurales e institucionales, tales como la ausencia de protocolos claros, la formación insuficiente en diversidad de género durante el pregrado y las limitaciones organizacionales del sistema público de salud. Estos hallazgos permiten identificar una brecha significativa entre los avances normativos en materia de derechos de las personas trans y su implementación efectiva en la práctica clínica cotidiana. En este sentido, los resultados dialogan con lo señalado por Álvarez-Pinilla et al. (2024), quienes describen que, pese a la existencia de marcos legales y políticas inclusivas, las personas trans continúan enfrentando obstáculos en el acceso a una atención oportuna, respetuosa y centrada en sus necesidades, especialmente en el ámbito de la salud sexual y reproductiva.

Desde la perspectiva disciplinar, los resultados de este estudio refuerzan el carácter histórico de la matronería como una profesión comprometida con la promoción y defensa de los derechos sexuales y reproductivos, así como con la humanización del cuidado (Muñoz, 2020; Ortiz et al., 2024). La centralidad del vínculo terapéutico, el consentimiento informado permanente y el respeto por la identidad de género emergen como elementos constitutivos del rol profesional, más que como prácticas accesorias, lo que sitúa a la matronería como un actor estratégico en la atención de personas transmasculinas dentro del sistema público de salud.

En coherencia con estos hallazgos, la Política Nacional de Salud para Personas Trans y de Género Diverso (Ministerio de Salud de Chile, 2025) plantea como principios rectores la atención centrada en la persona, la no patologización, el enfoque de derechos y la formación continua de los equipos de salud. No obstante, los resultados de esta investigación evidencian que la materialización de dichos principios depende en gran medida del compromiso ético y profesional de las matronas, quienes muchas veces sostienen prácticas inclusivas en ausencia de condiciones institucionales adecuadas. Esta tensión entre política pública y práctica cotidiana constituye un eje central de la discusión y permite problematizar los desafíos actuales para la consolidación de una atención en salud verdaderamente inclusiva.

Referente a las barreras, los resultados de este estudio evidencian que la atención a personas transmasculinas en el sistema público de salud se encuentra atravesada por múltiples barreras estructurales e institucionales que condicionan el ejercicio del rol profesional de la matronería. Entre estas, destaca de manera reiterada la ausencia de protocolos claros y lineamientos institucionales específicos, lo que genera incertidumbre en los equipos de salud, heterogeneidad en las prácticas y una alta dependencia de referentes individuales. Esta situación dificulta la estandarización de una atención respetuosa y basada en derechos,

quedando muchas veces supeditada a la voluntad, sensibilidad o formación personal de cada profesional.

Estos hallazgos son consistentes con lo descrito por Álvarez-Pinilla et al. (2024), quienes señalan que la falta de protocolos y orientaciones institucionales constituye una de las principales barreras para la atención de personas trans en los sistemas de salud, contribuyendo a experiencias de exclusión, retraso en la atención y vulneración de derechos. Asimismo, la literatura advierte que la ausencia de marcos formales favorece la reproducción de prácticas biomédicas tradicionales y heteronormativas, especialmente en contextos donde la formación en diversidad de género ha sido limitada o inexistente durante el pregrado (Muñoz, 2020).

Desde una perspectiva normativa, los resultados muestran una tensión persistente entre los avances legales y las condiciones reales de implementación. La mantención de clasificaciones patologizantes, como el uso del CIE-10, la falta de tiempo protegido para la atención integral en atención primaria y las debilidades en la coordinación entre niveles de atención refuerzan esta brecha. En este sentido, la Política Nacional de Salud para Personas Trans y de Género Diverso (Ministerio de Salud de Chile, 2025) reconoce explícitamente estas limitaciones, señalando la necesidad de actualizar protocolos, fortalecer la formación de los equipos de salud y garantizar condiciones organizacionales que permitan una atención digna, oportuna y no discriminatoria. No obstante, los resultados de este estudio sugieren que la materialización de estos lineamientos aún enfrenta importantes desafíos a nivel local, manteniendo a las matronas en un escenario de alta exigencia ética y profesional.

Estos hallazgos dialogan con lo planteado por Muñoz (2020) y Ortiz et al. (2024), quienes describen a la matronería como una profesión históricamente vinculada a la promoción de derechos, la equidad de género y la humanización del cuidado. Desde esta perspectiva, el rol de la matronería trasciende la entrega de prestaciones clínicas, incorporando dimensiones éticas, educativas y psicosociales que resultan fundamentales en contextos donde las personas transmasculinas han experimentado previamente discriminación o maltrato en el sistema de salud.

Desde el enfoque biopsicosocial que caracteriza a la matronería en la actualidad, estos resultados refuerzan el posicionamiento de la profesión como un actor trascendente no solo en la salud materna y perinatal, sino también como garante de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres y de la población LGBTIQ+. Tal como señalan Ortiz et al. (2024), la experiencia y trayectoria de la matronería la convierten en una voz indispensable en la construcción de un sistema de salud inclusivo, equitativo y centrado en las personas,

aspecto que se expresa de manera concreta en el acompañamiento y la atención brindada a personas transmasculinas en el sistema público de salud.

La humanización del cuidado emerge como un eje central del quehacer profesional, manifestándose en el respeto por la identidad de género, el uso del nombre social, el consentimiento permanente en la atención y la adaptación de las intervenciones clínicas a los tiempos y vivencias de cada persona. Este enfoque se alinea con los principios de atención centrada en la persona promovidos por la Organización Mundial de la Salud y con el enfoque de derechos sexuales y reproductivos que sustenta el marco teórico de esta investigación. Asimismo, la humanización no se presenta como un atributo individual aislado, sino como una práctica reflexiva y situada, que exige a las matronas cuestionar sus propios saberes, revisar automatismos clínicos y sostener una disposición permanente al aprendizaje.

En esta línea, estudios recientes en el ámbito de la atención perinatal advierten que el uso de un lenguaje y una comunicación centrados únicamente en categorías binarias de sexo puede generar experiencias de exclusión y daño para personas trans y de género diverso, siendo incompatible con los principios éticos y de buena práctica profesional. Pezaro (2024) plantea que adoptar un lenguaje inclusivo y afirmativo no constituye solo una modificación terminológica, sino una responsabilidad ética orientada a evitar prácticas discriminatorias y favorecer una atención verdaderamente centrada en la persona. Este planteamiento dialoga con los hallazgos de este estudio, reforzando la idea de que la humanización del cuidado, la comunicación respetuosa y el reconocimiento identitario son dimensiones constitutivas –y no accesorias– del rol de la matronería en la atención de personas transmasculinas en el sistema público de salud.

En este sentido, los resultados refuerzan la idea de que la matronería cumple un rol estratégico en la implementación efectiva de políticas inclusivas, actuando como puente entre los principios normativos y la experiencia concreta de las personas transmasculinas en los servicios de salud.

La promulgación de la Política Nacional de Salud para Personas Trans y de Género Diverso (Ministerio de Salud de Chile, 2025) constituye un hito relevante en el reconocimiento de los derechos de las personas trans y en el fortalecimiento de un enfoque de atención basado en la dignidad, la no patologización y el acceso universal. Los resultados de este estudio dialogan directamente con los ejes estratégicos de dicha política, particularmente en lo relativo a la necesidad de formación continua, la estandarización de prácticas clínicas y la articulación de redes de atención integrales.

En este contexto, es relevante considerar que la población trans y de género diverso ha experimentado históricamente procesos de patologización y discriminación en distintos ámbitos sociales, incluyendo los modelos de atención en salud, lo que ha impactado negativamente en el acceso oportuno y en la adherencia a los servicios sanitarios (Álvarez-Pinilla et al., 2024). Frente a este escenario, la matronería cumple un rol estratégico, dado que concentra más del 90% de las actividades de prevención en el ámbito de la salud sexual y reproductiva, posicionándose como experta en el área y promoviendo espacios de educación y atención con una mirada inclusiva y con enfoque de género y derechos (Sepúlveda-Gotterbarm et al., 2022). No obstante, los resultados de este estudio, en concordancia con la literatura, evidencian que persisten brechas relevantes asociadas a la limitada formación en diversidad de género desde el pregrado y al desconocimiento de guías clínicas y políticas públicas por parte de los equipos de salud, lo que tensiona la implementación efectiva de los lineamientos nacionales en la práctica cotidiana (Álvarez-Pinilla et al., 2024).

En relación con estos desafíos, Parker et al. (2023) identifican que la inclusión de personas trans y no binarias en la atención en matronería exige revisar críticamente los modelos formativos tradicionales, pues la enseñanza basada únicamente en categorías binarias reproduce inequidades y limita la capacidad profesional para brindar cuidados seguros. Los autores plantean que avanzar hacia currículos que integren diversidad de género, humildad cultural y enfoque de derechos es clave para garantizar prácticas clínicas coherentes con las necesidades actuales de la población. Este planteamiento dialoga con los hallazgos de este estudio, especialmente en lo referido a la necesidad de formación continua y actualización profesional para sostener una atención respetuosa y basada en derechos en el sistema público de salud.

Sin embargo, los hallazgos sugieren que la efectividad de esta política dependerá en gran medida de su implementación concreta en los territorios y de la capacidad del sistema de salud para generar condiciones organizacionales que respalden el quehacer de las y los profesionales. En este escenario, la matronería se posiciona como un actor clave para la operacionalización de los principios de la política, dado su rol histórico en la salud sexual y reproductiva, su cercanía con las comunidades y su enfoque centrado en el cuidado integral.

Desde una perspectiva formativa, los resultados refuerzan la necesidad de incorporar de manera sistemática contenidos de diversidad sexual y de género en la formación de pregrado y postgrado de la matronería, así como de promover espacios de capacitación interdisciplinaria que permitan fortalecer competencias clínicas, éticas y relacionales. Asimismo, se hace evidente la importancia de avanzar hacia protocolos institucionales claros que reduzcan la dependencia de referentes individuales y garanticen una atención equitativa

y basada en derechos para todas las personas transmasculinas, independientemente del lugar de atención.

En conjunto, estas implicancias permiten proyectar a la matronería no solo como ejecutora de políticas públicas, sino como agente activo de transformación del sistema de salud, contribuyendo a la construcción de prácticas más inclusivas, humanizadas y coherentes con los principios de justicia social y derechos humanos.

Conclusiones

El presente estudio analizó el rol de la matronería en el proceso de transición de género de personas transmasculinas en el sistema público de salud chileno y examinó las prácticas de intervención, barreras, facilitadores y significaciones profesionales desde un enfoque de derechos sexuales y reproductivos. Los hallazgos evidencian que la atención se desarrolla en un contexto tensionado por brechas estructurales persistentes, tales como la ausencia de protocolos específicos, la insuficiente formación en diversidad de género y limitaciones organizacionales propias del sistema público. Estas condiciones generan heterogeneidad en las prácticas y una alta dependencia de iniciativas individuales. No obstante, frente a estas limitaciones, las matronas sostienen un ejercicio profesional basado en el compromiso ético, la humanización del cuidado y la defensa activa de derechos. El rol se configura como un espacio de acogida, acompañamiento y garantía del trato digno, incorporando dimensiones clínicas, educativas y psicosociales que amplían la comprensión tradicional del quehacer disciplinar.

Las prácticas descritas dan cuenta de un abordaje integral que contribuye a reducir brechas de acceso y promover una atención inclusiva, en coherencia con los principios establecidos en la Política Nacional de Salud para Personas Trans y de Género Diverso (Ministerio de Salud de Chile, 2025). Sin embargo, los resultados también evidencian la necesidad de fortalecer la implementación efectiva de estos lineamientos a través de orientaciones clínicas, protocolos institucionales y formación continua.

Este estudio aporta conocimiento situado a un campo aun escasamente documentado, posicionando a la matronería como actor estratégico en la transformación hacia un sistema de salud más equitativo, inclusivo y centrado en la dignidad de las personas.

una mano no está diseñada para contener agua,
igual que una persona individual
no debería ser el único sostén
de un derecho.



AUTORAS

Gonzalo Quintana Zunino
Departamento de Psicología,
Universidad de Chile

Fernando Ponce
Escuela de Obstetricia,
Escuela de Psicología,
Universidad Católica del Maule



Lo que Chile no sabe sobre
su vida sexual: Función
sexual, bienestar y derechos
sexuales en mujeres y
hombres chilenos

Resumen

La salud sexual en Chile ha sido históricamente abordada desde una perspectiva biomédica y reproductiva, con escasa atención a dimensiones como el placer, la satisfacción y la función sexual, a lo que se suma una limitada disponibilidad de evidencia nacional actualizada y representativa. Ante esta carencia, el presente trabajo integra los dos estudios más amplios y recientes sobre función sexual en población adulta chilena, enmarcados en el Estudio Chileno del Sexo y la Sexualidad, para analizar diversos aspectos del desempeño sexual y su relación con la experiencia íntima. El objetivo fue aportar evidencia empírica que permita comprender la sexualidad en el contexto local, contribuyendo al desarrollo de investigaciones y prácticas sanitarias más integrales y contextualizadas.

La salud sexual es un componente fundamental del bienestar general de las personas, y comprender la función sexual resulta clave para ofrecer una atención sanitaria integral a mujeres y hombres de todas las edades y contextos (WHO, 2022b). Se define la función sexual como la ausencia de dificultades en las principales fases de la respuesta sexual – deseo, excitación y orgasmo– junto con la presencia de satisfacción sexual en relación con la frecuencia y la calidad de las experiencias sexuales (Fielder, 2013).

Desde esta perspectiva, la disfunción sexual femenina corresponde a cualquier dificultad asociada a la función sexual (WHO, 2022a) y se estima que esta condición afecta a más del 40–45% de las mujeres en edad reproductiva a nivel mundial (McCool et al., 2016; Shifren et al., 2008). De forma similar, las disfunciones sexuales masculinas comprenden un conjunto de condiciones caracterizadas por un funcionamiento sexual alterado, con consecuencias negativas sobre la satisfacción sexual y la calidad de vida de quienes las experimentan (Althof et al., 2010; APA, 2013; Fielder, 2013; Sánchez-Cruz et al., 2003).

La evidencia científica indica que la función sexual y sus disfunciones poseen una etiología claramente multifactorial, en la cual interactúan factores biológicos, psicológicos y socioculturales (Bancroft, 2008). En este contexto, los aspectos socioculturales resultan determinantes tanto para comprender integralmente estos fenómenos como para desarrollar intervenciones clínicas y líneas de investigación culturalmente pertinentes (Ahmed & Bhugra, 2004; Rowland & Jannini, 2020). Asimismo, dichos factores resultan fundamentales para formular recomendaciones éticas y culturalmente atinentes en salud sexual, así como para orientar la consejería y la toma de decisiones médicas y terapéuticas de acuerdo con las realidades de cada país (Atallah et al., 2016).

No obstante, independientemente del criterio utilizado para clasificar a los países –ya sea geográfico, económico o a través de categorías compuestas como los países occidentales, democráticos, altamente educados, industrializados y ricos (WEIRD, por sus siglas en inglés), o del Norte Global– existen desigualdades persistentes en relación con quién produce el conocimiento científico y desde qué contextos se genera (Baker, 2023; Henrich et al., 2010a, 2010b; Reidpath & Pascale, 2019). La investigación en sexualidad no es ajena a este problema (Binnie, 2004; Claes, 2016; Klein et al., 2021). De hecho, análisis históricos muestran que el Sur Global, particularmente América Latina, ha tenido una presencia muy limitada en las principales revistas científicas del área. Por ejemplo, al examinar 50 años de publicaciones en el *Journal of Sex Research*, los estudios latinoamericanos representaron

solo un 1,35% del total de artículos provenientes del Sur Global (Klein et al., 2021). De manera consistente, revisiones más recientes indican que entre el 66% y el 88% de los artículos publicados entre 2015 y 2019 en cinco revistas líderes provenían de países WEIRD, mientras que los estudios latinoamericanos oscilaron entre apenas un 2% y un 6% (Klein et al., 2021). En conjunto, estos datos evidencian una clara falta de representatividad de la región en la producción científica sobre sexualidad.

Aunque varias grandes ciudades latinoamericanas presentan niveles de desarrollo comparables a los de países WEIRD, existen múltiples razones por las cuales los contextos socioculturales de la región difieren de manera significativa. Muchos países de América Latina fueron colonizados por los imperios inglés, español y portugués, lo que influyó profundamente en aspectos clave como el idioma, la religión, la cultura y las estructuras sociales y políticas (Mignolo, 2005). Estos procesos históricos han contribuido a moldear de manera particular las conductas sexuales y la salud sexual en la región (Borchart de Moreno, 2004; Quevedo-Gómez et al., 2020; Tortorici, 2007). Además, América Latina se caracteriza por una gran diversidad cultural, lingüística y de tradiciones familiares y originarias, las cuales influyen directamente en la experiencia de la función sexual (Ahmed & Bhugra, 2004; APA, 2013; Hidalgo & Dewitte, 2021; Rowland & Jannini, 2020; Thomas & Thurston, 2016).

Por estas razones, resulta necesario profundizar en el estudio de estas facultades en los países latinoamericanos, tanto para identificar similitudes y diferencias con otras regiones como para comprender las particularidades internas de la región y fortalecer la práctica clínica mediante datos locales y recomendaciones culturalmente adecuadas (Atallah et al., 2016).

En el caso de Chile, su cultura ha sido descrita como altamente religiosa, orientada a la familia, con una fuerte presencia del machismo y una visión tradicionalmente conservadora de la sexualidad, aunque en las últimas décadas se ha observado una mayor apertura hacia la diversidad sexual y de género (Jacobs, 2004). A pesar de estos cambios, la indagación sobre la función y disfunción sexual en el país sigue siendo escasa y, en muchos casos, desactualizada, con una producción científica limitada y concentrada en décadas pasadas (Quintana, 2024). En relación con la función sexual femenina, además de algunos estudios que han abordado dimensiones específicas de la sexualidad de forma aislada (Contreras et al., 2016; Mella et al., 2015; Oyanedel et al., 2021), solo se identificaron 12 estudios revisados por pares en bases de datos científicas principales.

Estos trabajos han evaluado la función sexual femenina en distintos grupos, incluyendo población general, mujeres de mediana edad, diferentes etapas reproductivas, muestras clínicas, trabajadoras de la salud. La mayoría de estas investigaciones reclutó participantes

exclusivamente en Santiago. En conjunto, los puntajes totales del índice de función sexual femenina oscilaron entre 21 y 30, con valores más altos en mujeres entre 35 y 40 años. Las estimaciones de disfunción sexual femenina variaron entre un 32% y un 57%, observándose un mayor riesgo en mujeres de 44 años o más, con dos o más partos, menor nivel educativo, ausencia de una relación estable o que acceden a mantener relaciones sexuales por deseo de la pareja.

De manera paralela, los factores socioculturales influyen de forma significativa en la etiología de muchas disfunciones sexuales masculinas, incluyendo creencias, valores y actitudes relacionadas con la sexualidad (Ahmed & Bhugra, 2004; Rowland & Jannini, 2020). Estos mismos factores también condicionan el desarrollo de recomendaciones clínicas y de investigación que sean culturalmente pertinentes y éticamente responsables (Atallah et al., 2016). Si bien algunos aspectos de la función sexual masculina en América Latina son similares a los observados en otras regiones, otros -como la influencia del machismo- modulan de manera específica la experiencia de las disfunciones sexuales masculinas (Abdo, 2020; Chambers et al., 2017).

En Chile, la investigación sobre función y disfunción sexual masculina es igualmente limitada y desactualizada (Quintana, 2024). Solo seis estudios han estudiado esta materia, todos centrados exclusivamente en la función eréctil y realizados principalmente en Santiago (Fleck et al., 2014; Leyton et al., 2018; Marconi et al., 2022; Santibáñez et al., 2016; Venegas & Baeza, 2004), lo que evidencia la necesidad de investigaciones más amplias y representativas a nivel nacional.

El presente estudio

En Chile, la salud sexual ha sido históricamente abordada desde una lógica biomédica y reproductiva, dejando fuera dimensiones centrales del bienestar humano como el placer, la satisfacción, la comunicación sexual y la función sexual a lo largo de la vida. A esto se suma una carencia crítica de información nacional, sistemática y actualizada sobre cómo viven su sexualidad mujeres y hombres en el país. La ausencia de Educación Sexual Integral (ESI) y de políticas públicas basadas en evidencia ha contribuido a que las dificultades sexuales se mantengan invisibilizadas, normalizadas o tratadas únicamente en contextos clínicos individuales, sin una mirada de derechos.

En este escenario, y considerando la limitada literatura disponible en Chile sobre la función sexual de mujeres y hombres, así como la necesidad urgente de generar evidencia proveniente de países no WEIRD y del Sur Global -que actualmente representan solo una fracción mínima de los estudios publicados en las principales revistas de sexualidad (Dworkin et al., 2016; Klein et al., 2021)- este trabajo buscó integrar los dos estudios nacionales más amplios y actualizados realizados en Chile sobre función sexual, en pos de contribuir a la discusión pública y legislativa, aportando evidencia empírica que permita avanzar hacia políticas de salud sexual integrales, basadas en derechos y en las experiencias reales de chilenas y chilenos.

Método

* Diseño del estudio

Este estudio formó parte del Estudio Chileno del Sexo y la Sexualidad (CSSS), un proyecto de investigación nacional desarrollado por 26 investigadores de 13 universidades de Chile. El CSSS utiliza un diseño transversal, lo que significa que la información se recogió en un único momento.

* Participantes

Participaron personas adultas residentes en Chile que respondieron un cuestionario en línea. Se analizaron dos submuestras, según el instrumento utilizado. Tras aplicar los criterios de inclusión, la muestra de mujeres estuvo compuesta por 1.871 participantes con un rango de edad entre 18 y 77 años (promedio = 32 años). La muestra de hombres estuvo compuesta por 650 participantes, con un rango de edad entre 18 y 75 años (promedio = 34 años).

En ambas muestras se observó diversidad en variables como edad, nivel educativo, situación laboral, ingresos, religión, orientación política y estado relacional. No obstante, las muestras estuvieron sobrerrepresentadas por personas cisgénero y heterosexuales, aspecto que debe considerarse al interpretar los resultados.

* Medidas

Información sociodemográfica: Las personas participantes informaron antecedentes

generales, tales como edad, estado relacional, nivel educativo, situación laboral, ingresos, religión y orientación política.

La edad se agrupó por generaciones siguiendo una clasificación ampliamente utilizada:

- **Generación Z** (nacidas entre 1997 y 2012)
- **Generación Y** o Millennials (nacidas entre 1981 y 1996)
- **Generación X** (nacidas entre 1965 y 1980)

El estado relacional se clasificó en personas solteras (solteras, separadas, divorciadas o viudas) y personas en una relación (en pareja, convivencia, compromiso o matrimonio).

✱ **Función sexual**

La función sexual femenina se evaluó mediante el Índice de Función Sexual Femenina (FSFI), un cuestionario de 19 ítems que indaga seis áreas de la experiencia sexual: deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción y dolor. Las respuestas se entregan en escalas simples que reflejan la frecuencia o intensidad de las experiencias recientes. Puntajes más altos reflejan un mejor funcionamiento.

La función sexual masculina se evaluó mediante el Índice Internacional de Función Eréctil (IIEF), un cuestionario de 15 ítems que mide función eréctil, deseo sexual, función orgásmica, satisfacción durante el coito y satisfacción sexual general. Puntajes más altos reflejan mejor funcionamiento sexual.

✱ **Satisfacción sexual**

Las personas participantes evaluaron su nivel de satisfacción con distintos aspectos de su vida sexual, incluyendo fantasías sexuales, juegos previos, sexo oral, sexo vaginal, sexo anal, comunicación sexual y compatibilidad sexual con la pareja. Cada aspecto se respondió en una escala de cinco puntos, que va desde “muy insatisfecho/a” hasta “muy satisfecho/a”.

✱ **Procedimiento**

La muestra se obtuvo mediante un muestreo no probabilístico, con reclutamiento estratificado por macrozonas del país (norte, zona central/Santiago y sur). El estudio fue difundido a través de universidades, centros de salud y redes sociales, como Facebook, Instagram y WhatsApp. La recolección de datos se realizó mediante un cuestionario en línea entre

junio de 2021 y marzo de 2022. Antes de comenzar, las personas participantes otorgaron su consentimiento informado. La participación fue anónima, voluntaria y no remunerada, y las personas pudieron abandonar el cuestionario en cualquier momento.

✱ **Criterios de inclusión**

Para ser incluidas en los análisis, las personas debían:

- Tener 18 años o más, y
- Haber tenido actividad sexual durante las cuatro semanas previas a la respuesta del cuestionario.

Las personas que indicaron ausencia de actividad sexual reciente en alguno de los ítems relevantes fueron excluidas. Este criterio permitió asegurar que las respuestas reflejaran experiencias sexuales actuales.

Principales hallazgos

1. No hay cambios en los puntajes de la función sexual femenina en 20 años:

Al comparar los resultados de nuestro estudio con los únicos dos realizados en Chile (sólo en Santiago), los tres trabajos muestran patrones consistentes en los últimos 20 años.

Los puntajes totales del FSFI son claramente más altos cuando se consideran solo **mujeres sexualmente activas** en las últimas cuatro semanas (datos filtrados). En este grupo, **los puntajes totales se mantienen estables y elevados entre los 18 y los 54 años**, con valores cercanos a 29-30 puntos, y **solo descienden de forma marcada a partir de los 60 años**. Las dimensiones mejor evaluadas suelen ser lubricación, excitación y dolor, mientras que el deseo es consistentemente la dimensión más baja en todas las edades.

Cuando se incluyen mujeres no sexualmente activas (datos no filtrados), los puntajes del FSFI disminuyen de manera importante, especialmente en excitación, lubricación y orgasmo. Esta caída es más pronunciada en los grupos de mayor edad, lo que refleja que la inactividad sexual reciente impacta fuertemente el puntaje total del instrumento.

Los resultados de Blümel et al. (2004, 2009) **son notablemente similares a nuestros datos** no filtrados tanto en nivel como en patrón etario. En dichos estudios, los puntajes totales del FSFI oscilan entre 27 y 29 puntos en mujeres jóvenes y de mediana edad, con un descenso progresivo después de los 45-50 años, especialmente en deseo y excitación. Esto sugiere una buena comparabilidad entre investigaciones cuando se utilizan criterios de inclusión similares.

2. Alta proporción de personas en riesgo de disfunción sexual:

En el estudio con **mujeres**, aproximadamente **1 de cada 5 mujeres (cerca del 22%)** se encuentra en riesgo de presentar disfunción sexual. En el estudio con **hombres**, se identifica un grupo significativo que cumple criterios de **riesgo de disfunción sexual**, evidenciando que estas dificultades no son excepcionales ni marginales. Esto muestra que los problemas de función sexual afectan a una proporción relevante de la población adulta chilena y no pueden seguir siendo tratados como situaciones aisladas o exclusivamente clínicas.

3. Comparación de la vida sexual según variables demográficas en población chilena:

En mujeres y hombres chilenos se observa **un patrón general muy similar** en la valoración de distintas dimensiones de la vida sexual. En ambos grupos, los puntajes más altos se concentran en sexo vaginal, juegos previos y sexo oral, mientras que el sexo anal presenta los puntajes más bajos y la mayor variabilidad, lo que indica experiencias más diversas entre las personas.

3.1. Estado civil: Las **diferencias según estado civil son pequeñas** en la mayoría de las prácticas sexuales. En mujeres y hombres, quienes están en una relación tienden a reportar mayor satisfacción en comunicación sexual y compatibilidad sexual que las personas solteras. En cambio, las diferencias en fantasías sexuales y en prácticas específicas (sexo oral, vaginal o anal) son mínimas.

3.2. Generación etaria: Por cohorte, la **Generación Z muestra de forma consistente puntajes más altos en comunicación sexual y compatibilidad**, tanto en mujeres como en hombres. Esto sugiere una mayor importancia atribuida a los aspectos comunicativos y relacionales de la sexualidad en los grupos más jóvenes. **Las generaciones Y y X presentan puntajes muy similares entre sí**, con leves descensos en juegos previos y comunicación, pero sin diferencias marcadas en las prácticas sexuales centrales. En hombres, la Generación X muestra puntajes comparables o levemente más altos en fantasías sexuales, mientras que en mujeres las diferencias son más moderadas.

3.3. Comparación general entre mujeres y hombres: En comparación general, los hombres reportan puntajes ligeramente más altos en fantasías sexuales y sexo anal, mientras que ambos muestran niveles muy similares en comunicación sexual, compatibilidad y sexo vaginal. En ambos grupos, los aspectos relacionales presentan menor variabilidad que las prácticas sexuales específicas.

Relación entre variables demográficas y dimensiones de la vida sexual en mujeres chilenas

	Fantasías sexuales		Juegos previos		Sexo oral		Sexo vaginal	
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
Estado Civil								
Soltero/a	3.05	1.35	4.05	1.0 9	3.95	1.2	4.34	0.94
						6		
En relación	3.36	1.43	3.94	1.1 0	3.83	1.3	4.32	0.96
						6		
Generación etaria								
Generación Z	3.59	1.33	4.23	1.0 1	4.03	1.2	4.40	0.95
						2		
Generación Y	3.30	1.40	3.87	1.1 2	3.75	1.3	4.28	0.94
						6		
Generación X	3.32	1.54	3.84	1.2 3	3.83	1.4	4.26	0.93
						1		

	Sexo anal		Comunicación sexual		Compatibilidad sexual	
	M	SD	M	SD	M	SD
Estado Civil						
Soltero/a	1.90	1.95	3.79	1.3	3.98	1.2
				6		6
En relación	1.84	1.96	4.20	1.0	4.39	0.9
				5		4
Generación etaria						
Generación Z	1.65	1.95	4.25	1.1	4.41	1.0
				4		2
Generación Y	2.09	1.97	3.92	1.1	4.11	1.1
				9		0
Generación X	1.86	1.89	3.87	1.1	4.14	1.1
				8		0

	Fantasías sexuales		Juegos previos		Sexo oral		Sexo vaginal	
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
Estado Civil								
Soltero/a	3.62	1.19	4.19	0.9 3	4.32	0.8 7	4.44	0.87
En relación	3.51	1.30	4.18	0.9 7	4.07	1.1 9	4.51	0.85
Generación etaria								
Generación Z	3.55	1.29	4.25	0.8 6	4.27	0.9 6	4.54	0.80
Generación Y	3.50	1.20	4.16	0.9 7	4.12	1.0 6	4.43	0.91
Generación X	3.63	1.37	3.99	1.1 7	4.00	1.2 9	4.42	0.91

	Fantasías sexuales		Juegos previos		Sexo oral	
	M	SD	M	SD	M	SD
Estado Civil						
Soltero/a	2.69	1.86	4.09	1.0 2	4.10	1.1 0
En relación	2.45	1.96	4.28	0.9 5	4.37	0.9 0
Generación etaria						
Generación Z	2.45	1.96	4.34	0.9 1	4.37	0.9 7
Generación Y	2.70	1.86	4.05	1.0 8	4.15	0.9 7
Generación X	2.71	1.98	4.18	0.9 0	4.31	0.8 1

Nota. Generación Z = nacidos entre 1997 y 2012; Generación Y / Milenial = nacidos entre 1981 y 1996; Generación X = nacidos entre 1965 y 1980. M = Promedio; DS = Estimación de variación de los valores (cuánto varían los datos entre ellos; entre más grande es el estimador, más varían los datos entre ellos).

4. Relación entre función sexual y satisfacción con la vida sexual en población chilena:

En mujeres y hombres chilenos se observa una relación clara y consistente entre el nivel de función sexual y la satisfacción con distintos aspectos de la vida íntima. En general, a mayor función sexual, mayor satisfacción, y a mayor disfunción, menor satisfacción en casi todas las áreas evaluadas.

4.1. Mujeres: En mujeres, las relaciones más fuertes se observan entre la satisfacción sexual general y aspectos como el sexo vaginal, la comunicación sexual y la compatibilidad sexual. La excitación y la satisfacción sexual son las dimensiones que muestran vínculos más amplios y consistentes con la mayoría de los aspectos de la vida sexual. Las relaciones son más débiles en el caso del dolor y, en menor medida, del deseo, lo que sugiere que estas dimensiones están menos directamente conectadas con la satisfacción cotidiana en prácticas específicas. Al comparar grupos, las mujeres sin disfunción reportan mayor satisfacción en todos los aspectos evaluados, con diferencias especialmente marcadas en juegos previos, sexo vaginal, comunicación y compatibilidad sexual.

4.2. Hombres: En hombres, el patrón es similar. La satisfacción sexual general y la satisfacción con el coito muestran las relaciones más fuertes con la mayoría de los aspectos de la vida sexual, especialmente con sexo vaginal, comunicación y compatibilidad sexual. La función eréctil se asocia principalmente con el sexo vaginal y con aspectos relacionales, mientras que el orgasmo y el deseo muestran relaciones más débiles y específicas. Los hombres sin disfunción sexual presentan puntajes de satisfacción consistentemente más altos que aquellos con disfunción, sobre todo en sexo vaginal, juegos previos, comunicación y compatibilidad sexual.

Índice de relación entre la función y disfunción sexual femenina y diferentes aspectos de la vida sexual

Cuán satisfecha está con los siguientes aspectos de su vida sexual?

	Fantasías sexuales	Juegos previos	Sexo oral	Sexo vaginal	Sexo anal	Comunicación sexual	Compatibilidad sexual
Deseo	0.27	0.32	0.20	0.29	0.23	0.19	0.20
Exitación	0.38	0.48	0.34	0.52	0.33	0.38	0.41
Lubricación	0.23	0.34	0.19	0.35	0.22	0.22	0.21
Orgasmo	0.24	0.31	0.29	0.43	0.27	0.29	0.29
Satisfacción	0.39	0.52	0.41	0.58	0.33	0.60	0.60
Dolor	0.13	0.21	0.14	0.29	0.21	0.11	0.13
	M (DS)	M (DS)	M (DS)	M (DS)	M (DS)	M (DS)	M (DS)
Sin disfunción	3.87 (0.94)	4.23 (0.86)	4.19 (1.00)	4.58 (0.65)	3.70 (1.08)	4.32 (0.92)	4.49 (0.80)
Con disfunción	3.08 (1.04)	3.26 (1.14)	3.44 (1.17)	3.56 (1.06)	2.92 (1.09)	3.42 (1.17)	3.63 (0.80)

Cuán satisfecho está con los siguientes aspectos de su vida sexual?

	Fantasías sexuales	Juegos previos	Sexo oral	Sexo vaginal	Sexo anal	Comunicación sexual	Compatibilidad sexual
Función eréctil	0.17	0.23	0.08	0.32	0.02	0.26	0.26
Satisfacción con el coito	0.35	0.35	0.24	0.42	0.19	0.41	0.43
Orgasmo	0.11	0.16	0.04	0.23	-0.01	0.15	0.19
Deseo	0.16	0.20	0.08	0.22	-0.02	0.12	0.15
Satisfacción general	0.42	0.45	0.39	0.51	0.28	0.55	0.61
	M (DS)	M (DS)	M (DS)	M (DS)	M (DS)	M (DS)	M (DS)
Sin disfunción	3.78 (0.97)	4.28 (0.80)	4.24 (0.97)	4.62 (0.59)	3.66 (1.17)	4.32 (0.83)	4.39 (0.82)
Con disfunción	3.30 (1.15)	3.79 (1.01)	4.01 (1.06)	3.94 (0.99)	3.40 (1.06)	3.55 (1.25)	3.60 (1.22)

Interpretación de resultados

✧ Mujeres chilenas

- La función sexual es compleja y está influida por factores personales y sociales, no solo físicos o de deseo.
- La satisfacción con los juegos previos y la calidad de los encuentros sexuales se relaciona fuertemente con mejor función sexual, mostrando que el placer femenino va más allá de la penetración.
- La frecuencia de los encuentros importa menos que la calidad y variedad de las prácticas, especialmente en etapas posteriores de la vida.
- El malestar ante dificultades sexuales no necesariamente aumenta con la edad; el significado de la sexualidad cambia con el ciclo vital.
- Comparado con estudios anteriores, menos mujeres están en riesgo de disfunción, posiblemente por diferencias generacionales, la diversidad de la muestra o cambios culturales.

✧ Hombres chilenos

- La función sexual se vincula estrechamente con factores relacionales y de comunicación
- Estar en pareja, sentirse satisfecho con la comunicación y tener compatibilidad en la relación se asocia con mejor funcionamiento sexual, especialmente en lo relativo al orgasmo y satisfacción global.
- Algunas dificultades aumentan con la edad, pero los hombres jóvenes también pueden experimentar ansiedad de desempeño o bajo deseo.
- La mediana edad muestra un mejor funcionamiento en varias dimensiones, probablemente por la experiencia adquirida, la estabilidad relacional y la autoconfianza.
- Los hombres jóvenes reportan mayor satisfacción con la comunicación y los juegos previos, reflejando cambios culturales y una educación sexual más abierta.

✧ Implicancias para los derechos sexuales y reproductivos

- La salud sexual va más allá de la ausencia de enfermedad e implica vivir la sexualidad con placer, autonomía y sin coerción. Por ello, las políticas deben incluir educación sexual integral, comunicación y relaciones basadas en el respeto y la igualdad.
- La sexualidad cambia a lo largo de la vida, por lo que los servicios de salud deben atender necesidades específicas de adolescentes, adultos y personas mayores, evitando invisibilizar este aspecto en etapas tardías.
- La sexualidad está fuertemente vinculada al contexto relacional, lo que resalta la importancia de abordar la violencia de género, las desigualdades de poder y los estereotipos para proteger derechos y promover vínculos equitativos.
- Las limitaciones del estudio (participantes mayoritariamente cisheterosexuales y recolección de datos en línea) indican la necesidad de incluir poblaciones rurales, personas mayores con menor acceso digital y diversidades sexuales y de género para garantizar una mayor representatividad.

1. Entender que la salud sexual es más que “no tener problemas”: La salud sexual no se trata solo de evitar enfermedades o embarazos no planificados. También incluye el derecho a sentir placer, a comunicarse con la pareja, a tomar decisiones libres y a vivir la sexualidad sin culpa ni vergüenza. En un país donde la sexualidad muchas veces se ha vivido en silencio o bajo tabúes, es importante reconocer que hablar de placer, deseo y satisfacción no es algo “inmoral”, sino parte del bienestar humano.

2. Darle importancia a la comunicación sexual: Uno de los hallazgos más claros es que el diálogo y la compatibilidad con la pareja están fuertemente relacionadas con una mejor experiencia, tanto en mujeres como en hombres. Por eso, hablar sobre lo que gusta y lo que no mejora el encuentro. Preguntar y escuchar es tan importante como el acto sexual en sí. Expresar límites es un derecho, no una falta de amor. En una cultura donde muchas veces se espera que “la otra persona adivine”, promover la comunicación abierta es una forma concreta de mejorar la vida sexual y fortalecer relaciones más igualitarias.

3. Superar el mito de que la sexualidad es solo penetración: Los datos muestran que la satisfacción se relaciona estrechamente con aspectos como los juegos previos, la comunicación y la conexión con la pareja. Esto es especialmente relevante en un contexto donde la educación sexual ha sido limitada y centrada casi exclusivamente en lo reproductivo. Es importante entender que el placer no se reduce al coito; la calidad del encuentro importa más que la frecuencia. La sexualidad incluye caricias, conversación, intimidad y conexión emocional. Ampliar esta mirada ayuda a reducir presiones, especialmente en hombres, y a visibilizar el placer femenino, históricamente minimizado.

4. Reconocer que las dificultades sexuales son comunes: Una proporción relevante de mujeres y hombres presenta riesgo de dificultades en su función sexual. Esto significa que no se trata de casos aislados ni de “fallas personales”. Por eso, presentar dificultades sexuales no es sinónimo de fracaso; buscar ayuda profesional es un acto de cuidado, no de debilidad. Estas situaciones deben abordarse sin culpa ni estigmatización. En una sociedad donde el machismo y los estereotipos de género siguen presentes, normalizar estas conversaciones es clave para el bienestar.

5. Entender que la sexualidad cambia a lo largo de la vida: La sexualidad no es igual a los 20, 40 o 60 años. Cambian las prioridades, el cuerpo, las experiencias y las expectativas. Esto implica que las personas mayores también tienen derecho a una vida activa y satisfactoria: las dificultades asociadas a la edad no deben vivirse con vergüenza. Adaptarse y conversar sobre estos cambios es parte natural del ciclo vital; ignorar la sexualidad en la adultez y la vejez es una forma de invisibilización que afecta el bienestar.

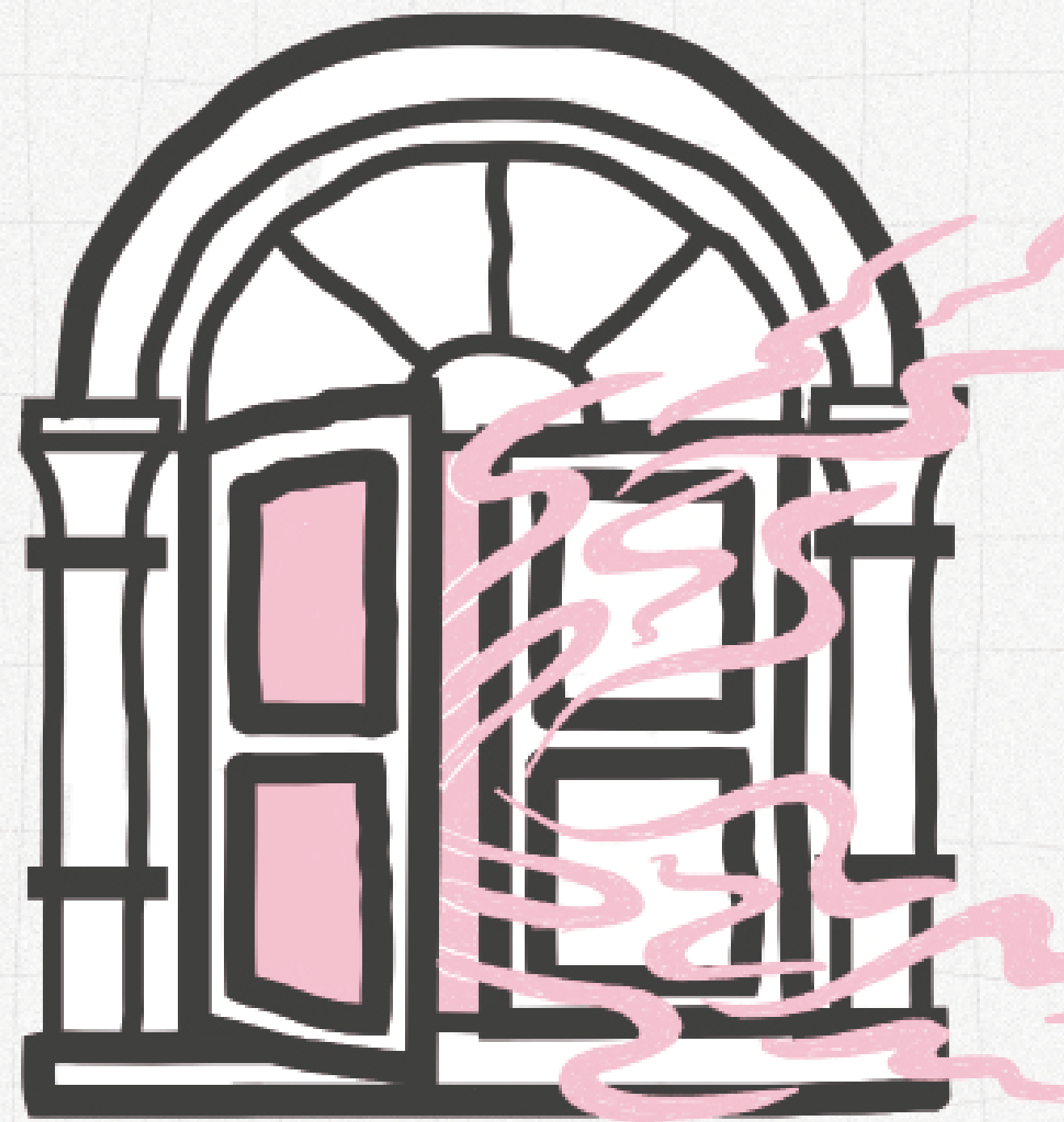
6. Promover relaciones más equitativas: Los resultados muestran que la satisfacción está estrechamente vinculada con la calidad de la relación. En un contexto donde el machismo ha marcado históricamente las dinámicas de pareja, avanzar hacia relaciones más igualitarias es fundamental. Esto implica compartir responsabilidades emocionales y sexuales, no presionar a la pareja a tener relaciones y entender que el consentimiento debe ser libre y explícito. La igualdad en la relación no solo es un tema ético: también mejora la experiencia sexual.

7. Exigir Educación Sexual Integral basada en evidencia: La falta de educación sexual integral en Chile ha contribuido a la desinformación, el miedo y la reproducción de mitos. Una formación adecuada debería incluir información científica y actualizada, promover el diálogo sobre placer, consentimiento y comunicación, considerar la diversidad de orientaciones e identidades, y adaptarse a distintas edades. La educación no “incita” a tener relaciones; más bien, permite tomar decisiones más responsables, informadas y libres.

8. Visibilizar la diversidad sexual y de género: Gran parte de la información disponible en Chile se basa principalmente en personas cisgénero y heterosexuales. Esto deja fuera muchas experiencias. Desde un enfoque de derechos, todas las personas, independientemente de su orientación o identidad de género, tienen derecho al bienestar sexual. Las políticas públicas deben incluir activamente a las diversidades, pues el respeto y la no discriminación son condiciones básicas para la salud.

9. Ampliar el acceso a atención en salud sexual: Si la función sexual está vinculada al bienestar general, entonces debe formar parte habitual de la atención sanitaria. Es importante que los centros de salud incluyan la sexualidad en sus controles regulares, los profesionales reciban formación integral en esta área y se reduzca el estigma al consultar por dificultades. La sexualidad no debe ser un tema “secundario” en salud.

10. Cambiar la cultura del silencio: Quizás la recomendación más importante es esta: hablar de sexualidad con respeto, información y apertura. En un país descrito muchas veces como conservador, avanzar hacia una cultura más informada implica cuestionar mitos, abrir espacios de conversación en familias y parejas, y entender que la sexualidad es parte natural de la vida humana. Cuando la información científica se vuelve accesible y el diálogo se normaliza, se fortalecen los derechos sexuales y reproductivos y mejora el bienestar de toda la población.



Hay luz que la clínica aún
no ha sabido mirar.
Una ventana hacia lo que siempre estuvo ahí.,

Por

Soledad Díaz Pastén

Presidenta del Directorio
de MILES Chile



Palabras finales ►

Entre avances y retrocesos:
los derechos sexuales y
reproductivos en el Chile
actual

Presentamos este Informe en su octava versión en un momento clave para los derechos sexuales y reproductivos en Chile. El escenario actual no es neutral: la instalación de un gobierno de orientación conservadora configura un contexto en que los avances conquistados por años de lucha enfrentan riesgos reales de debilitamiento, no solo en la ley, sino en la vida concreta de las personas.

A ocho años de la promulgación de la Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo en tres causales, la evidencia es contundente: el problema ya no es si el derecho existe, sino si realmente se puede ejercer. Y la respuesta, hoy, sigue siendo insatisfactoria: la objeción de conciencia, la falta de información y las desigualdades territoriales hacen que acceder a un derecho dependa del lugar donde se vive o del profesional que atiende. Si a esto se suma la posible disminución de recursos presupuestarios, lo que tenemos no es un problema técnico: es una señal política. Porque cuando se recortan presupuestos en salud sexual y reproductiva, lo que se restringe no es un programa; se limitan derechos.

La deuda del Estado, sin embargo, no se limita al aborto. Chile sigue entendiendo la sexualidad de manera reducida, centrada en lo reproductivo, dejando fuera el bienestar, el placer, la autonomía y las condiciones en que las personas viven su sexualidad. Esto invisibiliza problemas, reproduce desigualdades y limita la capacidad de construir políticas públicas que respondan a la realidad.

En ese marco, hay exclusiones que no podemos seguir ignorando. Mujeres que viven condiciones como la insuficiencia ovárica prematura y no encuentran respuestas en el sistema de salud. Personas transmasculinas y género diversas que siguen enfrentando barreras, discriminación y falta de atención adecuada. Estas no son excepciones: son parte de un modelo que sigue excluyendo a quienes no se ajustan a la cultura patriarcal dominante. En un contexto político como el actual, estas exclusiones corren el riesgo de profundizarse.

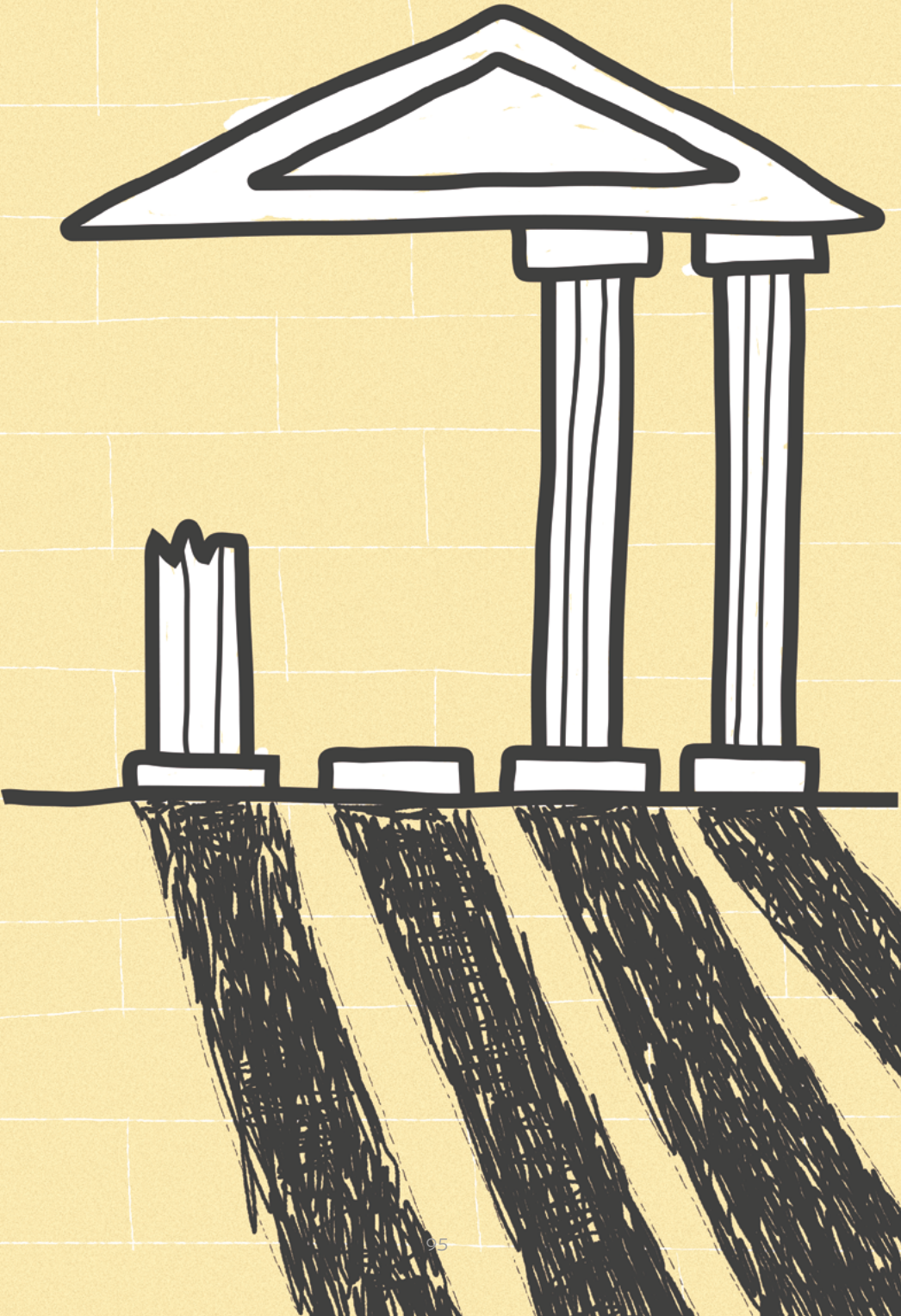
Cuando los derechos se debilitan, quienes primero quedan fuera son siempre quienes ya estaban en los márgenes.

Este Informe describe situaciones que viven las personas en Chile en relación a sexualidad y reproducción. Desde esa evidencia, la invitación es a estar conscientes de los riesgos que enfrentamos: a no ceder terreno, a defender lo conquistado y a seguir avanzando.

Esta tarea no es nueva para nosotras. Durante diez años, Miles Chile ha sostenido su compromiso con la defensa de los derechos sexuales y reproductivos, porque estos derechos no son accesorios: son parte de la dignidad, de la autonomía y de la vida de las personas.

Y hoy más que nunca, defenderlos es una tarea colectiva.

El derecho llega hasta
donde el sistema quiere.
No todos los cuerpos caben en la ley.





Referencias ► bibliográficas

Capítulo 1

Chile. (2012). Ley N° 20.584 que regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención de salud. Diario Oficial de la República de Chile.

Chile. (2017). Ley N° 21.030 que regula la despenalización de la interrupción voluntaria del embarazo en tres causales. Diario Oficial de la República de Chile, 23 de septiembre de 2017.

Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (CEDAW). (2018). Observaciones finales sobre los informes periódicos de Chile. Naciones Unidas.

Congreso Nacional de Chile. (2010). Ley N°20.418 que fija normas sobre información, orientación y prestaciones en materia de regulación de la fertilidad. Biblioteca del Congreso Nacional.

Congreso Nacional de Chile. (2012). Ley N°20.584 que regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención de salud. Biblioteca del Congreso Nacional.

Congreso Nacional de Chile. (2017). Ley N°21.030 que regula la despenalización de la interrupción voluntaria del embarazo en tres causales. Biblioteca del Congreso Nacional.

Corporación Humanas. (2021). Objeción de conciencia en la Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo: impactos en el acceso a derechos. Corporación Humanas.

Corporación Miles. (varios años). Informes de monitoreo de implementación de la Ley N°21.030 y acompañamiento psicosocial. Corporación Miles.

Fiscalía Nacional. (2022). Oficio FN N°277/2022: Instrucciones generales sobre la actuación en delitos de violencia sexual.

Ministerio de la Mujer y la Equidad de Género. (varios años). Estadísticas sobre violencia de género y violencia sexual. Gobierno de Chile.

Ministerio de Salud de Chile. (2018). Circular N° 2: Instrucciones sobre cobertura y aplicación de la normativa asociada a la Ley N° 21.030. Gobierno de Chile.

Ministerio de Salud de Chile. (2018). Circular N° 311: Directrices para la aplicación de la Ley N° 21.030 en los establecimientos de salud. Gobierno de Chile.

Ministerio de Salud de Chile. (2018). Decreto Supremo N° 44 que aprueba el reglamento de las prestaciones incluidas en el programa de acompañamiento y materias afines de la Ley N° 21.030. Diario Oficial de la República de Chile, 8 de febrero de 2018.

Ministerio de Salud de Chile. (2018). Decreto Supremo N° 67 que aprueba el reglamento para ejercer objeción de conciencia conforme al artículo 119 ter del Código Sanitario. Diario Oficial de la República de Chile, 23 de octubre de 2018.

Ministerio de Salud de Chile. (2025). Decreto Supremo N° 22 que modifica Decreto Supremo N°67 de 2028, del Ministerio de Salud, que aprueba reglamento para ejercer objeción de conciencia según lo dispuesto en el artículo 199 ter del Código Sanitario. Diario Oficial de la República de Chile, 27 de mayo de 2025.

Ministerio de Salud de Chile. (2018). Norma Técnica Nacional de acompañamiento y atención a la mujer que se encuentra en alguna de las tres causales que regula la Ley N°21.030.

Ministerio de Salud de Chile. (2018). Orientaciones técnicas para la acogida y acompañamiento en el marco de la Ley N°21.030.

Ministerio de Salud de Chile. (2018). Resolución Exenta N°23, que aprueba arancel de prestaciones asociadas a la Ley N°21.030.

Ministerio de Salud de Chile. (s.f.). Manual de aplicación de fiscalización Ley N°21.030: Consideraciones para la inspección sanitaria y pauta de chequeo.

Ministerio de Salud de Chile. (s. f.). Manual de fiscalización de la Ley N° 21.030 y normativa técnica asociada (norma técnica nacional y orientaciones técnicas). Gobierno de Chile.

Organización Mundial de la Salud. (2022). Abortion care guideline. OMS.

Superintendencia de Salud. (2018). Circular IF/N°311: Aplicación y cobertura por parte de ISAPRE de las prestaciones de la Ley N°21.030.

Capítulo 2

Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. (2016). Observación General N°22: El derecho a la salud sexual y reproductiva. Naciones Unidas.

Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (CEDAW). (2017). Recomendación General N°35.

Congreso Nacional de Chile. (2017). Ley N°21.030 que regula la despenalización de la interrupción voluntaria del embarazo en tres causales. Biblioteca del Congreso Nacional.

Corte Interamericana de Derechos Humanos. (2018). Caso Poblete Vilches y otros vs. Chile.

Ministerio de Salud. (2023). Manual de Aplicación de Fiscalización Ley N°21.030. Gobierno de Chile.
ONU Mujeres. (2020). Aborto seguro y derechos humanos.

Organización Mundial de la Salud. (2022). Abortion care guideline.

Capítulo 3

Amnistía Internacional. (2024). Fragmentación en sistema de salud ahonda brechas y desigualdad en el acceso a la salud.

Coulam, C. B., Adamson, S. C., & Annegers, J. F. (1986). Incidence of premature ovarian failure. *Obstetrics & Gynecology*, 67(4), 604–606.

Dragnic, L., & Saavedra, M. B. (2025). Persistencia en la inequidad: el sistema de salud en Chile. En *Informe Anual de Derechos Humanos en Chile*. Universidad Diego Portales.

European Society of Human Reproduction and Embryology (ESHRE) Guideline Group on POI. (2016). Management of women with premature ovarian insufficiency. *Human Reproduction*, 31(5), 926–937.

Gibson-Helm, M., Teede, H., Vincent, A., & Boyle, J. (2014). Symptoms, health behavior and understanding of premature ovarian insufficiency: A qualitative study. *Climacteric*, 17(6), 666–673.

Goyenechea, M. (2019). Estado subsidiario, segmentación y desigualdad en el sistema de salud chileno. *Cuadernos Médico Sociales*, 59(2), 7-12.

Greil, A. L., Slauson-Blevins, K., & McQuillan, J. (2011). The experience of infertility: A review of recent literature. *Sociology Compass*, 5(2), 140-152.

Nelson, L. M. (2009). Primary ovarian insufficiency. *New England Journal of Medicine*, 360(6), 606-614.

Olavarría Gambi, M. (2005). Acceso a la salud en Chile. *Revista de Salud Pública*, 9(1), 1-15.

Popat, V. B., Calis, K. A., Vanderhoof, V. H., Cizza, G., Reynolds, J. C., Sebring, N., & Nelson, L. M. (2009). Bone mineral density in estrogen-deficient young women. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 94(7), 2277-2283.

Tian, Y., Zhang, X., Xin, Z., Liu, Y., & Li, Y. (2024). Premature ovarian insufficiency is associated with increased risk of depression, anxiety, and poor quality of life: A systematic review and meta-analysis. *Alpha Psychiatry*, 25(2), 132-141.

Torrealday, S., Kodaman, P., & Pal, L. (2017). Premature ovarian insufficiency: A comprehensive review. *The Lancet*, 389(10082), 125-136.

Miles + (1)

Álvarez-Pinilla L., Vargas-Flores T., Elgueta-Villablanca P., & Martínez-Órdenes M. (2024). Revisión de alcance: Atención en salud sexual y reproductiva en personas transgénero a nivel global. *Mat.Actual*, (1), 13. <https://syt.uv.cl/index.php/matroneria/article/view/4010>

Biblioteca Nacional del Estado de Chile. (2012). Ley N° 20.609 que establece medidas contra la discriminación. *Diario Oficial de la República de Chile*. <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1042092>

Biblioteca Nacional del Estado de Chile. (2018). Ley N° 21.120 que modifica el Código Civil en materia de identidad de género. *Diario Oficial de la República de Chile*. <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1126480&idVersion=2019-12-27&idParte=9974934>

Biddle, B. J. (1986). Recent developments in role theory. *Annual Review of Sociology*, 12, 67-92. <https://doi.org/10.1146/annurev.so.12.080186.000435>

Braun, V. & Clarke, V. (2021). One size fits all? What counts as quality practice in (re-flexive) thematic analysis? *Qualitative Research in Psychology*, 18(3), 328-352. <https://doi.org/10.1080/14780887.2020.1769238>

Charmaz, K. (2017). The Power of Constructivist Grounded Theory for Critical Inquiry. *Qualitative Inquiry*, 23(1), 34-45. <https://doi.org/10.1177/1077800416657105>

Creswell, J. W., & Creswell, J. D. (2017). *Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches*. Sage.

Escuela de Obstetricia y Puericultura, Universidad Mayor. (2015). *Evolución de la matronería en Chile: Hitos y desafíos*.

Flick, U. (2020). *Diseño de investigación cualitativa*. https://edmorata.es/wp-content/uploads/2020/06/Flick.DisenoInvestigacionCualitativa.PR_.pdf

Kvale, S., & Brinkmann, S. (2009). *Entrevistas en investigación cualitativa*. SAGE Publications.

Ministerio de Salud de Chile. (2025). *Política Nacional de Salud para Personas Trans y de Género Diverso*. Gobierno de Chile.
Moreno, J. M. M., & Pastor, R. D. R. (2024). Estrategias de salud sexual y reproductiva en la mujer. *NPunto*, 7(74), 31-58.

Muñoz, Lucila Cerda. (2020). Professional formation of midwives in Chile: years of history. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 85(2), 115-122. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262020000200115>

Ortiz Contreras, J., Binfa Esbir, L., Carreño Campos, E., Díaz Navarrete, M., Elgueta Villablanca, P., Gálvez Ortega, P., Goldsack Ulloa, M., Mella Guzmán, M., Villagrán Becerra, M., & Martínez Órdenes, M. (2024). 190 años de la carrera de Obstetricia de la Universidad de Chile: Construyendo historia... Universidad de Chile. <https://doi.org/10.34720/qqq8-rv70>

Parker, G., Kelly, L., Miller, S., Van Wagner, V., Handa, M., Baddock, S., Griffiths, C., Kelsey, F., Neely, E., & Wilson-Mitchell, K. (2023). Taking up the challenge of trans and non-binary inclusion in midwifery education. *Midwifery*, 118, 103605.

Pezaro, S., Crowther, R., Pearce, G., Jowett, A., Godfrey-Isaacs, L., Samuels, I., & Valentine, V. (2023). Perinatal care for trans and nonbinary people birthing in heteronormative maternity services: Experiences and educational needs of professionals. *Gender & Society*.

Santana Febles. (2022). *Los retos en la transición de los hombres trans*.

Sánchez-Ruiz, P., Fernández-Ordóñez, E., & Martínez-Castellón, N. (2019). Comparativa legal de la transexualidad en el mundo. *Revista Enfermería Docente*.

Schutz, A. (1967). The Phenomenology of the Social World. Northwestern University Press. <https://nupress.northwestern.edu/9780810168022/phenomenologyof-the-social-world>

Sepúlveda-Gotterbarm, J., Ortíz-Rubilar, M., Rodríguez-Garrido, P., & Goberna Tricas, J. (2022). Construcción del género y sexualidad en la primera infancia: rol de la matrona en Chile. *Matronas Profesión*, 23(1), e46-e52.

Stop Trans Pathologization – Red por la Despatologización de las Identidades Trans. (2010). Guía de buenas prácticas para la atención sanitaria a las personas trans en el marco del Sistema Nacional de Salud.

Strauss, A., & Corbin, J. (2016). Bases de la investigación cualitativa: Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada. Universidad de Antioquia.

Todo Mejora. (2024). Análisis Temático de la ENSSEX 2022-2023: Enfoque en Salud, Educación Sexual y Experiencias de Violencia en la Población LGBTIQ+

UNFPA-Colombia. (s. f.). Lineamientos de Atención en los Servicios de Salud con Enfoque Diferencial, de Género y No Discriminación para Personas LGBTI.

World Health Organization (WHO). (2018). Género y salud. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/gender>

World Health Organization (WHO). (2023). WHO announces the development of the guideline on the health of trans and gender diverse people. <https://www.who.int/news/item/28-06-2023-who-announces-the-development-of-the-guideline-on-the-health-of-trans-and-gender-diverse-people>

Zapata Pizarro, A., Díaz Díaz, K., Barra Ahumada, L., Maureira Sales, L., Linares Moreno, J., & Zapata Pizarro, F. (2019). Atención de salud de personas transgénero para médicos no especialistas en Chile. *Revista médica de Chile*, 147(1), 65-72.

Miles + (2)

Abdo, C. H. N. (2020). Latin American and Latina/Latino issues in sexual health. In Cultural differences and the practice of sexual medicine: A guide for sexual health practitioners. (pp. 183-205). Springer Nature Switzerland AG. https://doi.org/10.1007/978-3-030-36222-5_11

Atallah S, et al. Ethical and sociocultural aspects of sexual function and dysfunction in both sexes. *J Sex Med*. 2016;13(4):591-606. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2016.01.021>
Althof, S. E., et al. (2010). Sexual satisfaction in men with erectile dysfunction: correlates and potential predictors. *J Sex Med*, 7(1 Pt 1), 203-215. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2009.01554.x>

Ahmed, K., & Bhugra, D. (2004). The role of culture in sexual dysfunction. *Psychiatry*, 3(2), 23-25. <https://doi.org/https://doi.org/10.1383/psyt.3.2.23.30308APA>. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5™, 5th ed [doi:10.1176/appi.books.9780890425596]. American Psychiatric Publishing, Inc. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>

Águila, C. A., et al. (2022). Sexual function in university students. *Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela*, 82(4), 466-477. <https://doi.org/10.51288/00820411>

Antúñez-García, V., & Muñoz-Mendoza, C. L. (2019). Función sexual y calidad de vida relacionada con la salud en mujeres climatéricas con prolapso genital en Centros de Salud Familiar de la región de Ñuble. *Rev. Chil. Obstet. Ginecol.*, 84(5), 346-354. <https://doi.org/10.4067/s0717-75262019000500346>

Baker, S. (2023). North-south publishing data show stark inequities in global research. *Nature*, 624(7991), S1-S1. <https://doi.org/https://doi.org/10.1038/d41586-023-03901-x>

Bancroft, J. (2008). Human Sexuality and Its Problems (3er Edition ed.). Churchill Livingstone. <https://books.google.com/books?id=HW47vgAACAAJ>

Binnie, J. (2004). The Globalization of Sexuality <https://doi.org/10.4135/9781446218341>

Blümel, J. E., et al. (2004). Índice de función sexual femenina: Un test para evaluar la sexualidad de la mujer. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 69, 118-125. <https://doi.org/10.4067/S0717-75262004000200006>

Blümel, J. E., et al., (2004). Impairment of sexual activity in middle-aged women in Chile. *Menopause*, 11(1), 78-81. <https://doi.org/10.1097/01.Gme.0000072481.97324.7f>

Blümel, J. E., et al. (2009). Sexual dysfunction in middle-aged women: a multicenter Latin American study using the Female Sexual Function Index. *Menopause*, 16(6), 1139-1148. <https://doi.org/10.1097/gme.0b013e3181a4e317>

Borchart de Moreno, C. (2004). Words and wounds: Gender relations, violence, and the state in late colonial and early Republican Ecuador [Article]. *Colonial Latin American Review*, 13(1), 129-144. <https://doi.org/10.1080/1060916042000210855>

Castelo-Branco, C., et al., (2003). Prevalence of sexual dysfunction in a cohort of middle-aged women: Influences of menopause and hormone replacement therapy [Article]. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 23(4), 426-430. <https://doi.org/10.1080/0144361031000120978>

Chambers, S. K., et al. (2017). Erectile dysfunction, masculinity, and psychosocial outcomes: a review of the experiences of men after prostate cancer treatment. *Transl Androl Urol*, 6(1), 60-68. <https://doi.org/10.21037/tau.2016.08.12>

Claes, T. (2016). The Sexual History of the Global South: Sexual Politics in Africa, Asia and Latin America. *Journal of the International Network for Sexual Ethics & Politics*, 4, 111-116. <https://doi.org/10.3224/insep.v2i1.25773>

Contreras, D., et al., (2016). Subjective Sexual Well-Being in Chilean Adults: Evaluation of a Predictive Model. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 42(4), 338-352. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2015.1053018>

Del Valle, M. R., et al. (2015). Índice de función sexual en mujeres que ejercen el comercio sexual. *Rev. Chil. Obstet. Ginecol.*, 80(5), 358-366. <https://doi.org/10.4067/s0717-75262015000500002>

Dworkin, S. L., et al. (2016). Sexuality in the Global South: 50 Years of Published Research in the *Journal of Sex Research*—Inclusions, Omissions, and Future Possibilities. *The Journal of Sex Research*, 53(9), 1059-1064. <https://doi.org/10.1080/00224499.2015.1106433>

Fielder, R. (2013). Sexual Functioning. In M. D. Gellman & J. R. Turner (Eds.), *Encyclopedia of Behavioral Medicine* (pp. 1774-1777). Springer New York. https://doi.org/10.1007/978-1-4419-1005-9_668

Figueroa, J. R., et al. (2009). Prevalencia de disfunción sexual en mujeres climatéricas. *Rev. Med. Chil.*, 137(3). <https://doi.org/10.4067/s0034-98872009000300004>

Fleck, D., et al. (2014). Efectividad y satisfacción del tratamiento con dosis diaria de Tadalafi lo 5 mg para la disfunción eréctil. *Revista chilena de urología*, 79(2), 22-27.

Flores, E. C., et al. (2012). Description of the sexual function in women with pelvic floor disorders in a public hospital in Santiago [Article]. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 77(5), 331-337. <https://doi.org/10.4067/S0717-75262012000500002>

Henrich, J., et al. (2010a). Most people are not WEIRD. *Nature*, 466(7302), 29-29. <https://doi.org/10.1038/466029a>

Henrich, J., et al. (2010b). The weirdest people in the world? *Behavioral and Brain Sciences*, 33(2-3), 61-83. <https://doi.org/10.1017/S0140525X0999152X>

Hidalgo, D. A., & Dewitte, M. (2021). Individual, Relational, and Sociocultural Determinants of Sexual Function and Sexual Satisfaction in Ecuador. *Sex Med*, 9(2), 100307. <https://doi.org/10.1016/j.esxm.2020.100307>

Jacobs, E. (2004). Sexuality in Chile. Independent Study Project (ISP) Collection, 523. https://digitalcollections.sit.edu/isp_collection/523

Klein, V., et al. (2021). How weird and androcentric is sex research? Global inequities in study populations. *Journal of Sex Research*. <https://doi.org/10.1080/00224499.2021.1918050>

Leyton, R., et al. (2018). Prevalencia de Disfunción Eréctil en Estudiantes de Medicina. *Revista chilena de urología*, 83(1), 26-29.

Marconi, M., et al. (2022). Trends in treatments for erectile dysfunction in Chile between 2010 and 2020 with special focus on penile prostheses. *Archivio Italiano Di Urologia E Andrologia*, 94(1), 65-69. <https://doi.org/https://doi.org/10.4081/aiua.2022.1.65>

McCool, M., et al. (2018). Predictors of female sexual dysfunction: a systematic review and qualitative analysis through gender inequality paradigms. *BMC Womens Health*, 18(1), 108. <https://doi.org/10.1186/s12905-018-0602-4>

Mella, S. C., et al. (2015). Salud sexual en Chile: una aproximación descriptiva al comportamiento y la satisfacción sexual de los chilenos. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 80(4), 289-296. <https://doi.org/10.4067/s0717-75262015000400003>

Mignolo, W. (2005). *The Idea of Latin America*. Wiley. <https://books.google.cl/books?id=vPacXtsWhewC>

Morin Chaparro, G., et al. (2013). Female sexual function during the postpartum period [Article]. *Revista de Obstetricia y Ginecologia de Venezuela*, 73(3), 181-186. <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-84888110054&partnerID=40&md5=5fd-8766805d5174fa2e5a5206991e3de>

Osorio, C. L., et al. (2018). Prevalencia de incontinencia urinaria y disfunción sexual en embarazadas atendidas en un Centro de Salud Familiar de Santiago de Chile. 2018, 44(1). http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2018000100008

Oyanedel, J. C., et al. (2021). Exploring Determinants of Sexual Satisfaction in a Chilean Representative Sample. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 47(2), 103-116. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2020.1805077>

Quevedo-Gómez, M. C., et al. (2020). Social inequalities, sexual tourism and HIV in Cartagena, Colombia: An ethnographic study [Article]. *BMC Public Health*, 20(1), Article 1208. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-09179-2>

Quintana, G. R. (2024). Baseline Report of the National Sex and Sexuality Study through a Chilean Conglomerate Sample. *Interdisciplinaria*, 41(2). <https://doi.org/https://doi.org/10.16888/interd.2024.41.2.28>

Quintana, G. R., Ponce, F. P., Escudero-Pastén, J., Santibáñez-Palma, J. F. et al., (2024). Analysis of the International Index of Erectile Function: psychometric evidence and measurement invariance across relationship status and age generations in a Chilean sample. *Sexual medicine*, 12(6), qfae084. <https://doi.org/10.1093/sexmed/qfae084>

Quintana, G. R., Ponce, F. P., Santibáñez-Palma, J. F., Escudero-Pastén, J., et al., (2025). Analysis of the psychometric evidence of the Female Sexual Function Index (FSFI) & measurement invariance across relationship status & age generations in a Chilean sample. *Sexual medicine*, 13(1), qfaf010. <https://doi.org/10.1093/sexmed/qfaf010>

Reidpath, D., & Pascale, A. (2019). The problem of ‘trickle-down science’ from the Global North to the Global South. *BMJ Global Health*, 4(4), e001719. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2019-001719>

Rowland, D., & Jannini, E. (2020). Cultural Differences and the Practice of Sexual Medicine A Guide for Sexual Health Practitioners: A Guide for Sexual Health Practitioners. <https://doi.org/10.1007/978-3-030-36222-5>

Santibáñez, C., et al. (2016). Prevalencia de disfunción eréctil y factores asociados en pacientes con indicación de rehabilitación cardíaca. *Revista Chilena de Cardiología*, 35(3), 216-221. <https://doi.org/10.4067/s0718-85602016000300002>

Sánchez-Cruz, J. J., et al. (2003). Male erectile dysfunction and health-related quality of life. *Eur Urol*, 44(2), 245-253. [https://doi.org/10.1016/s0302-2838\(03\)00215-x](https://doi.org/10.1016/s0302-2838(03)00215-x)

Shifren, J. L., et al. (2008). Sexual problems and distress in United States women: prevalence and correlates. *Obstet Gynecol*, 112(5), 970-978. <https://doi.org/10.1097/AOG.0b013e3181898cdb>

Thomas, H. N., & Thurston, R. C. (2016). A biopsychosocial approach to women’s sexual function and dysfunction at midlife: A narrative review. *Maturitas*, 87, 49-60. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2016.02.009>

Tortorici, Z. (2007). Masturbation, salvation, and desire: Connecting sexuality and religiosity in colonial Mexico [Article]. *Journal of the History of Sexuality*, 16(3), 355-372. <https://doi.org/10.1353/sex.2007.0065>

Venegas, J. A., & Baeza, R. (2004). Prevalencia de Disfuncion Erectil en Chile. *Revista chilena de urología*, 69.

WHO. (2022a). ICD-11: International classification of diseases (11 ed.). <https://icd.who.int/r>

Lorem ipsum dolor sit amet, consectetur adipiscing elit, sed diam nonummy nibh euismod tincidunt ut laoreet dolore magna aliquam erat volutpat. Ut wisi enim ad minim veniam, quis nostrud exerci tation ullamcorper suscipit lobortis nisl ut aliquip ex ea commodo consequat. Duis autem vel eum iriure dolor in hendrerit in vulputate velit esse molestie consequat, vel illum dolore eu feugiat nulla facilisis at vero eros et accumsan et iusto odio dignissim qui blandit praesent luptatum zzril delenit augue duis dolore te feugait nulla facilisi.

Lorem ipsum dolor sit amet, consectetur adipiscing elit, sed diam nonummy nibh euismod tincidunt ut laoreet dolore magna aliquam erat volutpat. Ut wisi enim ad minim veniam, quis nostrud exerci tation ullamcorper suscipit lobortis nisl ut aliquip ex ea commodo consequat.



www.mileschile.cl