



Universidad de Concepción
Dirección de Postgrado
Programa de Magister en Salud Sexual y Reproductiva

**SENSIBILIDAD DE GÉNERO EN PROGRAMAS DE SALUD
SEXUAL Y REPRODUCTIVA CHILENOS VIGENTES AL AÑO**



Tesis para optar al grado de Magister en Salud Sexual y Reproductiva
FRANCISCA ANDREA SOLAR BUSTOS
CONCEPCIÓN-CHILE
2022

Profesora Guía: Mercedes Carrasco Portiño
Dpto. de Obstetricia y Puericultura, Facultad de Medicina
Universidad de Concepción

Agradecimientos

*A mis abuelas,
Ceferina Sánchez Henríquez
y Sara Leal Bürger (Q.E.P.D),
por ser constructoras de catedrales.*

*A mi padre y a mi madre,
Hernán Solar Leal
y Sandra Bustos Sánchez,
por educarme a punta de Días y Flores.*



*A mis amigas, amigos y a mi compañero,
por encender la luz, arropar el frío
y pintarme de blanco.*

*A mi profesor,
don Héctor Oberg Yáñez (Q.E.P.D),
porque ningún nefelibata escapaba
a su impecable rigor y franqueza.*

*Y a mi profesora,
Mercedes Carrasco Portiño,
por ser la ventana que se abre cuando
las demás puertas se cierran.*

ÍNDICE

	Páginas
ÍNDICE DE TABLAS	v
RESUMEN	vi
ABSTRACT	vii
<hr/>	
1. INTRODUCCIÓN	1
<hr/>	
2. MARCO TEÓRICO	4
2.1. CONCEPTOS SOBRE TEORÍA DE GÉNERO	4
2.1.1. Sexo y género	4
2.1.2. Enfoque o perspectiva de género	8
2.1.3. Igualdad y equidad de género	8
2.1.4. Derechos sexuales y reproductivos	11
2.1.5. Género y salud	16
2.1.6. Género y salud sexual y reproductiva	19
2.2. SENSIBILIDAD DE GÉNERO	20
2.2.1. Rol de Estado como garante de la equidad de género	20
2.2.1.1. Intervención del Estado	23
2.2.1.2. Políticas de salud, planes de salud y programas de salud	24
2.2.2. Sensibilidad de género como herramienta de evaluación	25
<hr/>	
3. OBJETIVOS	28
<hr/>	
4. MATERIAL Y MÉTODO	29
4.1. Tipo de estudio	29
4.2. Población y muestra	29
4.3. Criterios	29
4.4. Identificación y recuperación de los programas de salud sexual y reproductiva	30
4.5. Variables	31
4.6. Recogida de información	32
4.6.1. Análisis por expertas del cuestionario de sensibilidad de género	32
4.7. Análisis de datos	36
4.7.1. Medición de la sensibilidad de género	36
4.7.2. Construcción de índices de sensibilidad	37
<hr/>	
5. RESULTADOS	40
5.1. Índice de sensibilidad simbólica de género para la descripción y la intervención en los problemas de salud, por programa de Salud Sexual y Reproductiva	40
5.2. Índice de sensibilidad operativa de género para la descripción y la intervención en los problemas de salud, por programa de Salud Sexual y Reproductiva	41
5.3. Índice de sensibilidad operativa de género para la descripción y la intervención en los entornos para la salud	45
5.4. Índice de sensibilidad operativa de género para la descripción y la intervención en los objetivos de apoyo al	45

desarrollo de los programas de Salud Sexual y Reproductiva	
5.5. Apartado sobre grupos de exclusión social	46
6. DISCUSIÓN	52
7. CONCLUSIONES	57
8. LIMITACIONES	58
9. PROYECCIONES	59
10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	60
11. ANEXOS	73
Anexo I. Documento de solicitud de participación de expertas	73
Anexo II. Cuestionario de consulta a expertas	74
Anexo III. Cuestionario de sensibilidad de género (basado en instrumento de Peiró et al.	80
Anexo IV. Programas de salud sexual y reproductiva chilenos vigentes con sus respectivos protocolos de apoyo a los objetivos	85



ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
• Tabla 1. Tabla 1. Cuestionario para la revisión sistemática de la sensibilidad de género en los planes de salud, para los contenidos simbólicos y operativos, según estudio de Peiró et al.....	32
• Tabla 2. Cuestionario para la revisión sistemática de la sensibilidad de género en los planes de salud, para los contenidos simbólicos y operativos, modificada según sugerencias de expertas consultadas.....	34
• Tabla 3. Descripción de las categorías del Índice de sensibilidad simbólica según el puntaje obtenido.....	38
• Tabla 4. Descripción de las categorías del Índice de sensibilidad operativa según el puntaje obtenido.....	38
• Tabla 5. Índice de sensibilidad simbólica por programa de salud sexual y reproductiva.....	41
• Tabla 6. Índices de sensibilidad operativa para la descripción de la situación de salud y para la intervención por problemas de salud y por programa de salud sexual y reproductiva.....	47
• Tabla 7. Índices de sensibilidad operativa para la descripción del entorno para la salud y para la intervención por problemas de salud y por programa de salud.....	49
• Tabla 8. Índices de sensibilidad operativa para la descripción de los objetivos de apoyo y para la intervención por problemas de salud y por programa de salud...	50
• Tabla 9. Existencia de apartados específicos dentro del programa que versen sobre salud sexual y reproductiva de los grupos en exclusión social.....	51
• Tabla 10. Programas de salud sexual y reproductiva chilenos vigentes con sus respectivos protocolos de apoyo a los objetivos.....	85

RESUMEN

Antecedentes: En Chile se observa la existencia de desigualdad de género entre personas como factor de inequidad en salud. Esta incide en la forma de identificar y resolver problemas de salud sexual y reproductiva mediante instrumentos de la actividad gubernamental.

Objetivo: Determinar el grado de sensibilidad de género de los planes o programas de salud sexual y reproductiva vigentes en Chile en el año 2022.

Material y Método: Estudio mixto de conversión con análisis documental que incluye el análisis de 5 programas con análisis de contenidos del Programa de Salud de la Mujer, Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes, Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, Programa Nacional de Salud Infantil con enfoque Integral y Plan Nacional de ITS VIH/SIDA. Se realizó una consulta a expertas para adaptación de instrumento de medición propuesto en estudio de Peiró et al., el cual mide sensibilidad simbólica y operativa de las políticas, mediante índices de sensibilidad simbólica y operativa respectivamente.

Resultados: Los programas de salud sexual y reproductiva de Chile presentan alta sensibilidad simbólica en tanto que baja o nula sensibilidad operativa para la situación de salud y la intervención propuesta. En cuanto a objetivos de apoyo y entornos para la salud, es mayormente nula.

Conclusiones: Sensibilidad simbólica es mayor a la sensibilidad operativa, lo que puede implicar que le falta al Estado implementar estrategias que disminuyan la desigualdad de género, por lo que el análisis de género en las etapas de formulación de programas debe ser mayor.

Palabras clave: determinantes sociales de la salud, programa nacional de salud, género y salud, sensibilidad de género, salud sexual y reproductiva, política pública.

ABSTRACT

Background. In Chile, inequality among people is a health inequity factor. This has an impact on the identification and resolution of sexual and reproductive health problems by means of governmental instruments.

Objective. To determine how gender-sensitive Chilean sexual and reproductive health plans and programs for 2022 are.

Materials and method. Quali-quantitative, cross-sectional study, analyzing the contents of several Chilean programs and plans: the Women's Health Program, Adolescents and Young Adults' National Integral Health Program, National Policy on Sexual and Reproductive Health, Children's National Integral Health Program, and the National Plan for STIs and HIV/AIDS. Experts were asked to adapt the measurement instrument proposed by Peiró et al., which uses symbolic and operative sensitivity indexes to measure the symbolic and operative sensitivity of policies.

Results. Chilean sexual and reproductive health programs show high symbolic sensitivity, but their health situations and proposed interventions have low or zero operative sensitivity. The operative sensitivity index for the support systems of the plans and health environments is mostly non-existent.

Conclusion. Symbolic sensitivity is higher than operative sensitivity, which could mean that the state has not implemented enough strategies to reduce gender inequality; therefore, gender analysis must play a bigger role in program design.

Keywords: social determinants of health, national health programs, gender and health, gender sensitivity, sexual and reproductive health, public policy.

1.- INTRODUCCIÓN

Los Estados juegan un rol primordial en la construcción de la equidad entre las personas en un contexto democrático por medio de sus intervenciones públicas que son las políticas públicas que emiten durante cada gobierno, como herramienta de acción gubernamental, las cuales se desglosan en planes y programas. En este sentido, la Organización Mundial de la Salud (OMS) exhorta a los Estados a incorporar el análisis de género en la formulación, implementación y evaluación de las políticas públicas en salud a fin de contribuir a la disminución de las inequidades en salud entre las personas.

El género es un conjunto de normas y valores culturales que, socialmente construidas, asignan determinados roles, conductas y aptitudes a mujeres y hombres a partir de sus diferencias biológicas. Está considerado como un determinante social de la salud, que afecta el proceso de salud, enfermedad y atención; la recogida de datos para el levantamiento de estadísticas e indicadores de salud y, finalmente, para el diagnóstico y formulación de políticas públicas de salud, en especial en la priorización de problemas de salud pública que serán abordados por la administración del gobierno actual y, a menudo, los que vendrán posterior a éste. De esta forma, el género aparece como un factor de inequidad en salud.

Las políticas públicas están "generizadas" o influidas por los estereotipos de género, no son neutras al género, por lo tanto, si no se cuenta con un enfoque de género, pueden contribuir a perpetuar, mantener o incluso profundizar las inequidades. Al ser generadas a partir de los temas incluidos en la agenda pública de los gobiernos dan solución a los problemas públicos, por lo tanto, hay destinación de recursos materiales, estructurales y presupuestarios para la implementación de mejoras, se abre la oportunidad en la participación de mujeres y, por último, reflejan

los valores de la sociedad, por lo que una política pública formulada con enfoque de género da cuenta de una sociedad que reconoce el valor de la igualdad y la no discriminación.

La sensibilidad de género determina la medida en que las propuestas de intervención de un Estado (entre ellas las políticas públicas) reconocen o tienen en cuenta al género como categoría para el análisis de las situaciones que abordan o como criterios para la toma de decisiones y el planteamiento de acciones.

Contribuye a analizar y esclarecer las inequidades en salud entre mujeres y hombres, mostrando cómo el género configura el rol femenino y masculino en la sociedad y como dicho rol afecta el modo en que se formulan las políticas públicas en salud sexual y reproductiva.

Como herramienta permite el análisis de intenciones que movieron la formulación de una política pública; los ejes temáticos de los problemas de salud escogidos y de las acciones para solucionarlos; y, por último, aporta información sobre los temas de salud sexual y reproductiva que se han formulado como problema público y aquellos que aún no lo hacen.

En este estudio se rescatará el instrumento de evaluación de sensibilidad de género diseñado por Peiró et al. Este instrumento de análisis de planes de salud, parte de la base que planes y programas tienen una estructura basada y similar a la estrategia “Salud para todos en el año 2000”; esto es, una primera parte general o introductoria (denominada simbólica) en la cual van descritos los problemas de salud, los entornos para la salud y objetivos generales. Y, por último, una segunda parte (denominada operativa) en la cual se describen las intervenciones a realizar de una forma más concreta. Briones et al., utilizó este instrumento en su estudio, el cual analizó sensibilidad de género en los planes de salud de América Latina y Europa, puesto que resultó ser una herramienta metodológica sencilla de utilizar. Para fines de nuestro estudio, se realizó una consulta a expertas y se actualizó y adaptó al caso chileno, con la finalidad de generar índices de sensibilidad para la

medición de la sensibilidad simbólica y operativa de los programas de salud sexual y reproductiva vigentes en Chile al año 2022.



2.- MARCO TEÓRICO

2.1 CONCEPTOS SOBRE TEORÍA DE GÉNERO.

2.1.1 Sexo y género.

El sexo pertenece al dominio de lo biológico y comprende diferencias atribuidas a las características físicas, anatómicas, gonadales, cromosómicas y fisiológicas de mujeres, hombres y personas intersexuales. Es universal y transversal a todo constructo (1).

Género es un concepto traducido del inglés “*gender*” y se refiere al conjunto de ideas, creencias y atribuciones sociales, que se construyen en cada cultura y momento histórico con base en la diferencia sexual de las personas, y cuyos rasgos se han ido modelando a lo largo de la historia de las relaciones sociales, en base a roles asignados según sexo asignado al nacer en un determinado tiempo y lugar (2). Van en función del contexto socioeconómico, político, religioso y cultural. Por lo tanto, no es universal, tiene dinamismo y es modificable (2).

Sexo y género no son sinónimos, como tampoco lo es género y mujer (1, 2). El sexo se entiende como un “hecho biológico”, en tanto que el género se trata de un constructo social que engloba roles y funciones de lo que es “ser hombre” o “ser mujer” a partir del sexo en un contexto particular (1, 2).

El concepto género, como categoría de análisis, fue utilizado por primera vez en 1955 por el antropólogo *John Money* quien acuñó el vocablo “*gender role*” para describir los roles socialmente asignados a hombres y mujeres, en función de su sexo asignado al nacer (3, 4). Luego, sería utilizado como una forma de visibilizar las desigualdades de género por parte del movimiento feminista anglosajón en la década de 1970, lo cual fue relevante ya que señalaba que estas desigualdades no se debían a algo biológico, sino a una atribución social y que, por lo tanto, podía ser cambiada a favor de mayores oportunidades para las mujeres, puesto que los roles de género eran, finalmente, interpretaciones capacitistas que cada sociedad

imputaba a sus individuos, lo cual las configuraba como algo adquirido y modificable (3, 4).

A lo largo de los años, el género se ha vuelto una herramienta útil para la comprensión del carácter relacional y del largo proceso histórico de construcción social que sostiene la diferencia entre hombres y mujeres, al tiempo que denuncia las lógicas binarias y excluyentes que ordenan a distribución del poder entre hombres y mujeres de forma no equitativa. Por ejemplo: activo/pasivo, proveedor/dueña de casa, público/privado, razonable/emocional, competitivo/compasivo, entre otros (1-4).

Desde la antropología, el género ha sido definido como la interpretación cultural e histórica que cada sociedad elabora en torno a la diferenciación sexual (1-4). Esta interpretación da lugar a un conjunto de representaciones sociales, prácticas, discursos, normas, valores y relaciones que dan significado a la conducta de las personas en función de su sexo (1-4).

2.1.1.1. Sistema Sexo-Género.

Jason Glynos (2000), describe en su “fundacionalismo biológico”, que sexo y género son dominios relativamente autónomos, dónde el primero funciona como un inhibidor de las posibilidades del segundo (5, 6).

Gayle Rubin (1986), utiliza la categoría sistema sexo/género definiéndola como “*El conjunto de disposiciones por el que una sociedad transforma la sexualidad biológica en productos de la actividad humana, y en el cual se satisfacen esas necesidades humanas transformadas*” (5, 6). De este modo, el fundacionalismo biológico se constituye en una forma privilegiada para pensar en la forma en que los cuerpos adquieren significados sociales, de una forma pasiva y delimitada por la biología (5, 6). Pero, ella por sí sola no garantiza las características que socialmente se le imputan a cada uno de los sexos, de tal modo que el género es la interpretación cultural del sexo. Es decir, género es a la cultura, lo que el sexo a la naturaleza (5, 6).

2.1.1.2 Orientación sexual, identidad sexual, *Queer*.

La **orientación sexual** se define como la atracción emocional, romántica, sexual o afectiva duradera hacia otros y que no puede escogerse de forma consciente (7-9). Existe a lo largo del continuo que va desde la heterosexualidad exclusiva a la homosexualidad exclusiva e incluye diversas formas de bisexualidad (7-9). Ésta es la experiencia de una atracción sexual, emocional y afectiva hacia personas del mismo sexo y del sexo opuesto (7-9). La homosexualidad femenina se conoce como lesbianismo y la masculina como gay (7-9).

La orientación sexual es diferente de la conducta sexual, ya que tiene que ver con el plano sentimental y autoconcepto (7-9).

En la década de 1970, la Asociación Americana de Psiquiatría suprimió de su manual oficial a la homosexualidad como un trastorno mental y emocional, resolución que fue apoyada en 1975 por la Asociación Americana de Psicología (7-9).

La Ley de identidad de género, define a la misma como la *“convicción personal e interna de ser hombre o mujer, tal como la persona se percibe a sí misma”*. Eso puede o no corresponder con el sexo y nombre que figura en el acta de inscripción del nacimiento (7-9).

La **identidad de género** es el concepto que se tiene de uno mismo como ser sexuado y de los sentimientos que esto conlleva; se relaciona con cómo se vive y siente el cuerpo desde la experiencia personal y la manera de demostrar esto en público (7-9). Es la forma individual e interna de vivir el género, la cual podría o no corresponder con el sexo asignado al nacer, es decir cis, trans o no binarie. Es independiente de la orientación sexual e incluye la libertad de modificar la apariencia y/o función corporal, a través de roles sociales de género, técnicas médico-quirúrgicas o de otra índole. Se describe (7-9):

Travesti: Persona que expresa su identidad de género, de forma permanente o transitoria, mediante la utilización de prendas de vestir y actitudes del género opuesto que social o culturalmente se asigna a su sexo biológico. Puede o no incluir la modificación corporal (9).

Transgénero: Condición humana por la que una persona tiene cualidades y comportamientos de género que no coinciden con su sexo de acuerdo con los patrones sociales y culturales, por lo que se identifica o adopta los del género opuesto (9).

Transexual: Condición humana por la que una persona, habiendo nacido con un sexo biológico determinado, tiene una identidad de género distinta. Aunque implique un deseo de reasignación sexo-genérica, no depende de ello (9).

Intersexual: Presencia de órganos sexuales que corresponden a características de ambos sexos, ya sea por definición dificultosa o ambigüedad desde la lógica de reconocer sólo dos sexos gonadales (9).

Queer no tiene traducción al español (6, 8 - 10). Se trata de una palabra del habla inglesa, surgida en Estados Unidos que, en tanto sustantivo, se define como "homosexual", "gay" en forma peyorativa. En tanto verbo, expresa el concepto de "perturbar", "desestabilizar". Como adjetivo, se traduce a "raro", "torcido", "extraño". Es la contraparte de "*straight*", que es lo recto, lo derecho. Se utiliza para describir, por ejemplo, a la mujer masculina, al hombre afeminado o sensible. Por lo que, finalmente, *queer* podría definirse como "transgresión a la heterosexualidad institucionalizada" (6, 8-10).

La teoría *Queer* nace en respuesta a los abusos y la marginación sufrida por las sexualidades periféricas, que son aquellas que traspasan la frontera de la sexualidad aceptada socialmente: heterosexual, monógama, entre personas de misma edad y clase, con prácticas sexuales suaves, que rechaza el sadomasoquismo, el sexo servicio y el cambio de sexo (6, 10). Toma como base los trabajos de Judith Butler, quien, en sus trabajos de sexualidad pre formativa, considera la identidad como imitativa y representativa, en la que los roles de género son aprendidos, puesto que ya han sido creados y asignados por otro, en los cuales un individuo es socializado desde antes de su nacimiento (6, 10).

También, toma el "ser diferente" como una categoría de análisis para denunciar la actual producción científica en materia de sexualidades, la cual considera que está elaborada en su mayoría por hombres, blancos, heterosexuales, clase media

y seguidores de alguna religión cristiana. Denuncian el androcentrismo, la homofobia, el racismo y el clasismo en la ciencia (6, 10).

2.1.2 Enfoque o perspectiva de género.

Se refiere a la consideración de la diferencia en las oportunidades que tienen hombres, mujeres y grupos en exclusión social, las relaciones existentes entre estas personas y los distintos roles que socialmente les son asignados (2, 11). Permite replantear la visión centrada en las necesidades o estatus masculino de las estructuras sociales, económicas y políticas o lo que se denomina la visión androcentrista (2, 11).

Manifiesta la voluntad de conseguir la igualdad real entre hombres, mujeres y grupos en exclusión social, la cual se busca garantizar por medio de la igualdad en derechos y oportunidades en la vida pública y privada (2, 11). Y ubica el tema de la igualdad como una cuestión de Derechos Humanos, para el logro del Desarrollo Sostenible (2, 11).

2.1.3 Igualdad y equidad de género.

La **igualdad**, en tanto principio jurídico y derecho fundamental, es el hecho por el cual todas las personas, por el mero hecho de serlo, tienen los mismos derechos, responsabilidades y oportunidades ante la ley y vida de un Estado (12). Se entiende la igualdad en dos perspectivas: La igualdad formal y la igualdad sustantiva (12).

En una perspectiva formal y abstracta, la idea de igualdad reconoce que todas las personas deben ser tratadas de una misma manera, prohibiendo diferencias carentes de razonabilidad, caprichosas o arbitrarias. Esta noción descansa en la idea que la ley debe aplicarse de forma similar a todas las personas con independencia de sus características (12).

Desde una perspectiva material, sustantiva o de resultado, el concepto de igualdad refiere al goce y ejercicio efectivo de los derechos humanos de las

personas y el acceso a los bienes y servicios indispensables para el diseño y ejecución de su proyecto de vida. Este principio reconoce la importancia de la adopción de aquellas medidas que resulten apropiadas para garantizar el goce y ejercicio de los derechos humanos y las libertades fundamentales en igualdad de condiciones a todas las personas (12).

En un plano estructural, la idea de igualdad se expresa en el reconocimiento de factores que, sin posibilidad de opción y sin que medie decisión autónoma, colocan a las personas dentro de grupos históricamente marginados y sometidos, debiendo ser corregidas tales desigualdades y discriminaciones en un plano formal y material por el Estado (12). La **Equidad**, por otro lado, es considerada como herramienta para conseguir la igualdad efectiva, de modo tal que no busca la mera igualdad material, sino que tener en cuenta las circunstancias personales y establecer acciones concretas para subsanar las desventajas y lograr la igualdad real (13). Introduce un componente tanto ético como operativo y debe aplicarse al género tal como se aplica en otros ámbitos, es decir, el Estado ha de crear las condiciones necesarias para garantizar el derecho a la igualdad en todas las esferas que se requiera (13).

La Constitución Política de la República chilena del año 1980 (CPR del año 1980), como también las constituciones de otros países, establecen una serie de principios que rigen la institucionalidad; dentro de los cuales se encuentra el principio de la igualdad (14, 15). La Constitución de una República es la norma más importante y de mayor jerarquía en un Ordenamiento Jurídico, ya que establece los principios políticos, culturales, sociales y económicos esenciales que determinan la organización del Estado y las atribuciones y competencias de sus distintos órganos. En ella se consagra el reconocimiento de derechos, individuales y colectivos, que tienen todas las personas que habitan el territorio nacional y mecanismos para la garantía de los mismos (14, 15).

La CPR del año 1980 señala que *“Las personas nacen libres e iguales en dignidad y derechos”*, reconociendo este principio y señala, además, expresamente, en su artículo 19, numeral 2° que: *“La Constitución asegura a todas las personas:*

2.- La igualdad ante la ley. En Chile no hay persona ni grupo privilegiados. En Chile no hay esclavos y el que pise su territorio queda libre. Hombres y mujeres son iguales ante la ley. Ni la ley ni autoridad alguna podrán establecer diferencias arbitrarias;” (16).

El principio de igualdad exige conferir un estatuto jurídico que se traduzca en una igualdad de trato de las personas en el derecho y ante el derecho, es decir, el primero hace referencia al contenido de la ley y el segundo a la parte procesal o como se operativiza la ley. Por lo tanto, todo ser humano no es superior ni inferior a cualquier otro, ninguna persona es más que cualquier otra persona en dignidad y en derechos, nadie puede sufrir discriminación. Lo que supone que en Chile no deben existir discriminaciones arbitrarias y que se deben generar las intervenciones necesarias para corregir las desigualdades (14, 15).

Actualmente, en Chile se está desarrollando un proceso Constituyente en el cual se propone el principio de Igualdad Sustantiva (17). En la propuesta 105 sobre el artículo 6 de la Propuesta Constitucional realizada por la Convención Constitucional, dispone: *“105.- Artículo 6.- Igualdad Sustantiva. La Constitución asegura a todas las personas la igualdad sustantiva, en tanto garantía de igualdad de trato y oportunidades para el reconocimiento, goce y ejercicio de los derechos humanos y las libertades fundamentales, con pleno respeto a la diversidad, la inclusión social y la integración de los grupos oprimidos e históricamente excluidos.*

“La Constitución aseguraría la igualdad sustantiva de género, obligándose a garantizar el mismo trato y condiciones para las mujeres, niñas y diversidades y disidencias sexo-genéricas ante todos los órganos estatales y espacios de organización de la sociedad civil” (17). Esto implica un reconocimiento hacia una situación de discriminación que ha afectado a las mujeres y disidencias sexo-genéricas por largo tiempo (17).

A lo largo de la historia constitucional chilena, hasta ahora, se ha considerado que el principio de igualdad consagrado en la Carta Fundamental, corresponde más bien a una igualdad jurídica, que no es otra cosa que la igualdad formal basada en el principio aristotélico de *“la virtud mediante la cual todos y cada uno tienen lo suyo,*

y como manda la ley; e injusticia, mediante la cual lo ajeno, no como manda la ley" (18), es decir, una garantía de la generalidad en la aplicación de la ley. Si por naturaleza, hombre y mujer, son distintos, entonces es correcto normar en base a estas diferencias (14, 15, 18). Por lo tanto, este principio de igualdad da amplio margen de acción para quien legisla, ya que no implica esencialmente un mandato sustantivo (14, 15). En la CPR del año 1980 solo aparece el concepto de "discriminación" como parte del lenguaje constitucional, las cuales se entienden como aquellas diferenciaciones o distinciones arbitrarias, que estarían prohibidas incluso a quien legisla (14, 15, 19). En este contexto es promulgada la Ley 20.609 "Zamudio", la cual aparte de establecer medidas contra la discriminación, actúa como una interpretación legislativa del derecho constitucional a la igualdad ante la ley, no obstante, sin llegar a generar impacto sustantivo (14, 15, 19, 20).

La Igualdad Sustantiva, en cambio, supone una opción del constituyente para que la comprensión de la igualdad constitucional no se remita únicamente a la forma general en que deben redactarse las leyes, sino a cuestiones sustantivas o de justicia que inciden en una dimensión relacional de la igualdad (19, 20).

2.1.4 Derechos Sexuales y Reproductivos.

Estos derechos emanan, primordialmente, de los Derechos Humanos (DDHH), reconocidos con posterioridad a las Guerras Mundiales, para evitar y proteger a las personas de las violencias de los Estados. Éstos son garantías jurídicas universales que reconocen el valor y dignidad intrínseca de todas las personas sin distinción alguna y protegen a las personas y a los grupos de personas contra las acciones y omisiones en la gestión estatal que interfieren o vulneran las libertades fundamentales, los derechos y la dignidad humana (21, 22). Tiene por centro al ser humano y constituyen un orden valórico y condición para la democracia, pues se han configurado y logrado a través de diversas luchas sociales a través de la historia de la humanidad (21, 22).

Los DDHH son indivisibles, inherentes a la dignidad humana, no pueden ser jerarquizados, interdependientes e interrelacionados, irrenunciables e inalienables (21, 22).

El Derecho Internacional de los Derechos Humanos, establece las obligaciones que los Estados deben respetar, proteger y garantizar al suscribir y ratificar pactos y tratados internacionales (21, 23). Estas obligaciones son:

- **Respetar:** Abstenerse de interferir o limitar el disfrute de los DDHH.
- **Proteger:** Impedir los abusos a los DDHH contra individuos y colectivos.
- **Garantizar:** Adoptar medidas destinadas a facilitar el disfrute de los DDHH, adecuando su legislación interna.

La CPR de 1980 no ha establecido en forma expresa la jerarquía con que cuentan los tratados internacionales de derechos humanos en el país, siendo una de las propuestas de la Convención Constitucional actual darle estatus de supranacional a estos derechos, además de consagrar los principios de sostenibilidad y responsabilidad fiscal del Estado¹ (21).



¹**111.- Artículo 10 (G).** *Recepción e integración del derecho internacional de los Derechos Humanos. Los derechos y obligaciones establecidos en los tratados internacionales de derechos humanos ratificados por Chile y que se encuentren vigentes, los principios generales del derecho internacional de los derechos humanos y el derecho internacional consuetudinario de la misma materia forman parte integral de esta constitución y gozan de rango constitucional. El Estado tiene la obligación de promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos conforme a las disposiciones y principios del derecho internacional de los derechos humanos. Asimismo, debe prevenir, investigar, sancionar y reparar integralmente las violaciones a los derechos humanos.*

116.- Artículo 15.- *Supremacía Constitucional y Legal. Chile es un Estado fundado en el principio de la supremacía constitucional y el respeto irrestricto a los derechos humanos. Los preceptos de esta Constitución obligan igualmente a toda persona, institución, autoridad o grupo. Los órganos del Estado y sus titulares e integrantes, actúan previa investidura regular y someten su actuar a la Constitución y a las normas dictadas conforme a esta, dentro de los límites y competencias por ellas establecidos. Ninguna magistratura, ninguna persona ni grupo de personas pueden atribuirse, ni aun a pretexto de circunstancias extraordinarias, autoridad, derechos o facultades distintas a las expresamente conferidas en virtud de la Constitución o las leyes. Todo acto en contravención a este artículo es nulo y originará las responsabilidades y sanciones que la ley señale. La acción de nulidad se ejercerá en los plazos y condiciones establecidos por esta Constitución y la ley. Ninguna magistratura, persona ni grupo de personas, civiles o militares, pueden atribuirse otra autoridad, competencia o derechos que los que expresamente se les haya conferido en virtud de la Constitución y las leyes, ni aun a pretexto de circunstancias extraordinarias.*

118.- Artículo 29.- *Principio de sostenibilidad y responsabilidad fiscal. Las finanzas públicas se conducirán de conformidad a los principios de sostenibilidad y responsabilidad fiscal, los que guiarán el actuar del Estado en todas sus instituciones y en todos sus niveles.*

Los Derechos Sexuales y Reproductivos (DSR), son *“aquellos que permiten a todas las personas, sin discriminación ni violencia o coerción, ejercer plenamente su sexualidad como fuente de desarrollo personal y decidir autónomamente sobre la sexualidad y reproducción, contando para ello con la información, los medios y servicios que así lo permitan”* (24-27). Éstos no son privativos de las mujeres. Rigen para toda la humanidad, pero son especialmente importantes para las mujeres y personas de la comunidad LGTBI (Lesbiana, gay, transgénero o transexual, bisexual, intersexual, etc.) (24-27)

Estos derechos son (28, 29):

1. Derecho a vivir libre de coerción, discriminación y violencia relacionada con la sexualidad e identidad sexual.
2. Derecho al más alto estándar posible de salud sexual, incluyendo el derecho al acceso a servicios de salud sexual.
3. Derecho a buscar, recibir y compartir información relacionada con la sexualidad.
4. Derecho a recibir educación en sexualidad, incluyendo información sobre prevención de infecciones de transmisión sexual (ITS), particularmente VIH.
5. Derecho al respeto de la integridad corporal.
6. Derecho a escoger a la pareja.
7. Derecho a decidir si se es sexualmente activo o no.
8. Derecho a disfrutar de relaciones sexuales consensuadas.
9. Derecho a decidir en forma libre y autónoma el número y espaciamiento de los hijos e hijas.
10. Derecho a acceder a servicios de salud reproductiva sin discriminación.
11. Derecho a la atención obstétrica.
12. Derecho a decidir si procrear o no.
13. Derecho a protección especial antes y después del parto.
14. Derecho a acceder a métodos eficaces de anticoncepción.
15. Derecho a gozar la salud sexual y reproductiva libre de interferencias, como por ejemplo las esterilizaciones forzadas o sin consentimiento.

En Chile, contamos con el Ministerio de la Mujer y Equidad de Género, desde el 1 de junio del año 2016, que es un órgano de administración del Estado, que apoya a la Presidencia de La República y al Gobierno turnante con el diseño, creación, coordinación y evaluación de las políticas públicas orientadas a promover la equidad de género, la igualdad de oportunidades y eliminar toda forma de discriminación en contra de la mujer (24-27). Previo a él, estos temas eran revisados por el Servicio Nacional de la Mujer (SERNAM), que luego pasaría a llamarse Servicio Nacional de la Mujer y la Equidad de Género (SERNAMEG) (24-27).

Se reconoce la igualdad e inclusión de género, como un derecho que tienen todas las personas a ser tratadas en igualdad de condiciones y oportunidades en la sociedad, en especial en los espacios de trabajo, donde se busca la equidad salarial a mismo empleo y el derecho a la no discriminación arbitraria (19, 20, 24-27).

Actualmente, Chile no cuenta con una Ley Marco que garantice los DSR, a pesar de existir mociones, como por ejemplo, la archivada en el Congreso el año 2011, contenida en el boletín N° 5933-11, ingresado el 1 de julio de 2008, por medio del cual los y las diputadas Accorsi, Lobos, Muñoz, Palma, Robles, Rossi, Saa y Silber, presentaron un Proyecto de Ley para establecer las bases normativas generales para que el Estado de Chile asuma su responsabilidad internacionalmente comprometida en relación a la salud y los DSR de mujeres y hombres, cumpla sus obligaciones contraídas al respecto y se sistematice y de contenidos específicos en materia de salud y DSR (27, 30). Sin embargo, a pesar de ello la legislación actual contempla una serie de normas orientadas a promover la equidad de género, en la cual destacan:

- *Ley 21.155, que establece normas de protección a la lactancia materna*, garantizando el derecho al amamantamiento libre que tiene toda madre para alimentar a sus hijos en cualquier lugar, ya sea recinto público o privado. No se puede imponer restricciones de ocultamiento o prohibición y genera sanciones para quienes vulneren este derecho (31).

- *Ley 21.129, que modifica diversos cuerpos legales con finalidad de establecer el fuero maternal a las funcionarias de las Fuerzas Armadas y de Orden Público, en las condiciones indicadas (32).*

- *Ley 20.005, tipifica y sanciona el acoso sexual laboral (33).*

- *Ley 21.212 o "Ley Gabriela", nacida a partir del femicidio de Gabriela Alcáino por parte de su expareja, amplía el marco legal y condena todo delito cometido contra la mujer, sin importar la relación que mantengan los involucrados, ya que busca condenar cualquier tipo de menosprecio, violencia y abuso cometido contra la mujer por parte de la pareja íntima, exista relación sexo-afectiva o no. Antes, según la ley 20.066 de violencia intrafamiliar, un femicidio sólo era considerado como tal en aquellas circunstancias en las que mediaba un parentesco (34).*

- *Ley 20.609 o "Ley Zamudio", establece medidas en contra de la discriminación, definiendo el concepto de "discriminación arbitraria" como todo acto, omisión, distinción, restricción o exclusión, que no esté basada en una justificación razonable, realizada por organismos del Estado o por cualquier particular, generando menoscabo al individuo, ya fuere por motivos de etnia, color, sexo, edad, estado civil, sindicación, religión, opinión pública, nacionalidad, ascendencia nacional, situación socioeconómica, creencias, orientación sexual, identidad de género, filiación, apariencia personal, enfermedad o discapacidad u origen social de una persona o grupo de personas (35).*

- *Ley 21.030, sobre Interrupción voluntaria del embarazo en tres causales (36).*

- *Ley 20.418, que fija normas sobre información, orientación y prestaciones en materia de regulación de la fertilidad y las Normas Nacionales sobre Regulación de la Fertilidad, que complementa a esta Ley, con el objetivo de regular el acceso y calidad de los servicios de anticoncepción (37).*

- *Ley 20.545, que incorpora al art. 197 bis del Código del Trabajo el permiso post-natal parental, remunerado, por el cual una madre trabajadora tiene derecho a un descanso de 12 semanas a jornada completa o 18 semanas a jornada parcial, luego de finalizado su post-natal. Tiene la posibilidad de traspasar al padre un máximo de 6 semanas en jornada completa o 12 semanas a media jornada (38).*

- Ley 21.371 o “Ley Dominga”, que establece medidas especiales en caso de muerte gestacional o perinatal (39).

Finalmente, el martes 16 de marzo de 2022, el pleno de la Convención Constituyente aprobó los incisos uno y dos del art. 16 sobre Derechos Fundamentales que consagran derechos sexuales y reproductivos incluyendo el derecho al aborto² (17, 40), lo que es considerado un avance en esta materia, la propia Ministra Antonia Orellana, de la cartera de la Mujer y Equidad de Género, se refirió al respecto diciendo por medio de sus redes sociales “*La Convención avanza. Amplia y diversa mayoría por los derechos sexuales y reproductivos*”, lo cual refleja el trabajo incansable y responsable de referentes, académicos, activistas y otros por el logro de la equidad de género en Chile (41).

2.1.5 Género y Salud.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la salud como “*un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades*”, en el Preámbulo de la Constitución de la OMS, adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional de Nueva York en 1946, firmada por 61 Estados y que entró en vigencia el año 1948, momento desde el cual no ha sido modificada (42). Además, señala que “el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social”, situando a la salud como un derecho humano (23).

² **253.- Artículo 16.-** *Todas las personas son titulares de derechos sexuales y derechos reproductivos. Estos comprenden, entre otros, el derecho a decidir de forma libre, autónoma e informada sobre el propio cuerpo, sobre el ejercicio de la sexualidad, la reproducción, el placer y la anticoncepción. El Estado garantiza el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos sin discriminación, con enfoque de género, inclusión y pertinencia cultural, así como el acceso a la información, educación, salud, y a los servicios y prestaciones requeridos para ello, asegurando a todas las mujeres y personas con capacidad de gestar, las condiciones para un embarazo, una interrupción voluntaria del embarazo, parto y maternidad voluntarios y protegidos. Asimismo, garantiza su ejercicio libre de violencias y de interferencias por parte de terceros, ya sean individuos o instituciones. El Estado reconoce y garantiza el derecho de las personas a beneficiarse del progreso científico para ejercer de manera libre, autónoma y no discriminatoria, sus derechos sexuales y reproductivos. La ley regulará el ejercicio de estos derechos.*

En Chile, la CPR de 1980 garantiza en su art. 19 n° 9 inc. 1ro el derecho a la protección de la salud, lo cual debe considerarse en dos dimensiones (43):

1. Como derecho al acceso a la salud y
2. Garantía de que la persona no sufrirá enfermedades evitables.

Esto implica que, desde la subsidiariedad estatal, hay ausencia de mecanismos de protección y garantía directa del derecho a la salud como derecho humano y reconocido constitucionalmente, por lo tanto, lo que hace el art. 19 n°9 inc. 1ro es consagrar un derecho social, dando pie a la propietarización de la salud, tal como ocurre con la educación, reforzando la protección a derechos como la libertad de empresa y límites al Estado empresario, lo cual es una disonancia respecto del derecho comparado (43, 44).

Por otra parte, implica que no hay un reconocimiento constitucional del derecho a la salud, sino un desarrollo legislativo en torno a él, dejándolo como norma de menor jerarquía frente a derechos reconocidos constitucionalmente, como el derecho a la vida (43, 44).

La propuesta de la Convención Constitucional³ al respecto establece un Sistema Nacional de Salud de carácter universal, público e integrado, el que será financiado

³ **279.- Artículo 14.-** *Derecho a la salud. Toda persona tiene derecho a la salud y bienestar integral, incluyendo su dimensión física y mental. El Estado deberá proveer las condiciones necesarias para alcanzar el más alto nivel posible de la salud, considerando en todas sus decisiones el impacto de las determinantes sociales y ambientales sobre la salud de la población. El Sistema Nacional de Salud será de carácter universal, público e integrado. Se regirá por los principios de equidad, solidaridad, interculturalidad, pertinencia territorial, desconcentración, eficacia, calidad, oportunidad, enfoque de género, progresividad y no discriminación. El Sistema Nacional de Salud incorporará acciones de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, habilitación, rehabilitación e inclusión. La atención primaria constituirá la base de este sistema y se promoverá la participación de las comunidades en las políticas de salud y las condiciones para su ejercicio efectivo. El Sistema Nacional de Salud podrá estar integrado por prestadores públicos y privados. La ley determinará los requisitos y procedimientos para que prestadores privados puedan integrarse al Sistema Nacional de Salud. Es deber del Estado velar por el fortalecimiento y desarrollo de las instituciones públicas de salud. El Estado generará políticas y programas de salud mental destinados a la atención y prevención con enfoque comunitario y aumentará progresivamente su financiamiento. Los pueblos y naciones indígenas tienen derecho a sus propias medicinas tradicionales, a mantener sus prácticas de salud y a conservar los componentes naturales que las sustentan. El Sistema Nacional de Salud reconoce, protege e integra estas prácticas y conocimientos como también a quienes las imparten, en conformidad a esta Constitución y la ley. Corresponderá exclusivamente al Estado la función de rectoría del sistema de salud, incluyendo la regulación, supervisión y fiscalización de las instituciones públicas y privadas. El Sistema Nacional de Salud será financiado a través de las rentas generales de la nación. Adicionalmente, la ley podrá establecer el cobro obligatorio de cotizaciones a empleadoras, empleadores, trabajadoras y trabajadores con el solo objeto de aportar solidariamente al financiamiento de este sistema. La ley determinará el órgano público encargado de la administración del conjunto de los fondos de este sistema.*

a través de un sistema solidario entre las rentas generales de la nación y las cotizaciones de trabajadores y empleadores, siendo más acorde a lo planteado por la OMS (45).

Cuando hablamos sobre la relación entre género y salud, la OMS plantea que los distintos roles y conductas que mujeres y hombres presentan en una diferente cultura, generadas por las normas y valores de la misma, dan lugar a las diferencias de género y, aunque no todas esas diferencias implican desigualdad, sí hay normas y valores que las producen, es decir, diferencias entre hombres, mujeres y grupos en exclusión social que sistemáticamente aumentan el poder de un grupo en detrimento del otro (46). Y reconoce que, tanto las diferencias como las desigualdades de género, pueden generar diferencias y desigualdades entre hombres, mujeres y grupos en exclusión social en el estado de salud y en el acceso a los servicios sanitarios (46).

Hombres, mujeres y grupos en exclusión social vistos ya sea como individuos o grupos no son lo mismo en lo que concierne a su salud (47, 48). Los riesgos, síntomas y experiencia de la enfermedad pueden variar entre uno y otro, por lo que el sexo y el género adquieren relevancia cuando hablamos de salud, sobre todo cuando estas diferencias no son tomadas en cuenta, ya que las inequidades entre grupos aumentan (47, 48).

Los DSS son la causa de la mayor parte de las inequidades en salud existentes, entendiendo por inequidad todas aquellas diferencias injustas y evitables observadas en y entre los países en lo que respecta a la situación de salud (49). Es sistemática, es el resultado de normas, políticas y prácticas sociales que toleran o incluso favorecen una distribución injusta del poder, la riqueza y otros recursos sociales, y del acceso a éstos (49).

Desde el enfoque de los DSS, el género también constituye un elemento de inequidad, pues entre hombres, mujeres y grupos en exclusión social hay vulnerabilidades diferenciales relativas al género que van configurando asimetrías en el proceso de salud-enfermedad y atención sanitaria (48, 50, 51). Hombres, mujeres y grupos en exclusión social no sólo presentan diferencias en su biología,

vulnerabilidad o prevalencia de la enfermedad, sino que también en la respuesta que da el profesional de salud en la atención (48, 50). Esta asimetría también se ve influenciada por la edad, la etnia, la geografía y las condiciones de vida. Las desigualdades observadas en la salud de la mujer son primariamente concebidas y analizadas dentro del marco del rol reproductivo y de cuidadora, bastante distinto del análisis de las desigualdades existentes en la salud de los hombres, el cual se asocia al rol ocupacional o posición social (49). La división sexual del trabajo ha permeado los discursos público y privado en todos los ámbitos sociales a los cuales no escapa la salud, la cual está sustentada en el modelo biomédico hegemónico, reconocido como sexista, biologicista, a-histórico, vertical y autoritario; por otra parte, realza el fenómeno de la separación de lo sexual y lo reproductivo (52).

En relación a lo anterior, el concepto de DSS surge con fuerza en las últimas décadas y abarca aquellos contextos en los que las personas se desarrollan a lo largo de su ciclo vital, incluyendo su interacción con los sistemas de salud (53-55). Dichos contextos están estrechamente relacionados con la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, los cuales dependen a su vez de las políticas públicas adoptadas por los Estados (53-55).

2.1.6 Género y salud sexual y reproductiva

A partir de los estándares internacionales desarrollados por el derecho internacional de los derechos humanos, la definición del derecho a la salud, promovida por la OMS, se entiende que todas las personas tienen derecho a alcanzar el más elevado nivel de salud sexual y reproductiva (SSR) (27, 28). La SSR corresponde a lo definido por la OMS y se encuentra contenido en el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo realizada en El Cairo en 1994 (27, 28).

La salud sexual y reproductiva, está definida como *“La salud sexual en un estado de completo bienestar físico, emocional, mental y social. La salud sexual requiere un enfoque positivo y respetuoso hacia la sexualidad y las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras, libres de*

coerción, discriminación y violencia. Para que la salud sexual se logre y se mantenga, los derechos sexuales de todas las personas deben ser respetados, protegidos y cumplidos” (56).

Por otra parte, a salud reproductiva es *“un estado general de bienestar físico, mental y social y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo, sus funciones y procesos. En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia” (56).*

El concepto de salud sexual y reproductiva está centrado en las personas y sus derechos y en la perspectiva de género, más que en metas poblacionales, programáticas o políticas (27, 28, 56). En este enfoque, las personas son sujetos activos en lo que se refiere a su salud, más que objetos pasivos (27, 28). Es un enfoque integral, que trasciende el enfoque tradicional, centrado en la biología y la medicina, y cobra una dimensión mayor al abarcar un ámbito más amplio de las necesidades humanas e involucrar aspectos tales como libertad, desarrollo individual, género y calidad de vida (27, 28). Se relacionan con el concepto de derechos sexuales y reproductivos, en la medida en que el pleno bienestar en el plano sexual y reproductivo se obtiene cuando las personas ejercen y exigen sus derechos (27, 28).

2.2 SENSIBILIDAD DE GÉNERO

2.2.1 Rol del Estado como garante de la equidad de género.

Se entiende que los Estados juegan un papel primordial en la construcción de la equidad para las personas, ya que por medio de las políticas públicas elaboradas por los Gobiernos se distribuyen tanto los recursos materiales como las oportunidades entre ellas (57).

Incorporar el enfoque de género en los planes de salud es una estrategia que apoya la consecución de la meta de la equidad entre mujeres y hombres (57) y en

esta misma línea, la OMS exhorta a los Estados a incorporar un enfoque de género en la formulación, ejecución y evaluación de políticas, programas, planes y servicios de salud, por considerarlo un elemento clave para reducir la inequidad en salud (57).

Durante las últimas décadas, las necesidades en salud de los Estados en distinto grado de desarrollo socioeconómico, demandaron una nueva perspectiva de la salud pública mundial, la cual tiene sus bases en la conferencia de Ottawa en el año 1986 en la cual se emitió una carta dirigida a la consecución del objetivo "Salud para todos en el año 2000" y tomó como punto de partida los logros alcanzados de la Declaración Alma Ata sobre atención primaria y el documento "Los objetivos de la salud para todos" de la OMS (57). El concepto de salud como derecho humano fundamental, señalado en la Carta de Ottawa, destaca determinados prerrequisitos para la salud, que incluyen la paz, adecuados recursos económicos y alimenticios, vivienda, un ecosistema estable y un uso sostenible de los recursos (57, 58). El reconocimiento de estos prerrequisitos pone de manifiesto la estrecha relación que existe entre las condiciones sociales y económicas, el entorno físico, los estilos de vida individuales y la salud (57).

En relación a lo anterior, el concepto de DSS surge con fuerza en las últimas décadas y abarca aquellos contextos en los que las personas se desarrollan a lo largo de su ciclo vital, incluyendo su interacción con los sistemas de salud (51). Dichos contextos están estrechamente relacionados con la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, los cuales dependen a su vez de las políticas públicas adoptadas por los Estados (51). Entre sus componentes se describen aquellos que se derivan de una sociedad y corresponden a la pobreza, la educación, el trabajo, el nivel socio-económica y el género (51).

En Chile, Corporación MILES, en su informe del año 2016, señala que si bien el Estado ha suscrito acuerdos internacionales que sirven de base para el desarrollo de políticas en estos temas, aún existen déficits y problemáticas que no han sido solucionadas u abordadas como problema público (59). Por su parte, el Instituto chileno de medicina reproductiva (ICMER) ha reconocido que hay inequidad en el acceso a la salud sexual y reproductiva (60). La agenda de género chilena es

reciente y, respecto de la salud, da prioridad a aquellos temas relacionados con los derechos sexuales y reproductivos de la mujer, siendo la intención lograr un enfoque integral (60, 61). Sin embargo, se observa que la superación del paradigma sociobiológico de la salud femenina se ha logrado de forma dificultosa y poco homogénea, pues la atención sanitaria aún se concentra en aquellos problemas que surgen a partir de la fisiología reproductiva de la mujer y su rol en la salud infantil (49, 60). Para la salud pública prima el enfoque biologicista para el abordaje de las políticas en salud sexual y reproductiva, en atención a la morbi-mortalidad materno-infantil asociada al proceso reproductivo, tomando en cuenta que la carga reproductiva es asumida en gran medida por ella y su perjuicio acarrea consecuencias socioeconómicas importantes para la familia y comunidad en la cual se desarrolla (60). De esta forma, Chile ha llevado a cabo una política en salud perinatal que lo sitúa dentro de los tres primeros países del mundo con mejores indicadores en salud materna y neonatal (62). Pero, otros aspectos igual de importantes como el ejercicio de la autonomía de las mujeres sobre sus cuerpos para tomar decisiones de salud sexual y reproductiva, como, por ejemplo, el acceso sin obstáculos a la esterilización quirúrgica, la interrupción voluntaria del embarazo, educación sexual integral a lo largo del ciclo vital, sexualidad de personas con capacidades diversas y neurodivergentes, etc. En algunos casos no han sido siquiera formuladas en la retórica (60, 63). Es por esta razón, que la atención en salud sexual de las mujeres y las adolescentes aún es difusa y de difícil acceso respecto de temáticas que no se han considerado un problema de salud pública (60).

En el caso de los hombres se observa que la inequidad en salud sexual y reproductiva los afecta tanto como sujetos de su propia sexualidad, como participantes del proceso reproductivo (60, 64). Aun así, se pueden observar esfuerzos para favorecer su participación en salud, aunque las estrategias en relación suelen estar aisladas y dispersas en otras políticas, por ejemplo, su participación en la corresponsabilidad familiar es uno de los objetivos del plan de igualdad de oportunidades entre hombres y mujeres 2011-2020 (65), pero su

participación como usuario de servicios de salud sexual y reproductiva sigue siendo reducida o casi inexistente (60). Por otro lado, en las intervenciones propuestas se considera al varón en cuanto a un sujeto que determina la calidad de salud de la mujer por medio de sus decisiones y conductas, en especial en situaciones donde la inequidad de género se hace factible (abuso sexual, violación, violencia del compañero íntimo, abuso de poder político, económico, administrativo, etc.) (60, 63).

2.2.1.1 Intervención del Estado.

Las intervenciones sobre los DSS y la equidad sanitaria han de estar respaldadas por un sector público con capacidad de acción y decisión, que se apoye en los principios de justicia, participación y colaboración intersectorial (55, 66). Las intervenciones se refieren a los aspectos siguientes: coherencia de las políticas gubernamentales; intensificación de las medidas que promuevan la equidad entre hombres y mujeres; y la financiación de éstas (55, 66). Esto se logra por medio de políticas públicas (67).

2.2.1.2 Ciclo de la Política Pública

Las políticas públicas son un conjunto de decisiones cuyo objetivo es la distribución de determinados bienes y recursos que pueden afectar o privilegiar a determinados individuos y grupos (67- 69). Se definen como un comportamiento gubernamental de acción u omisión, es decir, lo que un Gobierno decide realizar o no respecto de un problema público. Cabe señalar, que por omisión no se quiere afirmar que “el no hacer” sea una política pública en sí misma, sino que la decisión de no hacer puede instituirse en una. Por otra parte, se la califica de comportamiento, pues implica un debate o una interacción de decisiones e intereses entre los distintos actores sociales, quienes buscan dar respuesta a problemas públicos (67, 69).

Cada Gobierno inicia su período con una **Agenda Pública**, en la cual se hayan contenidos los distintos objetivos que se buscará cumplir durante el período que le

corresponde, y es la que distintos actores sociales intentarán modificar, instalando temas contingentes que, desde la sociedad, necesiten visibilidad y pronto reconocimiento, ya sea por medio de una ley, de un programa social, u otro documento público (67, 68-70). Los actores sociales pueden ser partes individuales o colectivas que están involucrados en la génesis, desarrollo y evaluación de las políticas públicas. Tradicionalmente, han sido identificados como tales las Instituciones Públicas, el Parlamento, los funcionarios de Gobierno y las Organizaciones de la Sociedad Civil (67-70).

Los temas de la **Agenda Pública**, son elegidos en función de lo que sea relevante para el Gobierno de turno y para la sociedad (66-69). Por esta razón son consideradas como el instrumento del "juego político" que se da en los Estados, pues en ellas van contenidas las corrientes de pensamiento, los valores sociales, las ideas políticas, entre otros factores que influyen en su concepción como lo son la ideología política, el cuoteo político entre los distintos partidos políticos de un Estado, la economía, la religión, las corrientes de pensamiento y los movimientos sociales, los cuales de alguna u otra forma impactan social y culturalmente la génesis, desarrollo y evaluación de las políticas (70).

2.2.1.3 Políticas de salud, planes de salud y programas de salud.

Las políticas públicas, relacionadas con la salud, se concretan en un documento público que recibe el nombre de plan o programa de salud. En ellos van establecidos los objetivos de salud y las intervenciones prioritarias del sector (48, 67, 71).

Las **políticas de salud**, contienen en ellas, para un período determinado, los principios y valores priorizados, los objetivos a conseguir y las estrategias e intervenciones que se llevarán a cabo. Son el resultado de la "construcción política". Describen problemas de salud y propuestas de intervención que han entrado en la Agenda Pública. se concretan de forma explícita en un documento público que en nuestro país reciben el nombre de planes o programas de salud (48, 67, 71).

El **plan de salud**, en salud pública, es el instrumento principal de la planificación en salud de un territorio, en el cual se establecen las prioridades de intervención

sanitaria, se fijan objetivos y se definen los programas necesarios para mejorar los resultados en salud en la comunidad. Prioriza aquellas estrategias y programas que se considera que en mayor medida pueden contribuir a mejorar el nivel global de salud de la población y focaliza la atención en la evaluación y monitorización del progreso alcanzado por dichos programas (48, 67, 71).

Los **programas de salud**, son un instrumento para la acción. Se trata de un conjunto de actividades organizadas y coordinadas cuya finalidad es alcanzar un cambio en el estado de salud de una población, teniendo en cuenta los recursos disponibles. Son claros, concisos y concretos. Contribuyen al uso eficiente de los recursos, destinados a atender los problemas de la salud de la población. Guían la ejecución de acciones para erradicar o reducir enfermedades; para prolongar y mejorar la vida de las personas. Facilitan la evaluación de los resultados y la corrección de lo no logrado, visualizando sus razones. Mantienen a los funcionarios enterados del progreso y la contribución que se espera de ellos. Por último, informa sobre los avances a nivel nacional e internacional (48, 67, 71).

2.2.2 Sensibilidad de género como herramienta de evaluación.

El objetivo del análisis de sensibilidad de género en las políticas de salud es revelar las conexiones entre el sexo, las relaciones de género y la política de salud en cuestión, de manera que se muestre el impacto de estas conexiones en la salud y el impacto de obviar este análisis, en las desigualdades de género (48, 72).

Como el Estado tiene un rol relevante en la disminución de las inequidades entre mujeres y hombres (61, 72), sus acciones públicas no son neutrales al género, ya que sus contenidos tienen valores culturales inherentes a la sociedad en la que se elabora (72, 73). La igualdad de género constituye un compromiso internacional dentro de la agenda actual de desarrollo y ya en la década de los setenta se la reconoció como problema público del que deben hacerse cargo los Estados (72, 74). Es así, como desde la Conferencia de Beijing (1995), se ha comenzado a observar como la equidad de género o las medidas para reducir la desigualdad de género han ido integrándose en las acciones políticas, de manera paulatina y

desigual (72, 74). Esta estrategia se conoce como transversalidad de la perspectiva de género y trajo consigo la necesidad de integrar horizontalmente esta perspectiva de análisis en todos los ejercicios de evaluación de las políticas mentadas (72, 74). Coexisten dos enfoques en este tipo de análisis 1) Mujeres en el Desarrollo (MED), orientadas al análisis de la integración de las mujeres en los procesos de desarrollo, y 2) Género en el Desarrollo (GED), siendo este último conocido como evaluación sensible al género o sensibilidad de género, el cual se focaliza en las diferentes dimensiones que tributan a las desigualdades estructurales de género (74).

La sensibilidad de género, ayuda a determinar la medida en que las propuestas de actuación de un Estado (entre ellas las políticas públicas en salud) reconocen o tienen en cuenta el género como categoría para el análisis de las situaciones que abordan o como criterios para la toma de decisiones y el planteamiento de acciones (48, 51, 75) Contribuye a analizar y esclarecer las inequidades entre hombres y mujeres; y realiza el esfuerzo de mostrar cómo el género configura el papel de las mujeres y los hombres en la sociedad y cómo este rol afecta al modo en el que las diversas instituciones públicas resuelven la inequidad (48, 50). Una ventaja de la sensibilidad de género, como herramienta, es que permite realizar un análisis de las intenciones que movieron la formulación de una política, a la vez que informa sobre aquellos temas de salud que no lograron ser planteados como problema público, lo que significa que hay algo sobre lo que no se han formulado acciones debido a que no ha ingresado a la agenda pública (48). Destacan en esta materia los estudios realizados por Gambará et al. (55), Peiró et al. (48), Barrell et al. (75), Briones et al. (76), y más recientemente Al-Domi (9, 77), quienes han tenido como principal objetivo determinar la sensibilidad de género en políticas públicas de diversas áreas. Peiró et al., en su estudio revisó la sensibilidad de género en la formulación de planes de salud en España, elaborando un instrumento de análisis de planes de salud, los cuales señaló que poseen una estructura basada y similar a la estrategia “Salud para todos en el año 2000” (78); esto es, una primera parte general o introductoria (denominada simbólica) en la cual van descritos los problemas de salud, los entornos para la salud y objetivos

generales. Y, por último, una segunda parte (denominada operativa) en la cual se describen las intervenciones a realizar de una forma más concreta. Briones et al. (76), utilizó este instrumento en su estudio, el cual analizó sensibilidad de género en los planes de salud de América Latina y Europa, puesto que resultó ser una herramienta metodológica sencilla de utilizar. Entre los planes revisados en este estudio, destaca el plan de salud nacional de Chile “Objetivos sanitarios para la década 2000-2010” el cual arrojó como resultado tener un alto índice de sensibilidad simbólica (79). Pero, respecto de la sensibilidad operativa, que se haya desagregada por problemas de salud, en cuanto a intervenciones propuestas para infecciones de transmisión sexual, VIH y SIDA, salud sexual y reproductiva en general y, finalmente, violencia arrojó un índice de sensibilidad operativa nulo (48, 76). Es decir, dichas intervenciones no resuelven la inequidad de género (48, 76).

Pero, la estrategia de salud chilena no se trata de una política que aborde en forma exclusiva problemas de la salud sexual y reproductiva, sino que abarca un conjunto de enfermedades prevalentes y temáticas relacionadas entre las cuales se hayan incluidos temas de salud sexual y reproductiva, por lo que en esta materia no se cuenta con una política, plan o programa exclusivo (79). Por lo tanto, es necesario elaborar un análisis de las políticas en salud sexual y reproductiva a fin de determinar el grado real de sensibilidad que poseen y definir aquellos problemas del área que aún no entran siquiera al espacio retórico de la formulación de un plan de salud con equidad de género (48, 76).

3.- OBJETIVOS

Objetivo general

Determinar el grado de sensibilidad de género de los planes o programas de salud sexual y reproductiva vigentes en Chile en el año 2022.

Objetivos Específicos

1. Identificar los planes o programas relacionados con salud sexual y reproductiva vigentes en el año 2022.
2. Clasificar elementos de sensibilidad simbólica y sensibilidad operativa de planes o programas de salud relacionados con salud sexual y reproductiva chilenas.
3. Describir el tipo de intervenciones propuestas en los planes o programas de salud estudiados para disminuir las desigualdades de género en Chile.



4.- MATERIAL Y MÉTODO

4.1 Tipo de estudio

Estudio mixto de conversión. Se realizó un análisis de planes o programas en salud sexual y reproductiva chilenas, vigentes al año 2022 a través de la técnica de análisis documental.

4.2 Población y Muestra

Población	Planes o Programas de salud pública
Población de estudio	Planes o Programas de salud que versen sobre temas de salud sexual y reproductiva, sean chilenas y tengan vigencia el año 2022
Muestra o corpus seleccionado (n=5)	1997 Programa de Salud de la Mujer 2012 Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes 2018 Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. 2018 Programa Nacional de Salud Infantil con enfoque Integral 2020 Plan Nacional de ITS VIH/SIDA

4.3 Criterios

De inclusión	<ul style="list-style-type: none">- Programas de salud que versen sobre temas de salud sexual y reproductiva.- Programas que hayan sido elaborados y promulgados en Chile.- Programas que se encuentren vigentes en el año 2022.
De exclusión	<ul style="list-style-type: none">- Documentos públicos que versen sobre temas de salud sexual y reproductiva, pero que no constituyan un Programa de Salud (Leyes, políticas, planes, estrategias, normas, guías clínicas y similares).- Programas que expirarán o será suprimidas el año 2022.- Acciones derivadas de ONG, proyectos financiados con fondos públicos y afines.

4.4. Identificación y recuperación de los programas de salud sexual y reproductiva

Se realizó una búsqueda sistemática exhaustiva cuyo objetivo fue identificar los programas de salud sexual y reproductiva, diseñados por la Autoridad Sanitaria chilena. Para la recuperación de dichos programas se utilizó base de datos que recopila los enlaces a dichos archivos, contenidos en formato PDF.

Para la identificación concreta de los documentos a analizar, se han utilizado las siguientes palabras claves: programa, programa de salud, plan, estrategia nacional, política nacional, salud sexual, salud reproductiva, mujer. Por último, se escogieron los pertenecientes al último período disponible o últimas ediciones.

Se obtuvieron un total de 5 programas desde la base de datos oficial del MINSAL (DIPRECE), a la que se puede acceder mediante del link oficial <https://diprece.minsal.cl/programas-de-salud/>. Estos programas que conformaron la muestra o el corpus documental, están disponibles para consulta de la ciudadanía en virtud de la Ley de Transparencia y redactados en español.

Tras la lectura de los diversos protocolos, ordinarios, normas y otros documentos que tributan a estos programas, se descartó del estudio el programa de violencia, por no poseer documento que cumpla con los criterios de inclusión. Cuando se encontró más de una versión del mismo programa, se seleccionó el documento más reciente.

4.5 Variables:

Variable	Definición operacional
Sensibilidad simbólica	Grado de sensibilidad en los contenidos que componen los objetivos generales del plan o programa, obtenido del índice de sensibilidad simbólica.
Sensibilidad operativa	Grado de sensibilidad en los contenidos que componen las intervenciones propuestas para llevarse a cabo en la práctica.
Disminución desigualdad de género	Presencia o ausencia de la variable dentro del enfoque del programa en el cual existen objetivos e intervenciones orientadas a disminuir la desigualdad entre los sexos, minimizando la brecha de inequidades.
Problema de salud desagregado por sexo	Problemas de salud que ha sido priorizados con una descripción epidemiológica de su situación, desagregado por sexo y/o grupo en exclusión social.
Intervención propuesta por género	Acción de salud con la que se pretende alcanzar el objetivo de salud.
Líneas de actuación para grupos de exclusión social	Presencia o ausencia de la variable, identificando su contexto y finalidad.
Implicación del género en los objetivos	Presencia o ausencia de la variable en los objetivos del programa.
Entorno para la Salud	Lugar y contexto social en que las personas desarrollan las actividades diarias y en el cual interactúan factores ambientales, organizacionales y personales que determinan su salud.
Objetivos de apoyo	Objetivos relacionados al problema de salud de forma indirecta (sistemas de información, investigación, formación, etc.)

Fuente: Peiró et al (48), modificado por Solar-Bustos et al (2022).

4.6 Recogida de la Información

4.6.1. Análisis por expertas del cuestionario de sensibilidad de género

Dada la antigüedad del estudio original, para determinar si este cuestionario se adaptaba al caso chileno, se sometió al análisis por un panel de expertas que reuniera las siguientes características: 1. Tener el grado académico de doctora; 2. Trabajos publicados en materia de salud sexual y reproductiva o políticas públicas y/o estudios de género.

Se contó con la participación de expertas (n=5), de iniciales R.P., C.A., E. B., M.F. y G. O., quienes revisaron tanto la estructura del cuestionario como cada uno de los enunciados, realizando una evaluación de la información contenida en el mismo. Mediante una solicitud de participación, enviada en forma personal a cada experta, se adjuntó un ejemplar del cuestionario utilizado en el estudio de Peiró et al. (Tabla 1), el cual fue devuelto al equipo de investigación con las enmiendas, sugerencias y propuestas que cada una de las participantes estimó pertinente, lo cual se observa en la Tabla 2.

Tabla 1. Cuestionario para la revisión sistemática de la sensibilidad de género en los planes de salud, para los contenidos simbólicos y operativos, según estudio de Peiró et al. (48)

Contenidos simbólicos
<ul style="list-style-type: none">• ¿Se describe la situación general de los determinantes sociales comparados con los problemas de salud desagregados por sexo?• Entre los principios y valores, ¿reducir las desigualdades o específicamente las de género es uno de los ejes?• Entre los objetivos generales, ¿Se menciona la reducción de desigualdades o específicamente las de género?
Contenidos operativos
<u>En los problemas de salud priorizados en el plan de salud</u>
<i>En la descripción de la situación de salud</i>
<ul style="list-style-type: none">• ¿Describe el problema de salud desagregado por sexo?

En la intervención

- ¿Propone objetivos específicos para la reducción de desigualdades de género en la población?
- ¿Propone líneas de actuación para la reducción de las desigualdades de género en la población?
- ¿Propone objetivos específicos y líneas de actuación para grupos de exclusión social?

En los entornos para la salud

En la descripción de la situación de salud

- ¿Describe el problema de salud desagregado por sexo?

En la intervención

- ¿Propone objetivos específicos para la reducción de desigualdades de género en la población?
- ¿Propone líneas de actuación para la reducción de las desigualdades de género en la población?
- ¿Propone objetivos específicos y líneas de actuación para grupos de exclusión social?

En los objetivos de apoyo al programa

En la descripción de la situación de salud

- ¿Describe el problema de salud desagregado por sexo?

En la intervención

- ¿Propone objetivos específicos para la reducción de desigualdades de género en la población?
- ¿Propone líneas de actuación para la reducción de las desigualdades de género en la población?
- ¿Propone objetivos específicos y líneas de actuación para grupos de exclusión social?

En capítulos específicos

- ¿Incluye un apartado sobre la salud reproductiva?
- ¿Incluye un apartado sobre salud de las mujeres en población general?
- ¿Incluye un apartado de población excluida con objetivos y líneas de actuación?

Fuente: Peiró et al (48).

Finalmente, se realizaron los cambios sugeridos, quedando como instrumento final el cuestionario que se detalla en la Tabla 2. Los cambios sugeridos fueron:

- Cambiar “desagregado” por “diferenciado”, ya que el primero corresponde a un parámetro cuantitativo confundente.
- Cambiar “Grupos de exclusión social” por “Grupos en exclusión social”, ya que se entiende que las personas que integran estos grupos poseen algún factor que los vuelve vulnerables. La exclusión social es un concepto clave en el contexto de la Unión Europea para abordar las situaciones de pobreza, desigualdad social, vulnerabilidad y marginación de partes de su población. Es decir, existe exclusión social cuando a ciertos grupos que envisten alguna de las cualidades anteriormente descritas se les niegan las mismas oportunidades de acceso a la salud sexual y reproductiva comparado con el resto de las personas que no pertenecen a estos grupos. Este determinante social se intersecta con el género, por lo tanto, la existencia de apartados que traten esta temática en los programas a estudiar permite relacionar si las intervenciones propuestas involucran la interseccionalidad para disminuir las inequidades de género.
- Desigualdad de género por desigualdades de género, ya que se entiende que existen varias.

Tabla 2. Cuestionario para la revisión sistemática de la sensibilidad de género en los planes de salud, para los contenidos simbólicos y operativos, modificada según sugerencias de expertas consultadas.

Contenidos simbólicos
<ul style="list-style-type: none">• ¿Se describe la situación general de los determinantes sociales comparados con los problemas de salud <i>diferenciados</i> por sexo?• Entre los principios y valores, ¿reducir las desigualdades o específicamente las de género es uno de los ejes?

- Entre los objetivos generales, ¿Se menciona la reducción de desigualdades o específicamente las de género?

Contenidos operativos

En los problemas de salud priorizados en el plan de salud

En la descripción de la situación de salud

- ¿Describe el problema de salud **diferenciado** por sexo?

En la intervención

- ¿Propone objetivos específicos para la reducción de desigualdades de género en la población?
- ¿Propone líneas de actuación para la reducción de las desigualdades de género en la población?
- ¿Propone objetivos específicos y líneas de actuación para grupos **en** exclusión social?

En los entornos para la salud

En la descripción de la situación de salud

- ¿Describe el problema de salud **diferenciado** por sexo?

En la intervención

- ¿Propone objetivos específicos para la reducción de **las desigualdades de género** en la población?
- ¿Propone líneas de actuación para la reducción de **las desigualdades de género** en la población?
- ¿Propone objetivos específicos y líneas de actuación para grupos **en** exclusión social?

En los objetivos de apoyo al programa

En la descripción de la situación de salud

- ¿Describe el problema de salud **diferenciado** por sexo?

En la intervención

- ¿Propone objetivos específicos para la reducción de desigualdades de género en la población?
- ¿Propone líneas de actuación para la reducción de las desigualdades de género en la población?

- ¿Propone objetivos específicos y líneas de actuación para grupos **en** exclusión social?

En capítulos específicos

- ¿Incluye un apartado sobre la salud reproductiva?
- ¿Incluye un apartado sobre salud de las mujeres en población general?
- ¿Incluye un apartado de **grupos en exclusión social** con objetivos y líneas de actuación?

Fuente: Peiró et al (6), modificado por Solar-Bustos et al (2022).

Para validar el instrumento de recolección de información definido por las expertas, se realizó un pilotaje de éste. Para ello, se contó con 10 estudiantes del programa de Magíster de Salud Sexual y Reproductiva de la Universidad de Concepción para que aplicaran el cuestionario a un programa asignado en forma aleatoria, por parejas. Luego, se realizó el análisis de los programas seleccionados por parte de la investigadora responsable (F.S.), bajo la supervisión del resto de las participantes del estudio. Para evitar el sesgo, se utilizó la actividad piloto como verificador en caso de discordancia entre autoras y, en caso de dudas respecto de algún contenido y su clasificación, se discutió y se llegó a consenso con el resto del equipo del estudio. Se utilizó como criterio que, en todos aquellos casos de ambigüedad, se escogiera la alternativa que más favoreciera al programa.

4.7 Análisis de datos

4.7.1 Medición de la sensibilidad de género.

Para cumplir el objetivo planteado se realizará una lectura guiada utilizando un cuestionario que evalúa los contenidos de dichos documentos, midiendo la sensibilidad de género en base a la creación de índices que se rescató del estudio de Peiró et. al., el cual fue aplicado a los planes de salud de las Comunidades Autónomas españolas, el año 2003 (48).

Siguiendo este cuestionario de lectura, la sensibilidad de género de un plan es mayor en tanto es mayor el número de respuestas positivas a las preguntas del cuestionario. Tiene como característica el revisar exclusivamente si, dado un tipo de propuesta de acción a un programa de salud, ésta incluye al género como

categoría de relación y las intervenciones para aminorar la desigualdad que se derive; por lo tanto, no realiza ninguna valoración sobre la priorización en salud. Se construyen índices de sensibilidad para cada uno de los apartados de los planes de salud que se revisan, y se describen en un apartado a continuación.

4.7.2 Construcción de índices de sensibilidad.

Los contenidos de los documentos recabados, serán analizados mediante un cuestionario diseñado para propósito de este estudio que consiste en una pauta de cotejo cuya puntuación final entrega información sobre el grado de sensibilidad de género que tiene un programa. Para este cuestionario se usó de referencia el estudio de Peiró et al., por razones metodológicas a causa de su sencilla aplicación (48).

El cuestionario se ha dividido el instrumento en dos apartados:

1. **Contenidos simbólicos:** Corresponden a la declaración de intenciones del programa y objetivos generales; los cuales se encuentran en la introducción de cada tema.
2. **Contenidos operativos:** Corresponden a las intervenciones u objetivos operativos que serán aplicados en la población.

Para los contenidos simbólicos se contemplan tres preguntas que se responden de manera afirmativa o negativa que evalúan la presencia de un problema de salud sexual y reproductiva desagregado por sexo, si algún objetivo general es sobre equidad o si entre los valores y principios del plan de salud se menciona la equidad.

Para los contenidos operativos se contemplan cuatro preguntas que se responden con “Si” o “No”. Éstas evalúan si para cada problema de salud priorizado y entorno de salud propuesto para la intervención, se proporciona información sobre la situación por sexos y si están incluidos objetivos específicos e intervenciones para alcanzar la reducción de la desigualdad, específicamente de género. Las preguntas están orientadas tanto a la población general como a los grupos de exclusión social.

Cada respuesta afirmativa se identificará con el símbolo ϕ . La sensibilidad de género será mayor cuando tiene mayor número de símbolos (hasta 3), las cuales corresponden a 3 respuestas afirmativas del cuestionario usado para el análisis del contenido simbólico y operativo.

Para el análisis final de los datos, se ha construido un índice de sensibilidad de género para cada uno de los apartados del cuestionario, en base a las respuestas dicotómicas a las preguntas realizadas por el cuestionario se obtendrán resultados que van desde la nula sensibilidad hasta la alta sensibilidad, tanto para la simbólica (Tabla 3) como para la operativa (Tabla 4).

Tabla 3. Descripción de las categorías del Índice de sensibilidad simbólica según el puntaje obtenido

Número de respuestas afirmativas	Índice de sensibilidad
0	Nulo
1	Bajo
2	Medio
3	Alto

Tabla 4. Descripción de las categorías del Índice de sensibilidad operativa según el puntaje obtenido

Índice de sensibilidad operativa para la descripción de la situación de salud		Índice de sensibilidad operativa para la intervención por género	
Número de respuestas afirmativas	Índice de sensibilidad	Número de respuestas afirmativas	Índice de sensibilidad
0	Nulo	0	Nulo
1	Bajo	1	Bajo
2	Medio	2	Medio
3	Alto	3	Alto

Finalmente, para la descripción de las Relaciones cuantitativas, se utilizará la siguiente relación para la comparación de cada variable propuesta en torno a la descripción de la situación por sexos y la propuesta de intervención por género, dada por las razones: $N_1 n_1/n_2$ y $N_2 n_3/n_4$.

N1	número de programas que tratan (variable en observación) señalada.
N2	número de (variable en observación) que aparecen en el programa de salud.
n1	número de programas que describen la situación por sexos
n2	número de programas que proponen una intervención por género
n3	número de problemas de salud donde se describe la situación por sexos.
n4	número de problemas de salud donde se propone una intervención por género.

Fuente: Peiró et al (48), modificado por Solar-Bustos et al (2022).



5.- RESULTADOS

Se analizaron los 5 programas seleccionados: Programa de Salud de la Mujer (año 1997), Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes (año 2012), Plan Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (año 2018), Programa Nacional de Salud Infantil con enfoque Integral (año 2018), y Plan Nacional de ITS VIH/SIDA (2020).

Según propuesta metodológica, se construyó un **índice de sensibilidad de género** para cada uno de los apartados del cuestionario, con respuesta dicotómica (si/no) a las preguntas planteadas y que pueden ser revisadas en las Tablas 3 y 4.

Tanto para sensibilidad simbólica como operativa de género, se mantuvo la construcción de índices propuesta en la metodología. Para el caso de los contenidos operativos, estos fueron descritos para cada problema de salud, entorno para la salud y cada objetivo de apoyo al desarrollo del plan, tal como se observa en la Tabla 4.

Los resultados se presentan en tablas descriptivas, sin resumir la información, de modo que permita describir en forma más precisa la situación actual y las necesidades de mejora.



5.1 Índice de sensibilidad simbólica de género por programa de salud sexual y reproductiva.

En la Tabla 5, se observan los resultados sobre sensibilidad simbólica de género en los programas estudiados (n=5).

Se observa que el **Plan Nacional de Salud Sexual y Reproductiva**, analizado en conjunto con el Programa de Salud Sexual y Reproductiva, en consulta, del año 2017, posee el **índice de sensibilidad simbólica más alto** entre los programas estudiados, lo que significa que realiza **una introducción a la descripción social y de salud de la población con la información diferenciada por sexo y, además, entre sus valores, principios y objetivos generales se encuentra la reducción de las desigualdades de género.**

El resto de los programas presenta un **índice de sensibilidad medio**, lo que quiere decir que **la equidad es un eje u objetivo prioritario, pero no incluyen**

información general de salud diferenciada por sexos o la situación inversa, se proporciona información, pero no se menciona como objetivo prioritario.

Tabla 5. Índice de sensibilidad simbólica por programa de salud sexual y reproductiva

Documento	Sensibilidad simbólica
Programa Salud de la Mujer (1997)	♂♂
Programa Nacional de Salud Integral de Jóvenes y Adolescentes (2018) + Plan de acción Programa Nacional de Salud Integral de Jóvenes y Adolescentes Atención abierta (2012-2020)	♂♀
Plan Nacional VIH sida e ITS (2021-2022) + Protocolo Atención mujeres que viven con VIH (2016)	♂♀
Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (2018) + Programa Salud Sexual y Reproductiva en consulta (2017)	♂♀♂
Programa Nacional de Salud Infantil con enfoque integral	♂♀

Fuente: Elaboración propia.

5.2 Índices de sensibilidad operativa de género para la descripción y la intervención en los problemas de salud, por programa de Salud Sexual y Reproductiva.

La Tabla 6. muestra los índices de sensibilidad operativa de género, donde a priori se observa que los Programas proporcionan la descripción de los problemas de salud por sexos en mayor cantidad comparado con el número de propuestas de intervención por género que realizan, lo cual se observa comparando los resultados N_2/n_3 y N_2/n_4 para cada uno de los documentos analizados. Se consideró para el estudio un total de 30 situaciones de salud, resultado de la intersección de los cinco programas revisados.

El Programa de Salud de la Mujer (1997) menciona un total de 24 situaciones de salud de las señaladas en la Tabla 6, de las cuales 23 se encuentran diferenciadas por sexo, pero que versan sobre la SSR de las mujeres. En cambio, al relacionar N_2/n_4 , se observa que, de estas mismas 24 situaciones, solo 1 cuenta con una situación de salud en la cual se propone una intervención por género, con un índice de sensibilidad baja. El resto de las intervenciones ($n=22$) tiene nula sensibilidad.

Le sigue la **Plan Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (2018)**, con $N_2=22$, presenta una relación N_2/n_3 de 19 situaciones de salud diferenciadas por sexo y un N_2/n_4 que no puede ser revisado, ya que el documento al ser una propuesta en consulta, aún no señala intervenciones.

El Plan Nacional VIH-SIDA e ITS (2021-2022), presenta un $N_2=15$, cuyo $N_2/n_3=14$ y su $N_2/n_4=3$, intervenciones que cuentan con un índice de sensibilidad medio.

En el Programa Nacional de Salud Integral de Jóvenes y Adolescentes (2018), se describe un $N_2=16$, con un $N_2/n_3=8$ y un $N_2/n_4=2$ con índice de sensibilidad bajo.

Finalmente, el Programa Nacional de Salud infantil con enfoque integral, contiene 9 situaciones de salud de las seleccionadas para el estudio ($N_2=9$), con una relación $N_2/n_3=7$ y $N_2/n_4=2$, con un índice de sensibilidad operativa media para la intervención relacionada a violencia; y un índice de sensibilidad operativa bajo para la enfermedad oncológica.

Respecto de las intervenciones por situación de salud, todos los programas analizados proponen pocas intervenciones por género en relación a la cantidad de problemas de salud que cuentan con información diferenciada por sexo, destacando con **un $n_2=2$ la enfermedad oncológica, la cual aparece señalada como situación de salud en los cinco programas estudiados y, además, diferenciada por sexo ($N_1/n_1=5$).**

De los problemas de salud descritos, se clasificaron en aquellos que corresponden a la etapa pre-reproductiva, reproductiva, post-reproductiva y otros, según la estructura propuesta por el Programa de Salud de la Mujer. Se observa que aquellos que tienen mayor presencia en los programas analizados son **ITS/VIH-SIDA (5 4/1) y enfermedad oncológica (5 5/2)**, ya que aparecen mencionados en los 5 programas seleccionados, además poseen intervenciones por género. La enfermedad oncológica abarca cáncer cérvico-uterino, de mamas, testicular y próstata. Le siguen en frecuencia, en la **etapa pre-reproductiva**, regulación de la fertilidad (4 1/0) y salud preconcepcional (4 4/0). **En la etapa reproductiva son el control prenatal (4 3/0), lactancia y puericultura (4 4/0) y transmisión vertical (4 2/0).** Siguiendo con la **etapa post-reproductiva**, encontramos la morbi-mortalidad adulta (4 1/0), lo que engloba enfermedades crónicas como hipertensión, diabetes, enfermedad osteo-articular y patología cardiovascular. Por último, en otros problemas de salud, destacan aquellos asociados a la nutrición (4 3/0) y violencia (4 4/1).

Etapa pre-reproductiva:

Regulación de la fertilidad y Salud Preconcepcional, figuran en 4 programas con situaciones de salud diferenciada por sexos, pero ninguna propuesta de intervención por género (índice de sensibilidad operativa nula).

Etapa reproductiva:

Control Prenatal, figura en 4 de los programas, los cuales cuentan con una descripción desagregada por sexos, de los cuales 3 proponen intervención por género, con un índice de sensibilidad operativa nulo en el Programa de Salud de la Mujer, Programa Nacional de Salud Integral de Jóvenes y Adolescentes y Plan Nacional VIH-sida e ITS.

Lactancia y puericultura, considerado en 4 programas, donde todos contemplan una descripción desagregada por sexos y propuestas de intervención, pero con índice de sensibilidad operativa nulo.

Transmisión vertical, se incluye en 4 programas, de los cuales 2 contemplan una descripción desagregada por sexos, pero no se incluye una propuesta de intervención por género.

Etapa post-reproductiva:

Morbi-mortalidad adulta, se incluye en 4 programas, 1 de ellos ofrecen una descripción del problema de salud desagregado por sexos, pero no se contempla una intervención por género en ninguno de ellos.

Otros problemas de salud:

Nutrición, contemplado en 4 programas, de los cuales 3 brindan información desagregada por sexos, ninguno contempla una propuesta de intervención por género. Se tocan temas referentes a los trastornos alimenticios, la desnutrición por déficit y por exceso.

Violencia, engloba la violencia intra-familiar y violencia sexual, figura en 4 programas, siempre con descripción desagregada por sexos, con énfasis en la situación femenina en forma transversal a la edad, como grupo de riesgo. En los 4 programas se propone al menos 1 intervención por género, en el Programa Nacional de Salud en la Infancia con enfoque integral, con índice de sensibilidad operativo medio. Destacan intervenciones que obtienen **índice de sensibilidad operativa nulo** en el Programa de Salud de la Mujer y en el Programa de Salud Integral del Joven y Adolescente.

Finalmente, cabe destacar, que problemas de salud relacionados a salud sexual y reproductiva masculina (morbilidad andrológica y andropausia), no aparecen mencionados como actividad en ninguno de los programas analizados.

5.3 Índice de sensibilidad operativa de género para la descripción y la intervención en los entornos para la salud.

La Tabla 7. muestra los entornos que han sido seleccionados por los programas como los adecuados para realizar intervenciones que mejoren la condición de salud. Tanto para la información desagregada por sexos como para las intervenciones, índices son bajos.

El medio ambiente y la educación superior, no son mencionados por ninguno de los programas como un entorno idóneo para realizar intervenciones.

La comunidad aparece mencionada en los 5 programas, considera una situación diferenciada por sexo, pero no posee intervenciones por género.

La Atención Primaria (5 4/0), Secundaria (5 4/0) y Terciaria (5 3/0) son consideradas en 5 programas, poseen información desagregada por sexos y ninguna intervención propuesta por género.

Las escuelas aparecen mencionadas como un entorno para la salud en 2 programas, pero no poseen información desagregada por sexos ni intervenciones por género.

En otros, solo el Programa de Salud Infantil con enfoque Integral propone como entorno de salud el SENAME, pero no posee información desagregada por sexos ni intervenciones por género.

5.4 Índices de sensibilidad operativa de género para la descripción y la intervención en los objetivos de apoyo al desarrollo de los programas de salud sexual y reproductiva.

La Tabla 8. revela que, en este aspecto, 4 de los programas poseen objetivos de apoyo propuestos, pero ninguno aporta información desagregada por sexos o propone una intervención por género.

5.5 Apartado sobre grupos en exclusión social.

En la Tabla 9, se consideraron 13 grupos en exclusión social: Niñez, senectud, capacidades diferentes, neurodivergencias, pueblos originarios, migrantes, ruralidad, personas privadas de libertad, adolescente institucionalizado, disidencias, comunidad LGBTI+, personas en situación de pobreza y, finalmente, sexoservidores.

En forma transversal, el grupo con más apartados específicos por programa es la Comunidad LGBTI con un 60% (n=3), seguido de los y las sexoservidores con un 40% (n=2). Grupos como neurodivergencias, capacidades diferentes, ruralidad, personas privadas de libertad, disidencias y personas en situación de pobreza; no poseen apartados específicos en ningún programa incluido en el estudio. Los grupos restantes tienen un 20% (n=1).

El Programa de Salud de la mujer posee apartados específicos para tres grupos: senectud, comunidad LGBTI+ y sexoservidores.

El Programa de Salud Integral de jóvenes y adolescentes, solo posee un apartado para el adolescente institucionalizado (en situación de orfandad, privado de libertad, etc.).

El plan nacional de ITS/VIH-Sida, incluye apartados sobre pueblos originarios, migrantes y la comunidad LGBTI+

Finalmente, el programa nacional de salud infantil, no posee capítulos específicos respecto de grupos en exclusión social, pero se le otorgó una respuesta positiva para niñez, por ser el sujeto principal del programa.

Tabla 6. Descripción de los índices de sensibilidad operativa para la descripción de la situación de salud y para la intervención por problemas de salud y por programa de salud sexual y reproductiva en Chile.

Programas/Plan	Programa de Salud de la Mujer (1997)		Programa Nacional de Salud Integral de Jóvenes y Adolescentes (2018) + Plan de acción Programa Nacional de Salud Integral de Jóvenes y Adolescentes Atención abierta (2012-2020)		Plan Nacional VIH sida e ITS (2021-2022) + Protocolo Atención mujeres que viven con VIH (2016)		Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (2018) + Programa Salud Sexual y Reproductiva en consulta (2017)		Programa Nacional de Salud en la infancia con enfoque integral		Totales		
	Situación Salud	Intervención	Situación Salud	Intervención	Situación Salud	Intervención	Situación Salud	Intervención*	Situación Salud	Intervención	N ₁	n ₁	n ₂
n=30	n ₃	n ₄	n ₃	n ₄	n ₃	n ₄	n ₃	n ₄	n ₃	n ₄			
Otros	∅	0	0	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	2	1	0
Alcohol, tabaco y drogas	∅	0	∅	0	(-)	(-)	∅	(-)	0	0	4	3	0
Nutrición	∅	0	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	1	1	0
Salud ocupacional	∅	0	∅	0	(-)	(-)	∅	(-)	∅	∅∅	4	4	1
Violencia	∅	0	∅	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	∅	0	3	3	0
Salud Mental	∅	0	(-)	(-)	(-)	(-)	∅	(-)	∅	0	3	3	0
Morbilidad ginecológica	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	0	0	0
Morbilidad andrológica	(-)	(-)	∅	0	∅	∅∅	0	(-)	(-)	(-)	3	2	1
Sexualidad	∅	0	∅	(-)	∅	∅∅	∅	(-)	0	0	5	4	1
ITS - VIH/sida	* Pre reproductiva												
Control de Salud	∅	0	0	0	∅	∅∅	0	(-)	∅	0	5	3	1
Regulación Fertilidad	0	0	0	0	∅	0	0	(-)	(-)	(-)	4	1	0
Anticoncepción de emergencia	∅	0	(-)	(-)	(-)	(-)	∅	(-)	(-)	(-)	2	2	0
Salud preconcepcional	∅	0	0	0	∅	0	∅	(-)	(-)	(-)	4	4	0
Sexarquía	(-)	(-)	∅	∅	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	1	1	1
* Reproductiva													
Fertilidad	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	0	(-)	(-)	(-)	1	0	0
Morbilidad perinatal	∅	0	(-)	(-)	(-)	(-)	∅	(-)	∅	0	3	3	0
Control prenatal	∅	0	0	0	∅	0	∅	(-)	(-)	(-)	4	3	0

Parto	♀	0	(-)	(-)	♀	0	♀	(-)	(-)	(-)	3	3	0
Puerperio	♀	0	(-)	(-)	♀	0	♀	(-)	(-)	(-)	3	3	0
Apego	♀	♀♀	(-)	(-)	(-)	(-)	♀	(-)	(-)	(-)	2	2	1
Lactancia y puericultura	♀	0	(-)	(-)	♀	0	♀	(-)	♀	0	4	4	0
Atención aborto y post-aborto	♀	0	(-)	(-)	♀	0	♀	(-)	(-)	(-)	3	3	0
Prevención Aborto	♀	0	0	0	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	2	1	0
Transmisión vertical	♀	0	0	(-)	♀	0	0	(-)	(-)	(-)	4	2	0
Embarazo no deseado	(-)	(-)	♀	0	(-)	(-)	♀	(-)	(-)	(-)	2	2	0
* Post-reproductiva													
Climaterio	♀	0	(-)	(-)	♀	0	♀	(-)	(-)	(-)	3	3	0
Embarazo tardío	♀	0	(-)	(-)	♀	0	(-)	(-)	(-)	(-)	2	2	0
Andropausia	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	0	0	0
Enfermedad oncológica	♀	0	♀	♀	♀	0	♀	(-)	♀	♀	5	5	2
Morbi-mortalidad adulto	♀	0	0	0	0	0	0	(-)	(-)	(-)	4	1	0
Totales	23	1	8	2	14	3	19	(-)	7	2			
N ₂	24		16			15		22			9		

Fuente: Elaboración propia. * Programa no señala intervenciones para ninguno de sus problemas de salud.

		Índices de sensibilidad		
		N1	número de programas que tratan el problema de salud señalado.	No aplica
N2	número de problemas de salud que aparecen en el programa de salud.	Nulo	0	
n1	número de programas que describen la situación por sexos	Bajo	♀	♀
n2	número de programas que proponen una intervención por género	Medio	♀	♀
n3	número de problemas de salud donde se describe la situación por sexos.	Alto	♀	♀
n4	número de problemas de salud donde se propone una intervención por género.		♀	♀

Tabla 7. Índices de sensibilidad operativa para la descripción del entorno para la salud y para la intervención por problemas de salud y por programa de salud sexual y reproductiva.

Programa/Plan	Programa de Salud de la Mujer (1997)		Programa Nacional de Salud Integral de Jóvenes y Adolescentes (2018) + Plan de acción Programa Nacional de Salud Integral de Jóvenes y Adolescentes Atención abierta (2012-2020)		Plan Nacional VIH sida e ITS (2021-2022) + Protocolo Atención mujeres que viven con VIH (2016)		Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (2018) + Programa Salud Sexual y Reproductiva en consulta (2017)		Política Nacional de Salud de la Infancia con enfoque integral		Totales		
	Situación Salud	Intervención	Situación Salud	Intervención	Situación Salud	Intervención	Situación Salud	Intervención	Situación Salud	Intervención	N ₁	n ₁	n ₂
	n ₃	n ₄	n ₃	n ₄	n ₃	n ₄	n ₃	n ₄	n ₃	n ₄			
Comunidad	♂	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	1	0
Medio Ambiente	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	0	0	0
Atención 1°	♂	0	♂*	0	♂	(-)	♂	0	0	0	5	4	0
Atención 2°	♂	0	♂	0	♂	(-)	♂	0	0	0	5	4	0
Atención 3°	♂	0	0	0	♂	(-)	♂	0	0	0	5	3	0
Escuelas	(-)	(-)	0	0	(-)	(-)	(-)	(-)	0	0	2	0	0
Educación superior	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	0	0	0
Otros	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	0	0	0
Totales	4	0	2	0	3	0	3	0	0	0			
N ₂	4		5		4		4		5				

Fuente: Elaboración propia. * EAA – SENAME.

		Índices de sensibilidad		
N1	número de programas que tratan ese entorno para la salud			
N2	número de entornos para la salud propuestos en el programa.	No aplica (-)		
n1	número de programas que describen la situación por sexos	Nulo 0		
n2	número de programas que proponen una intervención por género	Bajo ♂		
n3	número de problemas de salud donde se describe la situación por sexos.	Medio ♂ ♂		
n4	número de problemas de salud donde se propone una intervención por género.	Alto ♂ ♂ ♂		

Tabla 8. Índices de sensibilidad operativa para la descripción de los objetivos de apoyo y para la intervención por problemas de salud y por programa de salud sexual y reproductiva.

Programa/Plan	Programa Salud de la Mujer (1997)		Programa Nacional de Salud Integral de Jóvenes y Adolescentes (2018) + Plan de acción Programa Nacional de Salud Integral de Jóvenes y Adolescentes Atención abierta (2012-2020)		Plan Nacional VIH sida e ITS (2021-2022) + Protocolo Atención mujeres que viven con VIH (2016)		Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (2018) + Programa Salud Sexual y Reproductiva en consulta (2017)		Programa Nacional de Salud Infantil con enfoque integral		Totales		
	Situación Salud	Intervención	Situación Salud	Intervención	Situación Salud	Intervención	Situación Salud	Intervención	Situación Salud	Intervención	N ₁	n ₁	n ₂
	n ₃	n ₄	n ₃	n ₄	n ₃	n ₄	n ₃	n ₄	n ₃	n ₄			
Sistema de información	(-)	(-)	0	(-)	0	(-)	0	(-)	0	(-)	4	0	0
Formación	(-)	(-)	(-)	(-)	0	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	1	0	0
Coordinación intersectorial	0	(-)	0	(-)	0	(-)	0	(-)	(-)	(-)	4	0	0
Actores sociales	0	(-)	0	(-)	0	(-)	0	(-)	(-)	(-)	4	0	0
Investigación	(-)	(-)	0	(-)	0	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	2	0	0
Totales	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
N ₂	2		4		5		3		1				

Fuente: Elaboración propia.

		Índices de sensibilidad
N1	número de objetivos de apoyo que tratan ese entorno para la salud	
N2	número de objetivos de apoyo propuestos en el programa.	No aplica (-)
n1	número de programas que describen la situación por sexos	Nulo 0
n2	número de programas que proponen una intervención por género	Bajo ♀♂
n3	número de problemas de salud donde se describe la situación por sexos.	Medio ♀♂ ♀♂
n4	número de problemas de salud donde se propone una intervención por género.	Alto ♀♂ ♀♂ ♀♂

Tabla 9. Existencia de apartados específicos dentro del programa referentes a los grupos en exclusión social.

Programa/Plan	Programa Salud de la Mujer (1997)		Programa Nacional de Salud Integral de Jóvenes y Adolescentes (2018) + Plan de acción Programa Nacional de Salud Integral de Jóvenes y Adolescentes Atención abierta (2012-2020)		Plan Nacional VIH sida e ITS (2021-2022) + Protocolo Atención mujeres que viven con VIH (2016)		Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (2018) + Programa Salud Sexual y Reproductiva en consulta (2017)		Programa Nacional de Salud Infantil con enfoque integral		Totales	
	Existencia		Existencia		Existencia		Existencia		Existencia			
Temas específicos	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	n	%
1. Niñez		x		x		x		x	x		1	20
2. Senectud	x			x		x		x		x	1	20
3. Capacidades diferentes		x	x			x		x		x	1	20
4. Neurodivergencias		x	x			x		x		x	1	20
5. Pueblos originarios		x		x	x			x		x	1	20
6. Migrantes		x		x	x			x		x	1	20
7. Ruralidad		x		x		x		x		x	0	0
8. Personas privadas de libertad		x		x		x		x		x	0	0
9. Adolescente institucionalizado			x			x		x		x	1	20
10. Disidencias		x		x		x		x		x	0	0
11. Comunidad LGBTI+	x			x	x		x			x	3	60
12. Situación de pobreza		x	x			x		x		x	1	20
13. Sexoservidores	x			x			x			x	2	40
Totales	3	9	4	9	3	9	2	11	1	12		
%	23,1	69,2	30,8	69,2	23,1	69,2	15,4	84,6	7,7	92,3		

Fuente: Elaboración propia.

6.- DISCUSIÓN

La sensibilidad simbólica que explicitan los programas de salud sexual y reproductiva no siempre se corresponde con la sensibilidad operativa, llegando en algunos casos a tener posiciones extremas entre ellos, como ocurre en el caso del Plan Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (2018) y el Programa de Salud de la Mujer (1997). El primero corresponde a la propuesta más reciente en torno a dicha área en Chile y pretende reemplazar al segundo que es programa actualmente vigente y que conforma la manera en que se abordan desde la institucionalidad los problemas de salud sexual y reproductiva.

Respecto de la sensibilidad de género para la descripción de los problemas de salud sexual y reproductiva y sus propuestas de intervención, se observan resultados extremos, es decir, estas importantes diferencias entre la sensibilidad de género simbólica y operativa, entendiendo que la sensibilidad de género es el grado en que se tiene en cuenta al género como categoría de relación y se desarrollan intervenciones para reducir las desigualdades surgida a partir del mismo, significa que a pesar de haber reconocimiento de problemas de salud sexual y reproductiva que es necesario resolver, los cuales pueden estar diferenciados por sexo explicitando las necesidades por género, esto no necesariamente se operativiza. Es decir, la intervención propuesta no contribuirá a disminuir las desigualdades de género. Esto puede deberse al hecho de que la implementación de mejoras se llevará a cabo mediante una política pública (que generará la operatividad mediante un programa de salud), por lo cual, si en general la disminución de las desigualdades no es un eje central en los valores de los demás sectores político-administrativos, difícilmente surgirá la necesidad en el sector de salud como se señala en los estudios de Peiró et al. y Brionez-Vozmediano et al. (48, 76).

Otra explicación, de la diferencia entre sensibilidad simbólica y operativa, puede deberse a que algunos de las descripciones han sido levantadas por actores sociales y colectivos profesionales, para visibilizar las necesidades diferenciadas

por sexo; pero no depende de éstos la intervención final a partir de los datos entregados, ya que eso es parte de la actividad gubernamental (48, 72, 76).

Por lo tanto, esta diferencia a nivel de sensibilidad, se puede explicar teniendo en cuenta que, dentro del ciclo de las políticas públicas, el debate no ha avanzado más allá de la etapa de construcción e implantación de la política, fase en la cual se realiza la construcción del problema, elaboración de valores y principios e intervienen actores sociales, en muchos casos iniciando la retórica acerca de temáticas que desde la agenda pública pueden no haberse considerado un problema de salud (48, 72, 76).

Las otras etapas del ciclo de la política pública, corresponde a la formulación, que es aquella en la cual se realiza la priorización de las propuestas que se propondrán para resolver el problema, finalizando con las etapas de implantación y evaluación de resultados (48, 72, 76). En resumen, cuando existe una sensibilidad simbólica mayor a la sensibilidad operativa (o antagónica), pudiera implicar que un Estado está lejos aún de poder implementar estrategias reales y se requiere un análisis de género de la situación de salud más acucioso (48, 72, 76).

Otra explicación a este fenómeno de mayor sensibilidad de género en la descripción de la situación, por sobre la propuesta de intervenciones por género, es porque la gran mayoría de los problemas de salud priorizados dicen relación con la salud reproductiva de la mujer tales como embarazo, parto, post-parto y lactancia (80).

Surge al respecto, la interrogante ¿Cómo se ha solucionado, entonces, la operativización de problemas de salud elevados a categoría de ley? En este caso, la autoridad sanitaria ha ido generando una serie de normas técnicas, manuales, circulares y similares, descritos en el Anexo IV (Tabla 10) los cuales vienen solo a describir la situación para el grupo específico e instruir a los establecimientos de salud y profesionales implicados/as en el cómo proceder para dar cumplimiento al derecho invocado. Esto significa, que a lo largo de los años de vigencia del Programa de Salud de la Mujer (1997), han surgido problemas de salud sexual y reproductiva que en el momento de su formulación no constituían aún un problema

de salud pública a resolver, como, por ejemplo: *interrupción voluntaria del embarazo en 3 causales, anticoncepción de emergencia, entre otros*. El país ha ido evolucionando en este sentido y, mediante sus actores sociales, se ha instalado en la opinión pública la importancia que revisten los Derechos Sexuales y Reproductivos, lo que ha sido gravitante en el logro de los mismos, como describe Dides-Castillo et. al. en su estudio sobre Aborto en Chile, el cual señala que entre los años 2012 y 2014 existieron 119.644 registros de embarazos terminados en aborto, los cuales de acuerdo a la CIE-10, 49.790 casos corresponden a "otros productos anormales de la concepción"; le sigue "aborto no especificado" con 32.389 registros; "aborto espontáneo" con 18.858 casos y "embarazo ectópico" con 15.755 casos (81). El tramo etario mayoritario es entre los 20 a 44 años. Esto sólo contempla a mujeres que acudieron a un centro público de salud por emergencia posterior, por lo cual no es posible estimar la magnitud estadística a nivel nacional, dificultándose insanablemente su posicionamiento como problema de salud pública luego de la vuelta a la democracia en Chile (81). En este contexto tomó relevancia el rol de los actores sociales u organizaciones de la sociedad civil (MILES y Programa de Género de FLACSO Chile, especialmente,) como defensores de los derechos sexuales y reproductivos, ya que lograron instalar en la agenda pública el debate del aborto terapéutico, además de congregarse a otras actrices como feministas, académicas, prestadores de salud, militantes de partidos políticos, parlamentarios, entre otros, desarrollando campañas comunicacionales, acciones ciudadanas, foros, seminarios, levantamiento de casos, etc. Incluso denunciando el hecho ante la Comisión Interamericana de Derechos Humanos CIDH (81). Sin embargo, tomando en cuenta el rol del Estado como responsable de la Administración Pública y garante de derechos, cabe señalar que, en virtud de los resultados del presente estudio, las medidas resultan insuficientes desde el aparataje programático.

Respecto de la sensibilidad de género en los entornos para la salud, los cuales dicen relación con aumentar el ámbito de participación de la población y generar más oportunidades de intervención, en general, se observa que los

programas de salud sexual y reproductiva estudiados, mencionan estos entornos como un ente relevante para la promoción y prevención de salud, señalando la importancia de la comunidad, la escuela y los diferentes niveles de atención, pero salvo la situación de los establecimientos de salud, no los desagregan por sexos y, difícilmente, proponen intervenciones por género en ellos. En este aspecto, destaca el Programa de Salud de la Mujer, con la sensibilidad operativa más alta en cuanto a entorno que corresponde a la atención primaria, pero alcanza un nivel bajo, según el instrumento aplicado.

En relación a los temas de salud sexual y reproductiva masculina, éstos se encuentran desarrollados en forma escasa o inexistente como categoría propia, fuera de la morbilidad oncológica o la prevención de VIH-SIDA e ITS y destaca aún más que no estén formulados como un problema de salud sexual y reproductiva, lo cual fue descrito en el estudio de Obach et al. (82), que buscó describir las percepciones de los adolescentes y personal de atención de salud, las formas en que los adolescentes hombres se relacionan con la SSR, y que identificó una falta de perspectiva de masculinidades en la atención de SSR en adolescentes, espacio percibido por ellos como orientado para el género femenino, distante y al cual solo se debe acudir en caso de emergencia. Esto puede deberse a que el foco de las políticas de salud sexual y reproductiva está puesto en la salud reproductiva femenina, por llevar la carga reproductiva de la sociedad, siendo el varón abordado desde la perspectiva de la mujer en cuanto al rol pareja u acompañante de las mismas, como señala en su estudio Álvarez-Vásquez et al. (83).

El sistema de salud chileno ha priorizado la atención a la primera infancia, a través de programas de salud destinados a la niñez y la adolescencia y el Chile Crece Contigo; asimismo ha priorizado la salud de las mujeres como sujetos de la carga reproductiva en la pareja, pero para el grupo de hombres adultos (20 a 59 años) no hay una oferta específica respecto de la SSR. Si bien los Programas estudiados muestran problemas de salud sexual y reproductivos desagregados por sexos, no proponen intervenciones por género o para visibilizar las necesidades masculinas. Además, el hombre joven está descrito como un individuo más proclive

a las conductas de riesgo y que presentan menos conductas promotoras de su salud, como el autocuidado, lo cual también se observó en una revisión sistemática realizada por Ochoa-Marín et al. (84), la cual se refiere a la SSR de los hombres colombianos, señalando que luego de revisar 32 artículos respecto al tema, solo un 12,5% (4 artículos) rescatan la opinión masculina. Todos estos artículos consideraron como población diana a adolescentes hombres y adultos jóvenes, heterosexuales, y la temática más desarrollada fue su relación con las conductas de riesgo, consigo mismo y otros, en materia de SSR. Esta revisión sistemática señala, además, que no hay desarrollo de temáticas para hombres adultos mayores, y solo 1 de ellos abordó temáticas como la disfunción eréctil (84).

En su relación con los establecimientos de salud, como entornos para la salud, se observa que retrasan el momento de la atención oportuna, lo que implica que sus diagnósticos se realizan en fases más avanzadas de la enfermedad, con los costos que ello implica.

Finalmente, la incorporación de los grupos en exclusión social (también llamados grupos sometidos a especial vulneración) como paradigma de análisis no solo se hace cargo de la complejidad de las desigualdades sociales, sino que permite, además, dar cuenta de los modos en que se concibe la desigualdad en los documentos públicos que han sido formulados en momentos y contextos históricos y epistémicos distintos, así como las maneras en que se tratan las desigualdades desde las políticas de igualdad y cómo se perciben los sujetos y grupos sociales, que no son conjuntos homogéneos, sino que están siempre atravesados por distintas experiencias localizadas en que el género se intersecta con múltiples ejes de jerarquización social: condición socio-económica, etnia, diversidad, ruralidad, religiosidad, etc. Cuántas y cuáles intersecciones se visualicen o se ignoren expresa también los temas que constituyen la agenda pública y los posicionamientos políticos de gestores de políticas públicas (85)

7.- CONCLUSIONES

Los programas de salud sexual y reproductiva de Chile presentan alta sensibilidad simbólica en tanto que baja o nula sensibilidad operativa para la situación de salud y la intervención propuesta. En cuanto a objetivos de apoyo y entornos para la salud, es mayormente nula.

Programa de Salud Sexual y Reproductiva tiene alta sensibilidad simbólica, pero presenta el índice de sensibilidad operativa más baja de todos los programas estudiados. Resulta significativo que, dada la alta sensibilidad simbólica que presenta, el tema de la andrología y apartados para la salud de grupos en exclusión social, así como la interseccionalidad, aún no sean considerados relevantes para el diseño de políticas sanitarias.

En general, los programas presentan baja sensibilidad operativa, aun cuando arrojan un índice de sensibilidad simbólica media.

Destaca la escasa sensibilidad de género de los programas estudiados, sobre todo, en relación a los contenidos operativos. Además, la sensibilidad de género simbólica y operativa de los programas de salud no se corresponde entre sí.

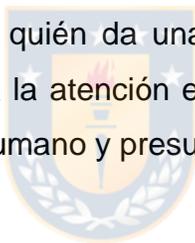
Predomina la línea de arrogar a la mujer la responsabilidad de la carga reproductiva, en línea con su capacidad de gestación y crianza, dejando fuera temáticas como interrupción voluntaria del embarazo, lo cual se ha resuelto mediante una ley.

Finalmente, este antagonismo entre sensibilidad simbólica y sensibilidad operativa, puede implicar una brecha en la implementación de estrategias efectivas para reducir las desigualdades de género; por lo que se evidencia que el análisis de género en las etapas de formulación de programas requiere ser reforzado y profundizado.

8.- LIMITACIONES

La diferencia de fechas de formulación de los programas que se propone analizar refleja una gran distancia en el desarrollo de teorías y marcos conceptuales disponibles en el momento de la formulación de cada programa. Así, por ejemplo, entre 1997, fecha del programa más antiguo, y los siguientes, han transcurrido 10 o 20 años, que necesariamente se expresan en el discurso, nociones utilizadas, lenguaje y referencias base. Esto podría limitar el alcance del instrumento propuesto en este estudio, pero es la primera aproximación en el país sobre la sensibilidad de género en las políticas públicas de salud sexual reproductiva.

Dentro de los objetivos de este estudio no se incluyó realizar un análisis del contexto socio-político-histórico en el que se diseñaron los programas y planes evaluados, en relación a los debates sobre igualdad de género, dado que el programa más antiguo (Programa salud de la Mujer de 1997) aún sigue vigente, 25 años después, y actualmente es quien da una sólida estructura a los espacios sanitarios, en tanto entornos para la atención en salud sexual y reproductiva, así como la distribución del recurso humano y presupuestario para ello.



9.- PROYECCIONES

Es importante reconocer que, debido a la poca actualización de los programas, se observan que varias intervenciones se describen mediante documentos anexos al mismo (ver Tabla 10, Anexo IV), lo cual torna complejo medir la sensibilidad total de todo el aparataje programático existente en el país para la resolución de problemas de salud sexual y reproductiva, para lo cual surge la necesidad de difundir los resultados de este estudio entre las autoridades que están actualmente a cargo del Ministerio de Salud a fin de que tengan material útil para incorporar en las propuestas que se están realizando a nivel de esa cartera. Para ello, una vez publicado el artículo derivado de esta tesis haremos entrega de un ejemplar a la Ministra de Salud y a sus subsecretarios.

El instrumento modificado en este estudio pudiera ser sujeto a un nuevo análisis en relación a abordaje conceptual reflejado en el lenguaje utilizado. Por ejemplo, en la explicación de sus conceptos fundamentales, el artículo de Peiró et. al. define y contrapone el sexo como un hecho y el género como un concepto (pág.37), lo que conduce al manejo de la relación sexo-género con lógicas binarias. Para ello, se diseñará un proyecto de investigación que incorpore especialistas en lenguaje con enfoque de género y personas expertas en conceptualización teórica feminista.

Por último, para el estudio de los grupos en exclusión social, formularemos el proyecto antes mencionados incorporando la interseccionalidad como marco de análisis, ya que podría permitir el análisis crítico de las conceptualizaciones liberales y eurocéntricas de género, actualizándolas y complejizándolas teóricamente, a la vez que sitúa geopolíticamente la relaciones de poder que implica y que se expresan incluso en la forma de construir conocimiento, incorporando interrogantes en torno a las desigualdades y discriminaciones múltiples, la representatividad y la caracterización de los grupos a las cuales van dirigidas las políticas.

10.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

(1) Sexualidad - Programa de Educación Sexual [Internet]. Uchile.cl. [Acceso junio de 2022]. Disponible en: <https://educacionsexual.uchile.cl/index.php/hablando-de-sexo/conceptos-de-genero-sexualidad-y-roles-de-genero/sexualidad>

(2) Género y salud [Internet]. Who.int. [Acceso junio de 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/gender>

(3) Ríos, MP. Los estereotipos de género como una vulneración a los derechos [Internet]. Uchile.cl. [Acceso junio de 2022]. Disponible en: <https://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/173045/Los-estereotipos-de-genero-como-una-vulneracion-a-los-derechos-fundamentales.pdf?sequence=1>

(4) Martínez de Pisón-Cavero J. Sexo, género y derechos: del "derecho a la orientación sexual y la identidad de género" al "derecho a la libre determinación del género". [Internet] Rev Derechos y Libertades. 2022;46(1):23-64. [Acceso junio 2022] Disponible en: <https://www.torrossa.com/en/resources/an/5133142>

(5) Gómez Suárez, A. Los sistemas sexo/género en distintas sociedades: modelos analógicos y digitales* Sex/Gender Systems in Different Societies: Analogical and Digital Models [Internet]. Cis.es. [Acceso junio 2022]. Disponible en: https://reis.cis.es/REIS/PDF/REIS_130_03b1331888735499.pdf

(6) Martínez, A. Los cuerpos del sistema sexo/género. Aportes teóricos de Judith Butler. Edu.ar. [Acceso junio 2022]. Disponible en: https://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/art_revistas/pr.5641/pr.5641.pdf

(7) Vergara, C. Miradas de los grupos LGBT en Chile para diseñar un programa de educación sexual a través de la red. Agosto 2018. Researchgate.net. [Acceso junio 2022]. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/332275467_Miradas_de_los_grupos_LGBT_en_

Chile_para_disenar_un_programa_de_educacion_sexual_a_traves_de_la_red_View_of_the_LGBT_groups_for_in_Chile_to_design_of_a_sexual_education_program_through_of_the_network

(8) Palma DM, Orcasita LT. Discursos de profesionales de la salud sobre la salud sexual de mujeres lesbianas y bisexuales. *Interface* [Internet]. 2019 [citado el 13 de junio de 2022];23:e170329. Disponible en: <https://www.scielo.org/article/icse/2019.v23/e170329/>

(9) Binetti MJ. Del género a los bio/cis/trans/tecno/post-géneros: el paradójico destino de una extrapolación sociologista. *Investig fem* [Internet]. 2021;12(1):191–201. [Acceso junio 2022] Disponible en: <http://salutsexual.sidastudi.org/resources/inmagic-img/DD79101.pdf>

(10) Fonseca Hernández C, Quintero Soto ML. La Teoría Queer: la de-construcción de las sexualidades periféricas. *Sociológica* [Internet]. 2009 [Acceso junio 2022] 24(69):43–60. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0187-01732009000100003

(11) De Oliveira-Liberato ES. Sex, gender & feminism: for a contemporary vindication of the rights of women. [Internet] *Rev Estud. Fem.* 2021;29(1) [Acceso junio 2022] Disponible en: <https://www.scielo.br/j/ref/a/L5k7tV3z5WyQjxtJzZsPQ3k/?lang=pt&format=html>

(12) Universidad de Concepción. Protocolo de actuación para la atención en justicia con enfoque de género y diversidad sexual. [En línea] 2020 [Acceso agosto 2022] Disponible en: https://protocolo.fondefgeneroudec.cl/wp-content/uploads/2020/09/ProtocoloFONDEF_UdeC_Digital_Final.pdf

(13) Ferrer Lues M. Equidad y Justicia en Salud: Implicaciones para la Bioética. *Acta Bioeth* [Internet]. 2003 [Acceso junio 2022];9(1):113–26. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569X2003000100011

(14) Williams G. Doctrina y jurisprudencia del Tribunal Constitucional sobre igualdad ante la ley. Discusión del Proyecto de Ley de los boletines números 10924-11 y 9906-11. [Internet] Biblioteca del Congreso Nacional de Chile, SSPA4.163 [Acceso junio 2022].

Disponible en:
https://obtienearchivo.bcn.cl/obtienearchivo?id=repositorio/10221/23873/2/BCN_igualdad%20ante%20la%20ley_TC%20_3.pdf

(15) Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. Historia de la Ley nro. 19611: Reforma de la Constitución Política de la República, estableciendo la igualdad de oportunidades para mujeres y hombres. [Internet] Biblioteca Congreso Nacional [Acceso junio 2022]. Disponible en:

https://obtienearchivo.bcn.cl/obtienearchivo?id=recursoslegales/10221.3/64440/1/HL_19611.pdf

(16) Constitución Política de la República de Chile. 1980. [Internet] Chile. [Acceso junio 2022]. Disponible en: https://www.oas.org/dil/esp/constitucion_chile.pdf

(17) Consolidado Normas Aprobadas para la propuesta constitucional por el pleno de la convención. [Internet] Chile. 2022. [Acceso junio 2022] Disponible en: <https://www.chileconvencion.cl/wp-content/uploads/2022/05/PROPUESTA-DE-BORRADOR-CONSTITUCIONAL-14.05.22.pdf>

(18) Serrano E. La teoría aristotélica de la justicia. [Internet]. Isonomía. 2005 [Acceso junio 2022];(22):123–60. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-02182005000100006

(19) CIPER Chile. Igualdad y no discriminación [Internet]. Fundación CIPER; 2022 [Acceso junio 2022]. Disponible en: <https://www.ciperchile.cl/2022/05/29/5-igualdad-y-no-discriminacion/>

(20) ONU Mujeres. La hora de la igualdad sustantiva: participación política de las mujeres en América Latina y el Caribe hispano.[Internet] ONU Mujeres México. 2015. [Acceso junio 2022]. Disponible en: https://oig.cepal.org/sites/default/files/la_hora_de_la_igualdad_sustantiva_180915_2.compressed.pdf

(21) Corporación Humanas. Nueva constitución y derechos sexuales y reproductivos. [Internet] Humanas.cl [Acceso junio 2022] Disponible en: <https://www.humanas.cl/wp-content/uploads/2016/08/Booklet-NC-DDSSRR.pdf>

(22) Human rights and civic space in the Un system supporting women human rights defenders [Internet]. Ohchr.org. [Acceso junio 2022]. Disponible en: https://www.ohchr.org/sites/default/files/Supporting_WHRDs_UN_System.pdf

(23) Franco-Giraldo A, Álvarez-Dardet C. Derechos humanos, una oportunidad para las políticas públicas en salud. [Internet] Gac Sanit. 2008;22(3):280-86 [Acceso junio 2022]. Disponible en: https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/gsv/22n3/politicas.pdf

(24) Derechos sexuales y reproductivos en la nueva constitución [Internet]. Humanas.cl. [Acceso junio 2022]. Disponible en: https://www.humanas.cl/wp-content/uploads/2021/07/Cartilla-DDSSRR_digital.pdf

(25) Fundación PRODEMU. Derechos sexuales y Reproductivos: Nuestro cuerpo un territorio de derechos [Internet]. [Acceso junio 2022]. Disponible en: <http://archivospresidenciales.archivonacional.cl/uploads/r/archivo-presidencia-de-la-republica/a/5/5/a558610ce39ece68be4cf8e347a35ad3cda288153f0b0c3526f1863845cf63eb/04.pdf>

(26) FLACSO Chile. ¿Qué es la salud y los derechos sexuales y reproductivos? [Internet]. Icmcer.org. Boletín Informativo programa género y equidad. Chile (2);01-02. [Acceso junio 2022]. Disponible en: https://icmcer.org/wp-content/uploads/2019/proyecto_ley_marco_salud_y_dsr.pdf

(27) FLACSO Chile, UNFPA. Acuerdos y Convenciones suscritos por Chile en Materia de Salud Sexual y Reproductiva [Internet]. Flacsochile.org. Boletín informativo programa género y equidad, 2009. (2);1-2. [Acceso junio 2022]. Disponible en:

<https://www.flacsochile.org/wp-content/uploads/2015/05/Acuerdos-y-Convenciones-suscritos-por-Chile-en-Materia-de-Salud-SDexual-y-Reproductiva.pdf>

(28) López-Hernández H, Pérez-Ceballos A. Derechos sexuales y reproductivos. [Internet] Academiajudicial.cl. Serie documentos materiales docentes. Santiago, 2020 (3). [Acceso junio 2022]. Disponible en: [https://intranet.academiajudicial.cl/Imagenes/Temp/01_Derechos%20sexuales_SIN%20ISBN_Pub3%20\(1\).pdf](https://intranet.academiajudicial.cl/Imagenes/Temp/01_Derechos%20sexuales_SIN%20ISBN_Pub3%20(1).pdf)

(29) Asamblea General NU. Buenas prácticas y retos para lograr el respeto, la protección y la efectividad de todos los derechos humanos en la eliminación de la mortalidad y la morbilidad prevenibles asociadas a la maternidad. [Internet] 2020. Documents-dds-ny.un.org. [Acceso junio 2022]. Disponible en: <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G20/179/35/PDF/G2017935.pdf?OpenElement>

(30) Proyecto de Ley Num. 5933-11 de C. Diputados. Establece ley marco sobre salud y derechos sexuales reproductivos. [Internet]. [Acceso junio 2022]. Disponible en: <https://vlex.cl/vid/establece-ley-marco-salud-556780922>

(31) Ley núm. 21.155, que establece medidas de protección a la lactancia materna y su ejercicio. [Internet] Ministerio de la Mujer y la Equidad de Género. Santiago, 2019. [Acceso junio 2022] Disponible en: <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1131064>

(32) Ley núm. 21.129, que Modifica diversos cuerpos legales, a fin de establecer fuero maternal a las funcionarias de las fuerzas armadas, de orden y seguridad pública en las condiciones que indica. [Internet] Ministerio de la Mujer y la Equidad de Género. Santiago, 2019. [Acceso junio 2022] Disponible en: <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1127945&idParte=9989885&idVersion=2019-01-17>

(33) Ley núm. 20.005, que tipifica y sanciona el acoso sexual. [Internet] Ministerio del Trabajo y Previsión Social; subsecretaría del trabajo. Santiago, 2005. [Acceso junio 2022] Disponible en: <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=236425>

(34) Ley núm. 21.212, que modifica el código penal, el código procesal penal y la ley núm. 18.216 en materia de tipificación del femicidio. [Internet] Ministerio de Justicia y Derechos Humanos. Santiago, 2020. [Acceso junio 2022] Disponible en: <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1143040>

(35) Ley núm. 20.609, que establece medidas contra la discriminación. [Internet] Ministerio Secretaría General de Gobierno. Santiago, 2012. [Acceso junio 2022] Disponible en: <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1042092>

(36) Ley núm. 21.030, que regula la despenalización de la interrupción voluntaria del embarazo en tres causales. [Internet] Ministerio de Salud. Santiago, 2017. [Acceso junio 2022] Disponible en: <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1108237>

(37) Ley núm. 20.418, que fija normas sobre información, orientación y prestaciones en materia de regulación de la fertilidad. [Internet] Ministerio de Salud. Santiago, 2010. [Acceso junio 2022] Disponible en: <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1010482>

(38) Ley núm. 20.545, que modifica las normas sobre protección a la maternidad e incorpora el permiso postnatal parental. [Internet] Ministerio del trabajo y previsión social. Santiago, 2011. [Acceso junio 2022] Disponible en: <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1030936>

(39) Ley núm. 21.371, que establece medidas especiales en caso de muerte gestacional o perinatal. [Internet] Ministerio de Salud. Santiago, 2021. [Acceso junio 2022] Disponible en: <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1165684>

(40) Casas-Becerra L., Vivaldi-Maccho L. Una propuesta de Constitución desde los derechos humanos [Internet] [Acceso junio 2022]. Disponible en: https://derechoshumanos.udp.cl/cms/wp-content/uploads/2021/07/Contexto_CDH-minuta_derechossexualesreproductivos.pdf

(41) Orellana A. [Twitter] marzo 2022 [Acceso junio 2022]. Disponible en: https://twitter.com/totiorellanag/status/1503876092054183940?ref_src=twsrc%5Etfw

(42) Herrero Jaén S. Formalización del concepto de salud a través de la lógica: impacto del lenguaje formal en las ciencias de la salud. [Internet] Ene. 2016 [Acceso junio 2022];10(2). Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2016000200006

(43) Allard-Soto R, Hennig-Leal M, Galdamez-Zelada L. El derecho a la salud y su (des)protección en el estado subsidiario. [Internet]. 2016. Estudios Constitucionales, año 14 (1); 95-138. [Acceso junio 2022]. Disponible en: <https://www.scielo.cl/pdf/estconst/v14n1/art04.pdf>

(44) Pollack M. Equidad de género en el sistema de salud chileno. [Internet] 2002. Serie Financiamiento del desarrollo (123) [Acceso junio 2022]. Disponible en: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/5103/S029691_es.pdf?sequence=1&isAllowed=y

(45) Uchile Constituyente. Nueva Constitución y derecho a la salud: precisemos la discusión [Internet]. UCHILE Constituyente. 2022 [Acceso junio 2022]. Disponible en: <https://constituyente.uchile.cl/clavesconstituyentes/nueva-constitucion-y-derecho-a-la-salud-precisemos-la-discusion/>

(46) Género y salud [Internet] [Acceso junio 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/gender>

(47) Celik H, Lagro-Janssen T, Widdershoven G, Abma T. Bringing gender sensitivity into healthcare practice: a systematic review. Patient Education and Counseling [Internet]. Agosto 2011 [Acceso junio 2022]; 84(2):143-149. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0738399110004179>

(48) Peiró R, Nieves R, Álvarez C, Concha C, Moya C, Carme B, et al. Sensibilidad de género en la formulación de planes de salud en España: lo que pudo ser y no fue. Gaceta Sanitaria 2004 [Acceso junio 2022]; (18): 36-46. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112004000500006

(49) Rohlf s I, Borrell C, Fonseca M do C. Género, desigualdades y salud pública: conocimientos y desconocimientos. Gac Sanit España 2000; 14(supl. 3):60-71 [En línea] [Acceso junio 2022] Disponible en: <http://www.gacetasanitaria.org/es/genero-desigualdades-salud-publica-conocimientos/articulo/X0213911100956185/>

(50) Çelik H. General chapter. In: Gender sensitivity in health care practices: From awareness to action. Única edición. Maastricht. Universitaire pers Maastricht; 2009. p. 10-13 [En línea] [Acceso junio 2022] Disponible en: <http://digitalarchive.maastrichtuniversity.nl/fedora/get/guid:9bb3d4f0-1d5a-4a7e-ad3a-0aa02fb96697/ASSET19>

(51) Gambará H, Vargas E, del Río A. Medición del grado de sensibilidad frente al enfoque basado en derechos humanos y la perspectiva de género en intervenciones psicosociales. Psychosocial Intervention, Madrid 2012. 21(1):3-15 [En línea] [Acceso junio 2022] Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-05592012000100001

(52) Segredo-Pérez A, Díaz-Bernal Z, López-Puig P, Gómez de Haz H. Sensibilidad de género en el análisis de la situación de salud del modelo cubano de medicina familiar. Rev Cubana de Salud Pública [Internet]. 2015; 41(2): 268-289. [Acceso junio 2022] Disponible en: <https://www.scielosp.org/article/rcsp/2015.v41n2/268-289/>

(53) Mesa Oliveros OL, Murillo LD, Osorio Henao F. Atención Primaria en Salud, un análisis desde los determinantes sociales de la salud. Rev Salud Pública (Bogotá) [Internet]. 2021;23(4):1–2. [Acceso junio 2022] Disponible en: <http://dx.doi.org/10.15446/rsap.v23n4.92211>

(54) Hernández-Álvarez M. El concepto de equidad y el debate sobre lo justo en salud. Rev. salud pública (Bogotá) [Internet]. 2008 [Acceso junio 2022];10(1):72-82. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569X2003000100011

(55) Organización Mundial de la Salud. Subsana r las desigualdades en una generación ¿Cómo? Who.it [en línea] [Acceso junio 2022] Disponible en:

http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/closethegap_how/es/index3.html

(56) Organización Mundial de la Salud. Salud reproductiva: Proyecto de estrategia para acelerar el avance hacia el logro de los objetivos y metas internacionales de desarrollo.[Internet] [Acceso junio 2022]. Disponible en: https://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/EB113/seb11315a1.pdf

(57) Carta de Ottawa [Editorial]. Salud Publica Educ Salud 2001; (1):19-22 [En línea] [Acceso junio 2022] Disponible en: <https://mpsp.webs.uvigo.es/rev01-1/Ottawa-01-1.pdf>

(58) Vidal D, Chamblas I, Zavala M, Müller Ralph, Rodríguez M C, Chávez A. Determinantes sociales en salud y estilos de vida en población adulta de Concepción, Chile. Cien enferm, Concepción, Chile 2014; 20(1) 61-74 [En línea] [Acceso junio 2022] Disponible en:http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532014000100006

(59) Dides C, Fernández C. Salud Sexual Salud Reproductiva y Derechos Humanos en Chile [Internet]. Corporación Miles. Chile. 2016 [Acceso junio 2022]. Disponible en: <http://mileschile.cl/cms/wp-content/uploads/2019/01/Primer-Informe-de-SSR-y-DDHH-2016.pdf>

(60) Instituto chileno de medicina reproductiva. Marco conceptual para políticas y programas de salud sexual y reproductiva. ICMER. [en línea] [acceso en junio 2022] Disponible en: http://www.icmer.org/documentos/salud_y_derechos_sex_y_rep/marco_conceptual_politic_%20progr_ssr.pdf

(61) Osorio C, Vergara JM. Políticas Públicas. In: Gutiérrez A. Manual de administración pública. 1º edición. Santiago de Chile. RiL Editores; 2016. p. 355-381.

(62) Leiva G. Mortalidad materna: ¿Cómo andamos por casa? udesantiagoaldia.cl, Santiago 2013. [En línea] [Acceso junio 2022] Disponible en:

<http://www.udesantiagoaldia.usach.cl/content/mortalidad-materna-como-andamos-por-casa>

(63) Mascareño C. Aborto es la tercera causa de mortalidad materna en Chile según el Ministerio de Salud. T13.cl 2014. [En línea] [Acceso junio 2022] Disponible en: <http://www.t13.cl/noticia/actualidad/aborto-es-la-tercera-causa-de-mortalidad-materna-en-chile-segun-el-ministerio-de-salud>

(64) Schutter M. El debate en América Latina sobre la participación de los hombres en programas de salud reproductiva.[Internet] Rev Panam Salud Publica, 2000;7(6):418-424. [Acceso en junio 2022] Disponible en: <https://www.scielosp.org/article/rpsp/2000.v7n6/418-424/es/>

(65) Servicio Nacional de la Mujer. Plan de igualdad de oportunidades entre hombres y mujeres 2011-2020: Hacia un Chile justo y corresponsable. Servicio Nacional de la Mujer, Santiago de Chile. [En línea] [Acceso en junio 2022] Disponible en: http://www.conaf.cl/wp-content/files_mf/1437573458PlanIgualdaddeOportunidades20112020.pdf

(66) Grabman G, Friedman S, et al. Igualdad de género en materia de salud: mayor igualdad y eficiencia en el logro de la salud para todos. Pan American Health Organization. 2010. [en línea][Acceso junio 2022] Disponible en: <http://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/gender-equality-in-health-sp.pdf>

(67) Salas-Zapata W, Ríos-Osorio L, Gómez-Arias RB, Álvarez-Del Castillo X. Paradigmas en el análisis de políticas públicas de salud: limitaciones y desafíos. [Internet] Rev Panam Salud Publica. 2012;32(1):77-81. [Acceso junio 2022] Disponible en: <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v32n1/v32n1a12.pdf>

(68) Osorio C, Vergara JM. Políticas Públicas. In: Cienfuegos I, Penaglia F. Manual de administración pública. 1° edición. Santiago de Chile. RiL Editores; 2016. p. 137-162

(69) Kauffer E. Las políticas públicas: algunos apuntes generales. Rev Ecosur [Internet] [Acceso junio 2022] Disponible en: <http://revistas.ecosur.mx/filesco/273.pdf>

(70) Leal G, Llaulen G: Políticas públicas en la protección de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres [Tesis de pregrado]. Santiago: Escuela de Gobierno y Gestión Pública, Universidad de Humanismo Cristiano; 2013. [En línea] [Acceso junio 2022]. Disponible en: <http://bibliotecadigital.academia.cl/bitstream/handle/123456789/1264/tadpu%20190.pdf;jsessionid=B6D502D873BE8C665C2FC5AC8290B59A?sequence=1>

(71) Arbona G. Métodos para la formulación de planes nacionales de salud pública. [Internet]. Boletín oficina sanitaria panamericana. 1957 [Acceso junio 2022].p 6-15. Disponible en: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/14963/v42n1p6.pdf?sequence=1&isAllowed=yhttps://definicion.mx/plan-salud/>

(72) Martínez Y, Díaz Z. Evaluación sensible al género para la gestión de sistemas y servicios de salud. [Internet] Rev Chil Salud Pública 2017; Vol 21(2):160-168. [Acceso junio 2022]. Disponible en: <https://rchd.uchile.cl/index.php/RCSP/article/download/48916/51400/>

(73) Rodríguez A. Las políticas sensibles al género: variedades conceptuales y desafíos de intervención. RepHipUNR Universidad Nacional de Rosario, 2008;16:109-129 [En línea][Acceso junio 2022] Disponible en: <http://rehip.unr.edu.ar/handle/2133/1546>

(74) Espinosa-Fajardo J. La evaluación sensible al género: Una herramienta para mejorar la calidad de la ayuda. XIV Encuentro de latinoamericanistas españoles: congreso internacional [Internet]. Sep 2010 [Acceso junio 2022] pp. 2687-2705. Disponible en: <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00532615/document>

(75) Borrell C, Rodríguez-Sanz M, Pérez G, García-Altes A. Las desigualdades sociales en salud en el Estado español.[Internet] Aten Primaria, España 2008;40:59-60. [Acceso junio 2022] Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-las-desigualdades-sociales-salud-el-13116147>

(76) Briones-Vozmediano E, Vives-Cases Carmen, Peiró-Pérez R. Gender sensitivity in national health plans in Latin America and the European Union. [Internet] Health Policy,

2012;106:89-96. [Acceso junio 2022] Disponible en:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22465154/>

(77) Al-Domi, H. Addressing the Levels of Knowledge and Awareness on Human Rights and the Right to Food in a Group of Students at the University of Jordan. [Internet] Pakistan Journal of Nutrition. 2011; 10: 609-617. [Acceso junio 2022] Disponible en:
https://www.researchgate.net/publication/231556574_Addressing_the_Levels_of_Knowledge_and_Awareness_on_Human_Rights_and_the_Right_to_Food_in_a_Group_of_Students_at_the_University_of_Jordan

(78) Organización mundial de la salud. 35° asamblea mundial de la salud: Estrategia de salud para todos en el año 2000: plan de acción para aplicar la estrategia. Biblioteca de la organización mundial de la salud, 1982. [en línea] [Acceso junio 2022] Disponible en:
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/197241/1/WHA35_3_spa.pdf

(79) Ministerio de Salud de Chile. Los objetivos sanitarios para la década 2000-2010. MINSAL, Santiago 2000. [En línea] [Acceso junio 2022] Disponible en:
https://www.healthresearchweb.org/files/Políticas_Nacionales_Salud-Chile_2000-2010.pdf

(80) Martínez-Boloña Y, Díaz-Bernal Z. Sensibilidad de género y programas de salud sexual. Convención Internacional de Salud, Cuba Salud 2018. [Internet] [Acceso en agosto 2022] Disponible en:
<http://www.convencionsalud2018.sld.cu/index.php/convencionsalud/2018/paper/viewFile/296/627>

(81) Dides-Castillo C, Fernández C. Aborto en Chile: avances en derechos humanos. [Internet] Rev Bio y Der. 2018; 43:61-76 [Acceso en agosto 2022] Disponible en:
https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1886-58872018000200006

(82) Obach A, Sadler M, Aguayo F, Bernales M. Salud sexual y reproductiva de hombres jóvenes en Chile: resultados de un estudio cualitativo. [Internet] Rev Panam Salud Publica. 2018; 42:124. [Acceso agosto 2022] Disponible en:
<https://scielosp.org/pdf/rpsp/2018.v42/e124/es>

(83) Álvarez-Vásquez L, Calero-Ricardo JL, León-Díaz E. Salud sexual y reproductiva desde el punto de vista del varón. [Internet] Rev Cubana Salud Pública 2006;32(1) [Acceso en agosto 2022] Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v32n1/spu04106.pdf>

(84) Ochoa-Marín S, Vásquez-Salazar E. Salud sexual y reproductiva en hombres. [Internet] Rev Salud Pública 2012; 14(1):15-27. [Acceso agosto 2022] Disponible en: <https://www.scielosp.org/pdf/rsap/v14n1/v14n1a02.pdf>

(85) Jiménez-Rodrigo ML, Posibilidades de la investigación documental para el análisis interseccional de las políticas de igualdad. [Internet] Rev Investig Fem, 2020; 11(2): 319-331. [Acceso en agosto 2022] Disponible en: <https://revistas.ucm.es/index.php/INFE/article/view/66080/4564456553976>



11.- ANEXOS

Anexo I. DOCUMENTO SOLICITUD DE PARTICIPACIÓN A EXPERTAS

INFORMACIÓN PARA CONSULTAS DE EXPERTAS

Título del estudio: Sensibilidad de género en programas de salud sexual y reproductiva chilenas vigentes al año 2020.

Investigadoras:

Francisca Andrea Solar Bustos (franciscasolar@udec.cl). Alumna de Magister en Salud Sexual y Reproductiva. Departamento de Obstetricia y Puericultura. Facultad de Medicina. Universidad de Concepción. Teléfonos: +56 9 8541 7163.

Tutora académica: Dra. Mercedes Carrasco Portiño (mecarrasco@udec.cl). Profesora asociada del Dpto. de Obstetricia y Puericultura. Facultad de Medicina. Universidad de Concepción.

Invitación a Participar: Estimada Dra. Erica Briones Vozmediano, le invitamos a participar como experta en el estudio "Sensibilidad de género en los programas de salud sexual y reproductiva chilenos vigentes al año 2020", cuyo objetivo es determinar el grado de sensibilidad de género de los programas de salud sexual y reproductiva vigentes en Chile en el año 2019. Se trata de un estudio de tipo mixto, que será aplicado a los siguientes programas: 1. *Programas de la Mujer*, 2. *Programa VIH-SIDA*, 3. *Programa integral adolescentes y jóvenes*, 4. *Programa de Prevención en Violencia contra las Mujeres* y 5. *Programa de Apoyo al Recién Nacido*.

Procedimientos: La investigadora responsable le hará entrega, vía email, de un documento explicativo que incluye el instrumento a aplicar a los programas, que usted deberá revisar si está de acuerdo o no con los enunciados propuestos. Si acepta participar, la revisión del instrumento y las modificaciones que estime pertinentes realizar, serán incluidas en el estudio. El instrumento constará de un formulario de preguntas relacionadas con los objetivos de investigación, con preguntas cerradas y de "sí" o "no", que requiere aprox. 25 minutos para su análisis.

Costos/compensación: Este proyecto no tiene recursos asociados, ya que es parte de una tesis para la obtención del grado de magister de la investigadora principal, por tanto no considera una bonificación monetaria por su participación.

Confidencialidad: Toda la información derivada de su participación en este estudio será conservada en forma estrictamente confidencial. Usted podrá ejercer su derecho a acceso, oposición, cancelación y rectificación de las respuestas si usted lo solicita. No se revelará su identidad si se publican los resultados del estudio. En caso que decida retirar su participación, la información generada hasta ese momento podrá ser utilizada para los fines y objetivos del estudio, no generándose información adicional.

Acceso a los resultados o nueva información: La información que se genere de este estudio estará disponible para usted, podrá acceder a ella contactándose al correo franciscasolar@udec.cl y teléfono de contacto +56 9 8541 7163.

Voluntariedad: Su participación en esta investigación es totalmente voluntaria y se puede retirar en cualquier momento, sin dar explicaciones del caso.

Contacto: La investigadora y Tutora del equipo responderán cualquier pregunta que usted desee realizar respecto de este estudio. Para ello usted puede contactarse al número de teléfono señalado en la página número uno de este formulario de solicitud de participación.

Sin otro participar se despide atentamente de usted,



Francisca Solar Bustos
RUT 17.348.815-8
Investigadora Responsable



Mercedes Carrasco Portiño
RUT 13.109.756-5
Tutora académica

Anexo II. CUESTIONARIO EN CONSULTA A EXPERTAS

CUESTIONARIO DE SENSIBILIDAD DE GÉNERO

En esta sección se incluyen características generales del plan o programa analizado y las circunstancias de su elaboración o puesta en marcha en nuestro país.

I. ANTECEDENTES

Consignar el nombre completo del programa de salud sexual y reproductiva analizado, el tipo de documento público que lo sustenta (ley, política), fecha de su formulación, puesta en marcha (fecha en la cual entró en vigor y causó efecto público) y los años de vigencia del programa. Qué presidente/a se encontraba en funciones al momento de su formulación e implementación además de consignar la coalición política que representaba (Concertación, Nueva Mayoría o Alianza por la democracia), ya que esto puede influir en la formulación o en la implementación de alguna Ley en particular, o la puesta en marcha de programas sobre algún ámbito de la salud sexual o salud reproductiva.

IDENTIFICACIÓN DEL PROGRAMA		EXPERTA ¿Está de acuerdo con el enunciado? ¿Propone modificaciones?
Nombre del programa		
Documento público sustentante*		
Año de formulación del programa		
Año de puesta en marcha		
Cantidad de años de vigencia del programa		
Presidente/a de la República en funciones en su formulación, implementación		
*Ley o Plan o Tratado internacional		

A continuación se desglosará la estructura del cuestionario propuesto por Peiró et al para evaluar la sensibilidad de género de planes o programas⁴.

II. CONTENIDOS SIMBOLICOS

Corresponden a la declaración de intenciones del programa y objetivos generales; los cuales se encuentran en la introducción de cada tema.

Marque con un ✓ cuando corresponda.

	Enunciado	Sí	No	EXPERTA ¿Está de acuerdo con el enunciado? ¿Propone modificaciones?
1	¿Están descritas las determinantes sociales comparadas con los problemas desagregados por sexo?			
2	¿Es un eje, principio o valor reducir las desigualdades, específicamente las de género?			
3	¿Es un objetivo general la reducción de las desigualdades, específicamente las de género?			
	TOTAL			

⁴ Peiró R. Nieves R. Álvarez C. Concha C. Moya C. Carme B. et al. Sensibilidad de género en la formulación de planes de salud en España: lo que pudo ser y no fue. Gaceta Sanitaria Barcelona mayo 2004. (18) 36-46 [en línea] [acceso 14.11.15] disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/gsv/v18s2/revision4.pdf>

III. CONTENIDOS OPERATIVOS

Corresponden a las intervenciones u objetivos operativos que serán aplicados en la población. Contestar en la medida que el documento en estudio contenga los apartados mencionados.

Marque con un ✓ cuando corresponda.

a) Problemas de salud priorizados

Descripción de salud		¿Está de acuerdo con el enunciado? ¿Propone modificaciones?	
Enunciado		Sí	No
1	¿Se describe la situación de salud desagregada por sexo?		
En la Intervención			
Enunciado		Sí	No
1	¿Se describe en los objetivos específicos intervenciones para reducir la desigualdad de género?		
2	¿Se proponen intervenciones para la reducción de la desigualdad de género?		
3	¿Se proponen objetivos específicos y/o intervenciones para los grupos de exclusión social?		

b) Entornos para la salud:

Descripción de salud				
Enunciado		Sí	No	¿Está de acuerdo con el enunciado? ¿Propone modificaciones?
1	¿Se describe la situación de salud desagregada por sexo?			
En la Intervención				¿Está de acuerdo con el enunciado? ¿Propone modificaciones?
Enunciado		Sí	No	
1	¿Se describe en los objetivos específicos intervenciones para reducir la desigualdad de género?			
2	¿Se proponen intervenciones para la reducción de la desigualdad de género?			
3	¿Se proponen objetivos específicos y/o intervenciones para los grupos de exclusión social?			

c) Objetivos de apoyo al programa:

Descripción de salud				
Enunciado		Sí	No	¿Está de acuerdo con el enunciado? ¿Propone modificaciones?
1	¿Se describe la situación de salud desagregada por sexo?			
En la Intervención				
Enunciado		Sí	No	¿Está de acuerdo con el enunciado? ¿Propone modificaciones?
1	¿Se describe en los objetivos específicos intervenciones para reducir la desigualdad de género?			
2	¿Se proponen intervenciones para la reducción de la desigualdad de género?			
3	¿Se proponen objetivos específicos y/o intervenciones para los grupos de exclusión social?			

d) Capítulos específicos:

Enunciado	Sí	No	¿Está de acuerdo con el enunciado? ¿Propone modificaciones?
1 ¿Incluye un apartado sobre salud de las mujeres en la población general?			
2 ¿Incluye un apartado sobre salud de los hombres en la población general?			
3 ¿Incluye un apartado de población excluida con objetivos y líneas de actuación?			
TOTAL			



ANEXO III. CUESTIONARIO DE SENSIBILIDAD DE GENERO (BASADO EN INSTRUMENTO DE PEIRÓ ET AL.)

I. ANTECEDENTES

Consignar el nombre completo del programa de salud sexual y reproductiva analizado, el tipo de documento público que lo sustenta (ley, política), fecha de su formulación, puesta en marcha (fecha en la cual entró en vigor y causó efecto público) y los años de vigencia del programa. Qué presidente/a se encontraba en funciones al momento de su formulación e implementación además de consignar la coalición política que representaba (Concertación, Nueva Mayoría o Alianza por la democracia), ya que esto puede influir en la formulación o en la implementación de alguna Ley en particular, o la puesta en marcha de programas sobre algún ámbito de la salud sexual o salud reproductiva.

IDENTIFICACIÓN DEL PROGRAMA	
Nombre del Programa, plan o estrategia.	
Documento público sustentante (si no hay uno, señalar como "no indicado")	
Año de formulación del programa	
Año de puesta en marcha	
Cantidad de años de vigencia del programa	

II. CONTENIDOS SIMBOLICOS

Corresponden a la declaración de intenciones del programa y objetivos generales; los cuales se encuentran en la introducción de cada tema. En caso de

Marque con un ✓ cuando corresponda.

	Enunciado	Sí	No
1	¿Están descritas las determinantes sociales comparadas con los problemas desagregados por sexo?		
2	¿Es un eje, principio o valor reducir las desigualdades, específicamente las de género?		
3	¿Es un objetivo general la reducción de las desigualdades, específicamente las de género?		
	TOTAL		



III. CONTENIDOS OPERATIVOS

Corresponden a las intervenciones u objetivos operativos que serán aplicados en la población. Contestar en la medida que el documento en estudio contenga los apartados mencionados.

Marque con un ✓ cuando corresponda.

e) Problemas de salud priorizados

Descripción de salud			
Enunciado		Sí	No
1	¿Se describe la situación de salud diferenciados por sexo?		
En la Intervención			
Enunciado		Sí	No
1	¿Se describe en los objetivos específicos intervenciones para reducir la desigualdad de género?		
2	¿Se proponen intervenciones para la reducción de la desigualdad de género?		
3	¿Se proponen objetivos específicos y/o intervenciones para los grupos de exclusión social?		
TOTAL			

f) Entornos para la salud:

Descripción de salud			
Enunciado		Sí	No
1	¿Se describe la situación de salud diferenciada por sexo?		
En la Intervención			
Enunciado		Sí	No
1	¿Se describe en los objetivos específicos intervenciones para reducir la desigualdad de género?		
2	¿Se proponen intervenciones para la reducción de las desigualdades de género?		
3	¿Se proponen objetivos específicos y/o intervenciones para los grupos en exclusión social?		
TOTAL			



g) Objetivos de apoyo al plan, programa o ley:

Descripción de salud			
Enunciado		Sí	No
1	¿Se describe la situación de salud desagregada por sexo?		
En la Intervención			
Enunciado		Sí	No
1	¿Se describe en los objetivos específicos intervenciones para reducir la desigualdad de género?		
2	¿Se proponen intervenciones para la reducción de la desigualdad de género?		
3	¿Se proponen objetivos específicos y/o intervenciones para los grupos de exclusión social?		
TOTAL			

h) Capítulos específicos:

	Enunciado	Sí	No
1	¿Incluye un apartado sobre salud de las mujeres en la población general?		
2	¿Incluye un apartado sobre salud de los hombres en la población general?		
3	¿Incluye un apartado de población excluida con objetivos y líneas de actuación?		
	TOTAL		



ANEXO IV.

Tabla 10. Programas de salud sexual y reproductiva chilenos vigentes con sus respectivos protocolos de apoyo a los objetivos.

Programa	AÑO	PROTOCOLO O GUÍA DE APOYO A LOS OBJETIVOS	AÑO	CIRCULARES, NORMAS	AÑO	ESTUDIOS	AÑO
Programa Nacional de Salud de la Mujer	1997	Vía clínica para la adecuación corporal de personas con incongruencia entre sexo físico e identidad de género (2010)	2010	Circular N°4 – Intuye sobre derivación desde APS por tamizaje auditivo universal a recién nacido	2021	Situación Actual de la Salud del Hombre en Chile – 2011	2011
		Programa evaluación servicios obstetricia, ginecología y neonatología	2013	Circular B21/N°2 Instruye implementar tamizaje de hepatitis B en la embarazada en el primer control prenatal.	2021		
		Protocolo entrega Anticoncepción de Emergencia	2021	Circular N° 2, Que instruye sobre directrices para la constitución de las causales contempladas en la ley 21.030	2019		
		Orientaciones Técnicas de Acogida y Acompañamiento Psicosocial en el Marco de la Ley 21.030, que despenaliza la Interrupción Voluntaria del Embarazo en Tres Causales	2018	Circular N° 7, del 23 de agosto 2016 Complementa circular N° 18 Instruye sobre ciertos aspectos de la atención de salud a niños y niñas intersex	2016		
		Guía perinatal	2015	Circular N° 18, del 22 de dic 2015 Instruye sobre ciertos aspectos de la atención de salud a niños y niñas intersex	2015		
		Guía para el estudio y tratamiento de la infertilidad	2015	Circular N° 34 (2013) – Obligatoriedad de la entrega de anticonceptivos de emergencia (PAE)	2013		
		Orientación técnica para la atención integral de la mujer en edad de climaterio en APS	2014	Circular N° 21 – Reitera Atención de personas trans. En la red asistencial	2012		
		Manual de procedimientos para la atención del recién nacido en el periodo inmediato y puerperio en servicios de obstetricia y ginecología	2013	Circular N° 34 – Atención de personas trans.	2011		
		Manual de atención personalizada en el proceso reproductivo	2008	Norma Técnica y Administrativa para el Monitoreo y Vigilancia de la Indicación de Cesárea	2021		
				Norma técnica acompañamiento y atención integral a la mujer que se encuentra en alguna de las tres causales que regula la Ley 21.030	2018		
				Normas Nacionales de regulación de la fertilidad	2018		
				Norma técnica N°189 para la entrega de la placenta	2017		
				Norma general técnica para la atención integral del recién nacido en la unidad de puerperio en servicios de Obstetricia y Ginecología	2017		
				Norma general técnica para la atención de víctimas de violencia sexual	2016		
			Norma general técnica para la atención integral del puerperio	2015			

Programa Nacional de Salud Adolescentes y Jóvenes: nivel especializado de atención abierta y cerrada	2018	Orientaciones técnicas para la detección, intervención motivacional y referencia a tratamiento para el Consumo de alcohol y otras drogas en adolescentes – año 2015	2015	Instructivo para completar Historia Clínica del Adolescente CLAP/OPS/OMS: Versión modificada – 2021	2021	Actualización situación de salud de adolescentes programa nacional de salud integral de adolescentes y jóvenes – 2019	2019
		Orientaciones Técnicas para el Control de Salud Integral de Adolescentes – 2021	2021	Constituye Consejo Consultivo de Adolescentes y Jóvenes del Ministerio de Salud y regula su funcionamiento – 2020	2020	Reproducción en la adolescencia en Chile: la desigualdad continúa y urgen políticas activas. Estudio CEPAL elaborado en el marco del Acuerdo que tiene con UNFPA. – 2016	2016
		Guía Clínica: Detección y primera respuesta a niños, niñas y adolescentes víctimas de maltrato por parte de familiares o cuidadores – 2013	2013	Conversatorio con adolescentes y jóvenes: Paso a paso nos cuidamos en contexto de desconfinamiento – 2020	2020	Resultados Sondeo Violencia en el pololeo. INJUV – 2016	2016
		Guía Clínica abuso sexual en menores de 15 años – 2011	2011	Memorándum A15 N° 03681 Sobre la información sensible y consentimiento informado de NNA de SENAME – 2017	2017	Estudio de Situación de Salud de Adolescente – 2012	2012
		Guías Anticipatoria para la Adolescencia – 2021	2021	Circular N° A15/11 Sobre la atención de adolescentes que concurren sin compañía de adulto responsable – 2016	2016	Situación Actual de la Salud del Hombre en Chile – 2011	2011
		Guía para la detección y primera respuesta ante situaciones de ciberacoso en adolescentes y jóvenes, para Profesionales de Salud – 2021	2021	Circular N° A15/10 Sobre la atención de adolescentes en materia de anticoncepción – 2016	2016	Estudio Barreras de Acceso a los Servicios de Salud para la prevención del embarazo adolescente en Chile – 2011	2011
		Recomendaciones para la implementación del programa de acompañamiento para niños, niñas y adolescentes trans y género no conforme – 2021	2021				
		Orientación Técnica para la Atención Primaria de Salud – Servicios de Salud Integrales, Amigables y de Calidad para Adolescentes – 2018	2018				
		Metodología de priorización para instalación de Espacios Amigables – 2017	2017				
		Fortalecimiento de la participación de adolescentes y jóvenes en Salud – 2021	2021				

Plan Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA y las ITS, para el periodo 2021-2022 y Resolución Exenta n°1111.

2021	Orientaciones para aplicación examen VIH en contexto COVID-19	2020	Resolución exenta n°1345 – Aprueba Orientaciones Técnicas Profilaxis Pre Exposición (PREP) a la infección por VIH	2019	»Informe final “Evaluación Campaña de Comunicación social para la prevención del VIH/SIDA” ID 757-12-LE16	2016
	Guía Clínica Síndrome de la Inmunodeficiencia adquirida VIH/SIDA	2017	Resolución exenta n°423 – Aprueba Protocolo para la Información, Apoyo, Manejo y Seguimiento de los Adolescentes de edad igual o superior a 14 y menores de 18 años en la detección del VIH	2018	»Estudio de caracterización de mujeres recientemente diagnosticadas con VIH/SIDA, de las regiones de Arica y Parinacota, y Metropolitana.	2014
	Manual de procedimientos para la detección y diagnóstico de la infección por VIH	2010	Resolución exenta n° 1427 – Modifica directrices para Detección del VIH a través de test visual/rápido en acciones intra y extramuro aprobadas por resolución exenta N° 1380 de 2018 del ministerio de salud, en la forma que indica.	2018	Prevalencia de VIH en Trabajadores del sector transporte y minería (2014)	2014
	PROTOCOLO DE RESCATE DE PERSONAS VIVIENDO CON VIH QUE ABANDONAN CONTROLES MÉDICOS Y/O TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL EN LA RED PÚBLICA DE SALUD	2019	Norma General Técnica n° 187 de Profilaxis, Diagnóstico y Tratamiento de la Infecciones de Transmisión Sexual (ITS).	2016	Índice Compuesto de Estigma y Discriminación 2012	2012
	ORD. B22 N°665 - ORIENTACIONES TÉCNICAS DISPENSACIÓN DE CONDONES 2018	2018	Norma General Técnica n° 0141 – Conjunta de Prevención de la Transmisión Vertical del VIH y la Sífilis	2012	Prevalencia VIH en HSH CHIPREV 2010	2010
	ORIENTACIONES PARA PROFILAXIS PRE-EXPOSICIÓN (PREP)	2019	Norma de Manejo n°48 – Post-exposición laboral a sangre en el contexto de la prevención de la infección por VIH	2000	Evidencia científica sobre lubricantes condones sobre la base de agua y silicona (2008)	2008
	PROTOCOLO PARA LA INFORMACIÓN, APOYO, MANEJO Y SEGUIMIENTO DE LOS ADOLESCENTES DE EDAD IGUAL O SUPERIOR A 14 Y MENORES DE 18 AÑOS EN LA DETECCIÓN DEL VIH MANUAL DE FORMACIÓN BÁSICA EN CONSEJERÍA	2017	Norma n°328 – Establece normas mínimas de Bioseguridad para el manejo de muestras de pacientes con riesgo de infección del virus HTLV III SIDA, en laboratorio clínicos	1986	Efectividad de las estrategias prevención del VIH/SIDA 2007	2007
	PRESENTACIONES MANUAL DE FORMACIÓN BÁSICA EN CONSEJERÍA PARA EL VIH Y LAS ITS 2011	2011	Circular n°15 – Instruye sobre implementación de Piloto Test Visual Rápido para el tamizaje de VIH en establecimientos de atención primaria y centro comunitario	2017	Sexualidad, Género y VIH/SIDA Qué piensan los futuros docentes chilenos (2007)	2007
	PROTOCOLO DE ATENCIÓN A MUJERES VIVIENDO CON VIH	2016	Circular n° 7: Instruye sobre facilitación en el acceso al examen para el diagnóstico de VIH, en establecimientos de la red asistencial	2017	Estudio genotipificación del VPH en Consultantes de los CETS con Diagnóstico de Condiloma 2007	2007
	ORIENTACIONES APOYO PSICOSOCIAL A NIÑOS Y NIÑAS QUE VIVEN CON VIH/SIDA QUE SE ATIENDEN EN EL SISTEMA PÚBLICO DE SALUD	2009	Circular n°1 – Tamizaje Sífilis en Bancos de Sangre	2015	Sistematización de Estudios Internacionales y Nacionales sobre eficacia e impacto de la consejería 2006	2006
		2016	Circular n°13-Tamizaje de Sífilis en No Donantes	2015	Informe Condón Femenino 2006	2006

Circular nº20: Instruye sobre test rápidos para VIH, derivación de muestra al Instituto de Salud Pública (ISP), procedimiento de resultados registra muestra anterior (RMA) de ISP	2014	Evaluación de la Primera Fase de la Consejería Asociativa 2006	2006
Circular nº24 – Vigilancia de ITS	2013	Calidad de Vida en personas que viven con VIH SIDA (2006)	2006
Circular nº21 – Reitera Atención de personas trans. en la red asistencial	2012	Caracterización factores de riesgo y vulnerabilidad frente al VIH SIDA en migrantes 2005	2005
Circular nº47 – Detección de VIH en gestantes	2011	Caracterización de los factores de riesgo y vulnerabilidad frente al VIH SIDA en mujeres 2005	2005
Circular nº41 – Detección de VIH en red asistencial	2011	Caracterización de los factores de riesgo y vulnerabilidad frente al VIH SIDA en población rural 2005	2005
Circular nº34 – Atención de personas trans.	2011	Art. El Gasto en SIDA en Chile en los Años 2005 y 2008	2005
		»Evaluación de las Estrategias de Prevención en PVP 2005	2005
		»Tuberculosis en individuos con infección por VIH en Chile 2005	2005
		»Percepción Condón Femenino en Población Focalizada 2005	2005
		»Jóvenes y sexualidad (2005)	2005
		»Mercadeo Social del Condón Masculino Estudio de Demanda 2005.	2005
		»Mercadeo Social del Condón. Estudio de Mercado 2005	2005
		»Factores Socioculturales Que Inciden en el uso del Condón Masculino en Hombres Homosexuales y Otros HSH 2005	2005
		»En los dominios de la salud y la cultura estudio pueblos originarios 2005	2005
		»Estudio del gasto en VIH SIDA 2005	2005
		»Evaluación Nacional de la Consejería para la prevención del VIH SIDA 2004	2004
		»Estudio nacional de comportamiento sexual (Síntesis 2000)	2000
		»Flujos de financiamiento y gasto en VIH SIDA 1999 2000	2000



Programa Nacional de Salud de la Infancia con enfoque integral

2018	Programa evaluación servicios obstetricia, ginecología y neonatología		Circular N°4 – Intuye sobre derivación desde APS por tamizaje auditivo universal a recién nacido
	Manual de procedimientos para la atención del recién nacido en el periodo inmediato y puerperio en servicios de obstetricia y ginecología		Circular N° 7, del 23 de agosto 2016 Complementa circular N° 18 Instruye sobre ciertos aspectos de la atención de salud a niños y niñas intersex
	Manual de atención personalizada en el proceso reproductivo		Circular N° 18, del 22 de dic 2015 Instruye sobre ciertos aspectos de la atención de salud a niños y niñas intersex
	ORIENTACIONES APOYO PSICOSOCIAL A NIÑOS Y NIÑAS QUE VIVEN CON VIH/SIDA QUE SE ATIENDEN EN EL SISTEMA PÚBLICO DE SALUD		Norma general técnica para la atención integral del recién nacido en la unidad de puerperio en servicios de Obstetricia y Ginecología
	Guías nacionales de neonatología	2005	Norma general técnica para la atención de víctimas de violencia sexual
	Orientaciones técnicas para la atención en clínicas de lactancia materna	2016	
	Guía Clínicas Alergia a Proteína de leche de vaca	2012	
	Recomendaciones para la implementación del Programa de acompañamiento para niños, niñas y Adolescentes trans y género no conforme	2021	
	Orientación Técnica para el manejo integral de Niños, Niñas y Adolescentes con Necesidades Especiales de Atención en Salud (NANEAS)	2022	
	Guía de Implementación de Salas de Lactancia a Nivel Local 2017		
	Informe técnico encuesta nacional de lactancia materna en la atención primaria -(enalma). Chile 2013		
	Manual de Lactancia materna	2010	



(-)

Violencia (Sin texto de programa)

2018	ORIENTACIONES TÉCNICAS "Detección, atención y primera respuesta en salud a personas víctimas de trata, tráfico ilícito de migrantes y explotación sexual y comercial de niños, niñas y adolescentes" 2018	2018	(-)
			(-)
	Normas general técnicas para la Atención de víctimas de violencia sexual	2010	

Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva

2018	(-)	(-)	(-)
------	-----	-----	-----

Programa Salud Sexual y Reproductiva. En Consulta.

2017	(-)	(-)	(-)
------	-----	-----	-----