

APRUEBA TEXTO DE LA POLÍTICA DE  
 EQUIDAD DE GÉNERO EN SALUD DEL  
 MINISTERIO DE SALUD

MINISTERIO DE HACIENDA  
 OFICINA DE PARTES  
 RECIBIDO

EXENTO N° 12

SANTIAGO, 16 FEB. 2010

CONTRALORIA GENERAL  
 TOMA DE RAZON  
 RECEPCION

Depart. Jurídico		
Dep. T.R. y Regist.		
Depart. Contabil.		
Sub.Dep. C. Central		
Sub.Dep. E.		
Cuentas		
Sub.Dep. C.P. y B.N.		
Depart. Auditoría		
Depart. VOPU y T		
Sub. Dep. Munip.		

REPRENDACION

Ref. por \$.....  
 Imputación.....  
 Anot. por.....  
 Imputación.....  
 Deduc. Dcto.....

**VISTO:** Lo dispuesto en el Decreto con Fuerza coordinado y sistematizado del Decreto Ley N° 2763 de 1979 y de las leyes N° 18933 y 18469; en el Decreto con Fuerza de Ley N° 1/19653 que fija texto refundido, coordinado y sistematizado del ley N° 18575 Orgánica Constitucional de Bases Generales de la Administración del Estado; la resolución N° 1600 de 2008 de la Contraloría General de la República y

**CONSIDERANDO:**

- 1° Que, al Ministerio de Salud le compete ejercer la función que corresponde al Estado de garantizar el libre e igualitario acceso a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación de la persona enferma; así como coordinar, controlar y, cuando corresponda, ejecutar tales acciones.
- 2° Que, en particular, le corresponde a este Ministerio formular, fijar y controlar las políticas de salud.
- 3° Que los principios de igualdad y equidad de género son parte de las políticas sistemáticas de los gobiernos de Chile, tanto por mandato popular como por el cumplimiento de las obligaciones internacionales en la materia.
- 4° Que tomando en cuenta los considerandos anteriores, corresponde el planteamiento de una política de género en salud.

anteriormente expuesto, dicto el siguiente:

5° Que en razón a lo

**DECRETO:**

1° **APRUEBASE** el texto de la Política de Equidad de Género en Salud del Ministerio de Salud, cuyo tenor es el siguiente:

**Política de Equidad de Género en Salud Ministerio de Salud 2010**  
**Índice**

Presentación de la Política de Equidad de Género en Salud

1. Introducción: La política de equidad de género del Minsal, un imperativo ético
2. Antecedentes y fundamentación de la política  
La demanda por igualdad y equidad entre los sexos en las políticas  
Los consensos de la comunidad internacional y los compromisos del Estado de Chile  
Leyes y políticas contributivas a la equidad de género en salud en Chile  
El movimiento social de mujeres  
Esfuerzos por incorporar enfoque de género en las acciones del Ministerio de Salud  
Evidencias de desigualdades en salud entre mujeres y hombres
3. Principios orientadores de la política
4. Propósito y objetivos de la política
5. Estrategias
6. Los ámbitos de ejecución de la política y las responsabilidades institucionales
7. El compromiso del Ministerio de Salud con la ejecución de la política
8. El seguimiento de la política
9. Glosario

**Presentación de la Política de Equidad de Género en Salud.**

La política de Equidad de Género del Ministerio de Salud, hace suyos los mandatos internacionales y nacionales de igualdad entre mujeres y hombres, en el marco ético y jurídico de los derechos humanos. Constituye un importante instrumento sectorial para contribuir a la justicia social en salud, al cumplimiento de los compromisos internacionales. Entre éstos cabe mencionar los Objetivos de Desarrollo del Milenio, de los cuales, el tercero está referido a "igualdad de género y empoderamiento de las mujeres".

Los fundamentos específicos de esta política se encuentran en la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, en la Política de Género de la Organización Mundial de la Salud (2002) y en la Política de Igualdad de Género de la

Organización Panamericana de la Salud (2005). Asimismo, la política reconoce el carácter de determinante estructural de la salud que asigna a género la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la OMS<sup>1</sup>.

La política recoge las propuestas y observaciones de la sociedad civil involucrada en la búsqueda de igualdad de género, en especial de las organizaciones que integran el Consejo Consultivo de Género y Salud de las Mujeres. Incorpora también, las reflexiones y aportes de los equipos de salud del Ministerio y de las regiones. A través de ello, hace suyas las lecciones aprendidas a través de la experiencia institucional en la década en materia de enfoque de género, y en el proceso de realización sectorial de la Agenda de género 2006 - 2010 del Gobierno de la Presidenta Michelle Bachelet Jeria.

En la búsqueda de hacer realidad la no discriminación en salud y los compromisos del Estado chileno con la comunidad internacional, la política se inscribe en las líneas programáticas del Gobierno, que explicitan su preocupación por construir una sociedad más equitativa e inclusiva considerando la dimensión de género.

Desde el primer documento "Transversalización de la Perspectiva de Género en las Políticas de Reforma de Salud en Chile" (2001) que se formuló participativamente a inicios de la reforma sectorial, hasta los actuales Planes regionales de género, el funcionamiento del Consejo Consultivo de Género, y la formulación colectiva de esta política, ha tenido lugar un proceso - aún en curso - de conocimiento y cambio cultural, que ha ido modificando los horizontes y las prácticas de quienes integran el sector salud, favoreciendo la equidad, la inclusión y la pertinencia cultural.

Los principios que vertebran la Política de Equidad de Género en Salud, comprometen a este Ministerio y fundamentan su voluntad institucional para seguir avanzando hacia la eliminación de todas las formas de discriminación basadas en género.

Avanzar hacia la equidad en salud exige responder a los desafíos que plantea la implementación de la política. La magnitud y la diversidad de estos retos, requieren fortalecer la intersectorialidad y la participación efectiva de la sociedad civil y la academia, y muy especialmente convocar a los recursos humanos a incrementar los esfuerzos para eliminar la discriminación en salud por razones de género. Esto implica, asegurar a mujeres y hombres igualdad en el estado de salud, en el acceso a recursos y beneficios, en el financiamiento de la atención, en la participación en las decisiones, y en las responsabilidades y retribuciones referidas a la producción de salud.

## **1. Introducción: La política de equidad de género del MINSAL, un imperativo ético.**

Las evidencias de desigualdad en salud basadas en género, los mandatos del derecho internacional, los compromisos del Estado chileno en conferencias y cumbres mundiales y regionales, las directrices de la OMS y la OPS, la definición de la equidad en salud como eje rector de la reforma sectorial y como objetivo sanitario de la década, constituyen el marco en que se inscribe la voluntad del

<sup>1</sup> Informe final elaborado por la Red de Conocimiento en Mujer y Equidad de Género

Ministerio de Salud para integrar enfoque de género en su quehacer hacia la población chilena, los recursos humanos sectoriales y el intersector.

El Estado, en su rol distribuidor de recursos y poder de acuerdo con las necesidades y derechos de los diversos grupos humanos que conforman su población, se debe hacer cargo de las desigualdades que establece la construcción social de género entre hombres y mujeres. A través del Ministerio de Salud, se asume la responsabilidad de priorizar respuestas sanitarias que eliminen estas desigualdades, mediante una política que tiene como propósito contribuir a la equidad de género en salud y erradicar de las prácticas institucionales toda forma de discriminación.

## 2. Antecedentes y fundamentación de la política.

### *La demanda por igualdad y equidad entre los sexos en las políticas*

Desde la década de los 70 en adelante, la producción de conocimientos sobre el origen de las desigualdades entre mujeres y hombres, generado por la academia y las mujeres de la sociedad civil en los ámbitos nacional e internacional, abrió paso a debates y propuestas políticas de cambio.

El Decenio de las Naciones Unidas para la Mujer (1976 – 1985) hizo visible la necesidad de incorporar nuevos conceptos, ampliando los marcos explicativos entonces vigentes. Dando cuenta a través de ello, de las desigualdades cuyo origen reside en procesos que construyen una estratificación social basada en el sexo de pertenencia, y que determinan desigual acceso a los recursos y al poder, desfavoreciendo a las mujeres en tanto que beneficia a los hombres.<sup>2</sup> Las sociedades crean sistemas de roles y patrones de comportamiento distintos para hombres y mujeres, prescriben los comportamientos que son deseables en función de su sexo, e introducen limitaciones a las posibilidades de desarrollo humano y de ejercicio de derechos de las personas, en especial de las mujeres.

Sobre la base de las evidencias de desigualdad de género, se ha construido la fundamentación de diversos acuerdos internacionales dirigidos a modificar la situación de injusticia. Estos consensos han incidido en forma sostenida en los marcos jurídicos y políticos de los Estados del mundo y de la región de América Latina y el Caribe, hasta el momento actual.

### *Los consensos de la comunidad internacional y los compromisos del Estado de Chile.*

Los instrumentos de derecho internacional que el Estado de Chile ha suscrito y que constituyen el marco más importante de fundamentación y respaldo jurídico de las políticas públicas de equidad de género son, la Declaración Universal Derechos Humanos (1948); la Convención Americana sobre Derechos Culturales (1969); el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y la Convención (1966); el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (1966); la mujer (1979); la Convención contra la tortura (1984) ; la Convención

<sup>2</sup> OPS, 1993. Género, Mujer y Salud en las Américas. Publicación Científica 841, pp.3-23 y 294-300

Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer<sup>3</sup> (1994); la Convención contra la delincuencia organizada transnacional (2000).

La Declaración Universal de Derechos Humanos en su artículo 25 establece: " Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; el tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, vejez y otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad". Este mandato tiene implicancias para todas las instituciones del Estado. En lo particular, el sector salud debe asegurar el marco de equidad y los servicios y prestaciones de institucional, de manera que las personas sean consideradas efectivamente como sujetos/as de derechos, cuyo empoderamiento y acceso a las decisiones deben ser potenciados. Si bien este instrumento no es, por su propia naturaleza, vinculante u obligatorio para los estados, no solo reafirma el contenido de tratados posteriores, sino que es una herramienta de interpretación de los derechos establecidos en ellos, así como en las leyes y en el diseño de políticas.

La Convención para la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer plantea en su articulado, aspectos fundamentales a considerar en la aplicación de enfoque de género al diseño de las políticas. En su artículo 1 plantea, "A los efectos de la presente Convención, la expresión 'discriminación sexo que tenga por objeto o resultado, menoscabar o anular el reconocimiento, goce o ejercicio por la mujer, independientemente de su estado civil, sobre la base de la igualdad del hombre y la mujer, de los derechos humanos y las libertades fundamentales en las esferas política, económica, social, cultural y civil o en cualquier otra esfera". Esta definición incluye la violencia dirigida a la mujer por ser tal, que le inflige daños o sufrimientos de índole física, mental o sexual, amenazas, coacción y diversas formas de privación de libertad<sup>4</sup>. Su artículo 3 establece: "Los Estados tomarán en todas las esferas, y en particular en las esferas política, social, económica y cultural, todas las medidas apropiadas, incluso de carácter legislativo, para asegurar el pleno desarrollo y adelanto de la mujer, con el objeto de garantizarle el ejercicio y el goce de los derechos humanos y las libertades fundamentales en igualdad de condiciones con el hombre".

Lo anterior significa que, junto con identificar las brechas entre mujeres y hombres en materia de salud, y analizar desde enfoque de género estas evidencias, las instituciones estatales deben asegurar acciones legales, políticas, técnicas y culturales eficaces para que mujeres y hombres gocen efectivamente de sus derechos en condiciones de igualdad. Es imprescindible promover el empoderamiento y ciudadanía de las mujeres y, a través de ello, su apropiación de derechos y autonomía, soberanía corporal, incorporación al mercado del trabajo en igualdad de condiciones que los hombres, y acceso a los recursos y a las instancias de poder en el espacio público. Paralelamente, es preciso impulsar políticas transformadoras en lo referido a trabajo remunerado y trabajo doméstico<sup>5</sup>, y asegurar educación no sexista, cuyos

<sup>3</sup>Conocida como "Convención de Belém do Pará"

<sup>4</sup>Palacios, P., 2007. *Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer*. En: *Las Convenciones Internacionales de Derechos Humanos y la Perspectiva de Género*. Universidad de Chile Facultad de Derecho, Banco Mundial, Centro de Derechos Humanos, Rights & Democracy, p.68. Ed. LOM, Chile.

<sup>5</sup> Entre otras, Cuentas Satélites de Hogares como parte integrante del Sistema de Cuentas Nacionales.

nuevos modelos de socialización favorezcan el empoderamiento de las mujeres, erradiquen el ejercicio de la violencia como mandato de masculinidad, y aseguren cambios culturales que faciliten a los hombres para incorporarse al trabajo doméstico, especialmente al que se relaciona con el cuidado de otros/as.

La Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer establece que la violencia contra las mujeres impide a éstas el goce de los derechos humanos y que en consecuencia, constituye una forma de discriminación que se produce en todos los ámbitos de la vida y a través de toda su existencia. Su artículo 3 señala "Toda mujer tiene derecho a una vida libre de violencia, tanto en el ámbito público como en el privado". Se ha señalado por parte de organismos internacionales, que es necesario erradicar situaciones de violencia contra la mujer que se presentan en los servicios públicos de salud que dicen relación con tratos degradantes, ofensas verbales, indiferencia, negligencia, y violencia de diversa índole, en especial contra las mujeres que consultan por abortos inseguros complicados<sup>6</sup>.

Chile también ha suscrito Programas y Plataformas de Acción que emanaron de la Conferencia Mundial de Derechos Humanos (Viena, 1993), la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (El Cairo, 1994), y la Conferencia Mundial de la Mujer (1995). Estos documentos no son de carácter vinculante como los anteriormente citados, no obstante, representan un avance de la comunidad internacional en cuanto a los niveles de acuerdo en materia de aplicación del enfoque de derechos humanos a las políticas públicas, y respecto de la voluntad de cumplimiento de los compromisos explicitada por parte de los Estados.

El Programa de Acción de la Conferencia de Población y Desarrollo, 1994, insta por primera vez el enfoque de derechos humanos por sobre la impronta demográfica que anteriormente tuvieron las políticas de población. Desde la nueva perspectiva, reconoce las desigualdades de género a través del ciclo vital y enfatiza en que reflejan carencia de poder e insuficiente ejercicio de derechos de las mujeres. Al respecto señala, "La habilitación y la autonomía de la mujer y el mejoramiento de su condición política, social, económica y sanitaria constituyen en sí un fin de la mayor importancia. Además son indispensables para lograr el desarrollo sostenible. Es preciso que mujeres y hombres participen e intervengan por igual en la vida productiva y reproductiva, incluida la división de responsabilidades en cuanto a la crianza de los hijos y al mantenimiento del hogar. ... Las relaciones de poder que impiden que las mujeres tengan una vida sana y plena se hacen sentir en muchos planos de la sociedad, desde el ámbito más personal hasta el más público. Para lograr cambios, hacen falta medidas de política y programas que mejoren el acceso de la mujer a una vida segura y a recursos económicos, aligeren sus responsabilidades, extremas con respecto a los quehaceres domésticos, eliminen los obstáculos jurídicos a su participación en la vida pública y despierten la conciencia social mediante programas de educación y de difusión de masas eficaces<sup>7</sup>". En lo referido a los derechos reproductivos, entre otros objetivos plantea "poner servicios de planificación de la familia de buena calidad y aceptables al alcance y disposición de cuantos los necesitan y desean, manteniendo su carácter confidencial". Asimismo, entre sus medidas señala, "en ningún caso se debe promover el aborto como método de planificación de

<sup>6</sup> Palacios, P., 2007. *Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer*. En: *Las Convenciones Internacionales de Derechos Humanos y la Perspectiva de Género*. Universidad de Chile. Facultad de Derecho. Banco Mundial. Centro de Derechos Humanos. Páginas 8

<sup>7</sup> Fondo de Población de las Naciones Unidas, 1998. *Programa de Acción adoptado en la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo*. El Cairo 5 al 13 de septiembre de 1994, p.26

<sup>8</sup> Palacios, P., 2007. *Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer*. En: *Las Convenciones Internacionales de*

la familia. Se insta a todos los gobiernos y a las organizaciones intergubernamentales y no gubernamentales pertinentes a incrementar su compromiso con la salud de la mujer, a ocuparse de los efectos que en la salud tienen los abortos realizados en condiciones no adecuadas como un importante problema de salud pública y a reducir el recurso al aborto mediante la prestación de más amplios y mejores servicios de planificación de la familia.<sup>89</sup>

La Plataforma de la Conferencia Mundial de la Mujer 1995, instaló la perspectiva de género en el primer plano de las políticas públicas. Se recomendó utilizarla como estrategia principal para guiar la acción de los gobiernos y las agencias de cooperación. Asimismo, visibilizó aspectos estructurales en materia de economía, referidos a los aportes y contribuciones de las mujeres en la esfera no remunerada del trabajo que se realiza en el espacio doméstico. Recomendó avanzar en la contabilidad de estos aportes, entre los que se inscribe el cuidado de la salud y la enfermedad al interior de los hogares.

Mayor relevancia adquirieron estas recomendaciones, en el contexto de los cambios demográficos y epidemiológicos, con su consecuente incremento de las personas mayores con enfermedades crónicas y discapacitantes. Las políticas públicas en materia del cuidado surgen como un importante desafío intersectorial, que exige construir evidencias mediante estudios de uso del tiempo y levantar propuestas en apoyo al cuidado domiciliario de personas enfermas y discapacitadas, que en la actualidad es proporcionado mayoritariamente por mujeres integrantes de sus grupos familiares.

Los Objetivos de desarrollo del Milenio (2000) incorporaron "Promover la igualdad de género y el empoderamiento de la mujer" sobre la base de considerar que la igualdad entre mujeres y hombres es requisito indispensable para superar el hambre, la pobreza y las enfermedades, e implica igualdad en todos los niveles de la educación y en todos los ámbitos de trabajo, el control equitativo de los recursos y una representación igual en la vida pública y política.<sup>90</sup>

Como instrumentos que guían y facilitan notablemente el cumplimiento de los compromisos suscritos por Chile como país miembro de las Naciones Unidas, (2002) y la Política de Género de la Organización Mundial de la Salud, la Salud (2005) que aportan marcos conceptuales, orientaciones políticas técnicas y lecciones aprendidas.

El Informe final a la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la OMS entregado por la Red de Conocimiento en Mujer y Equidad de Género, esclarece el impacto en la salud de mujeres y hombres resultante de la estratificación social basada en género<sup>10</sup>. "Aunque varios conceptos han evolucionado con el transcurso de los años, proporcionando las bases analíticas para la comprensión y la acción,<sup>11</sup> un aspecto fundamental de la mayoría de ellos es la función del poder determinado por el género en la organización de las relaciones entre personas, que crea y mantiene valores, normas, comportamientos y costumbres desigualadoras y estructura las organizaciones de forma tal que reflejen y consoliden esas mismas creencias y relaciones. El género afecta al funcionamiento y la capacidad de la gente (Sen,

<sup>89</sup>Palacios P., 2007. Op. Cit., P.60, 83.

<sup>90</sup>Informe Naciones Unidas 2008

<sup>10</sup>OMS, 2007. "La inequidad de género en la salud: desigual, injusta, ineficaz e ineficiente. Por qué existe y cómo podemos cambiarla" [http://www.paho.org/index.php?option=com\\_content&task=view&id=1503&Itemid=992](http://www.paho.org/index.php?option=com_content&task=view&id=1503&Itemid=992)

<sup>11</sup>La subordinación, la discriminación, el sesgo, el patriarcalo, el sistema de género y la masculinidad hegemónica, entre otros.

1999). Las relaciones de género operan mediante procesos de *tener, ser, saber* y *hacer* que diferencian, estratifican, subordinan y jerarquizan a las personas y, no exclusivamente, las margina y las excluye”.

Las desigualdades de poder se traducen en desiguales prestigio, ingresos, acceso a recursos, beneficios y decisiones políticas, reconocimiento, establecen una estratificación social según nivel socioeconómico, origen étnico y género. La ubicación de mujeres y hombres al interior de la estratificación basada en género, determina exposición diferenciada a los riesgos y vulnerabilidad también diferenciada, que se traducen en desigualdades en salud.<sup>12</sup>

### ***Leyes y políticas contributivas a la equidad de género en salud en Chile***

En el marco de los diversos compromisos internacionales suscritos, el Estado de Chile, ha legislado en respuesta a la violencia intrafamiliar en sus diversas expresiones, con el propósito de atenuar los daños y secuelas que ésta produce en las personas más vulnerables. Las leyes promulgadas en esta materia son:

El 29 de agosto de 1994, la ley 19.325 de Violencia Intrafamiliar y el 7 de octubre de 2005, la ley 20.066 que sustituye la anterior, modifica el Código Penal y establece el maltrato habitual como delito. En Julio 1999, la ley 19.617 sobre Delitos Sexuales, cuyo bien jurídico a proteger es la indemnidad sexual contra la persona agredida, tipifica el delito de violación intracónyugal cometido en denuncia estos delitos y establece disposiciones destinadas a otorgar una mayor garantía y protección a la víctima. El 14 de Enero de 2004 comenzó a regir la ley 19.927, que modificó los delitos de connotación sexual, elevó las penas para este tipo de ilícitos e incorporó nuevas figuras penales. El 31 de agosto 2007 fue publicada la Ley N° 20.207 que establece en un artículo único un nuevo plazo para la prescripción de los delitos sexuales que afecten a menores de edad, señalando que se computará desde el día en que la víctima alcance la mayoría de edad.

En el contexto de los procesos de modernización del Estado, en el año 1998, la ley N°19.5531 dió inicio al desarrollo del Programa de Mejoramiento de la Gestión (PMG) en los Servicios Públicos, asociando el cumplimiento de la objetivos de gestión a un incentivo de carácter monetario para los/as funcionarios. En el año 2002, Chile inició el Sistema de Equidad de Género en el Programa de Mejoramiento de la Gestión, siendo pionero en la incorporación de enfoque de género en instrumentos de gestión del Estado y en el ciclo presupuestario del país. Los principales objetivos de este sistema son, que las instituciones públicas planifiquen atendiendo las necesidades diferenciadas de hombres y mujeres, que las instituciones puedan reorientar recursos para aminorar las brechas existentes entre hombres y mujeres, que los funcionarios/as incorporen en sus prácticas rutinas este enfoque. El Sistema busca corregir posibles iniquidades en la entrega de los productos que habitualmente ofrecen los Servicios y a hacer más eficiente y eficaces las políticas públicas. Ha requerido incorporar al quehacer de los funcionarios/as

<sup>12</sup> Jara L. OPS/Oficina de Género, Eficacia y Salud, 2009. Conf. Curso Equidad de Género en Salud "Determinantes sociales, derechos humanos y equidad de género en salud", pp. 5-6

del Estado, conocimientos, habilidades y destrezas, mediante acciones de capacitación, mesas de trabajo, instrumentos de apoyo metodológico, etc.<sup>13</sup>

El 24 de agosto del año 2000, el instructivo presidencial N° 15 crea el Consejo de Ministros para la Igualdad de Oportunidades a fin supervisar y dar cumplimiento al Plan de Igualdad de Oportunidades 2000-2010, de modo de incorporar políticas específicas con contenidos de género en Ministerios, Ministro/a Secretario/a General de la Presidencia del Consejo recae en el/la Ministra Directora del Servicio Nacional de la Mujer. Aludiendo los compromisos internacionales, asume como exigencia incorporar políticas de igualdad en toda empresa del Estado. Señala la necesidad de que cada Ministerio, servicio y hombres y mujeres en sus políticas y establece el compromiso del Consejo de entregar una cuenta al país sobre los avances en su función, el día 8 de marzo de cada año.

En el ámbito del trabajo y previsión social, las grandes brechas previsionales y de inequidades estructurales entre hombres y mujeres fueron las razones por las cuales la ley sobre Reforma Previsional N°20.255 (17 de marzo 2008) incorporó medidas destinadas a disminuir o eliminar estas brechas. Entre otras medidas, cabe destacar la pensión básica solidaria de vejez cuyas principales beneficiarias (casi el 80%) son mujeres, en su mayoría de menores ingresos y no cotizantes del sistema de pensiones; bono por cada hijo/a nacido/a vivo/a, incluyendo los hijos adoptivos; afiliación voluntaria, sin necesidad de ejercer actividad remunerada, accediendo a cobertura previsional y, por consiguiente, a pensiones por vejez, invalidez y sobrevivencia; separación del seguro de invalidez y sobrevivencia entre hombres y mujeres, devolviéndose a las mujeres el mayor valor que pagan actualmente por la prima del seguro, mejorando el monto de su pensión; ingreso mínimo imponible de las trabajadoras de casa particular; todas estas trabajadoras contarán gradualmente con un mínimo imponible que no podrá ser inferior a un ingreso mínimo mensual para jornadas completas, o proporcional a la pactada, si ésta fuere inferior.

Existe legislación que favorece a quienes trabajan en sectores productivos intensivos en fuerza de trabajo femenina y leyes específicas de protección a las mujeres trabajadoras. De estas últimas, se mencionan la ley N° 20.166 que extiende el derecho de las madres trabajadoras al amantamiento incluso en empresas en que no quepa ejercer el derecho a sala cuna; ley N° 20.172 que permite el cobro de la asignación familiar a la madre; y amplía este beneficio a los menores bajo régimen de protección; ley N° 20.279 que reajusta el ingreso mínimo mensual e iguala el ingreso mínimo de las trabajadoras de casa particular, al de los demás trabajadores del país; ley N° 20.336 que establece el derecho a descanso de las trabajadoras de casa particular en los días festivos; ley N° 20.308 sobre protección a los trabajadores en el uso de productos fitosanitarios, que regula el uso de pesticidas y otros productos químicos y establece el deber de informar sus eventuales efectos adversos sobre la salud, favoreciendo especialmente a las mujeres temporeras.

En materia de salud sexual y reproductiva de adolescentes, la ley 19688 promulgada el 10 de julio 2000, modificó la ley 18.962 orgánica constitucional

<sup>13</sup> CEPAL, 2003. Experiencia de transversalización de la perspectiva de género en la política pública en Chile: el caso del programa de mejoramiento de la gestión (PMG). Documento de Trabajo. Reunión sobre gobernabilidad democrática e igualdad de género, Santiago de Chile, 27 y 28 de octubre de 2003, p.3.  
El

de enseñanza, en lo relativo al derecho de las estudiantes embarazadas o que sean madres lactantes, de acceder a los establecimientos educacionales. Señala que "El embarazo y la maternidad, no constituirán impedimento para ingresar y permanecer en los establecimientos de educación de cualquier nivel. Estos últimos deberán, además, otorgar las facilidades académicas del caso".

El 18 de enero de 2010 se promulgó la Ley sobre Orientación, Información y Prestaciones en materia de Regulación de la Fertilidad, que establece que los organismos del Estado con competencia en la materia pondrán a disposición de la población los métodos anticonceptivos tanto hormonales como no hormonales; los métodos anticonceptivos de emergencia y de anticoncepción hormonal, naturales y artificiales. Permitirá la distribución de la píldora de anticoncepción de emergencia a las usuarias de los servicios públicos de salud, corrigiendo con ello desigualdades de género y de estrato socioeconómico consecutivas a la declaración de inconstitucionalidad de las Normas Nacionales de Regulación de la Fertilidad (abril 2008) por parte del Tribunal Constitucional, prohibiéndose la distribución gratuita de la anticoncepción de emergencia en el sistema público de salud.

### ***El movimiento social de mujeres***

En Chile, a fines de la década de los 80 y en la perspectiva de la recuperación de la democracia, la sociedad civil organizada levantó demandas de igualdad entre mujeres y hombres, incluida la igualdad en materia de salud. Desarrolló campañas y elaboró agendas en salud sexual y reproductiva, salud laboral, participó activamente con sus propuestas en los procesos de la democracia, Conferencias de las Naciones Unidas, y posteriormente asumió el seguimiento de los compromisos del Estado Chileno, con énfasis en los compromisos de la Conferencia de la Mujer de Beijing 1995 y la Conferencia de Población y Desarrollo de El Cairo 1994.

A través de organizaciones sociales, centros de estudio, ONGs y redes temáticas, el movimiento social ha desarrollado importantes aportes en materia de producción de información y conocimiento, propuestas legislativas, debate público, campañas de difusión y defensa de sus derechos, oferta de servicios. Las organizaciones integrantes de la Red Chilena contra la Violencia Doméstica y Sexual contribuyeron con sus propuestas políticas y sus acciones de presión, a la tramitación de las leyes sobre la materia. La Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe y el Foro Red de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos, desarrollaron anualmente y durante una década, campañas nacionales contra la mortalidad materna y por la plena vigencia de los derechos sexuales y reproductivos de niñas, adolescentes y mujeres adultas, construyendo diagnósticos y agenda de género y salud.

Desde el año 2000, en el inicio del proceso de debate público y legislación sobre la Reforma de la Salud en Chile, el movimiento de mujeres abogó por la incorporación del enfoque de género en las políticas públicas. A través de sus organizaciones, integró la Comisión de trabajo de la Reforma, encargada de Salud y participó en la elaboración del primer documento del Ministerio de Políticas de Reforma de Salud en Chile.<sup>14</sup>

<sup>14</sup> Ministerio de Salud, primera edición 2001, segunda edición 2002

Con el respaldo de la Organización Panamericana de la Salud<sup>15</sup> difundió su agenda, y creó como instrumento de vigilancia ciudadana de las políticas de salud en el ámbito nacional, el Observatorio de Equidad de Género en Salud, que a su vez incorpora el Observatorio de Violencia Basada en Género, Asimismo, en la Región de la Araucanía se creó el Observatorio de Equidad de Género en Salud y Pueblo Mapuche, que articula organizaciones mapuche y no mapuche e instancias académicas de la Universidad de la Frontera.

Estos Observatorios han efectuado evaluaciones periódicas de las políticas de salud en materia de género, aplicando indicadores especialmente diseñados. A partir de estos diagnósticos, formulan recomendaciones a diversas instituciones del Estado, y en especial al Ministerio de Salud. El último informe fue entregado al Ministerio de Salud y al SERNAM en el año 2009<sup>16</sup>

Con posterioridad desde la ONG CEDEM integrante de la sociedad civil organizada se creó, con respaldo de UNIFEM, el Observatorio de Equidad de Género, que difunde, denuncia y analiza el acontecer político del país, desde un enfoque de género. Si bien analiza el conjunto del acontecer, aborda con especial interés los acontecimientos que dicen relación con los derechos sexuales y reproductivos.

Basándose en su histórica demanda sobre los derechos sexuales y reproductivos, un conjunto de organizaciones lideradas por el Foro Red de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos, formuló en el año 2000 y en conjunto con un amplio arco de parlamentarios/as, el Proyecto de Ley Marco sobre de Derechos Sexuales y Reproductivos, que nunca logró trámite ni aprobación parlamentaria. Su segunda versión, elaborada en el año 2008, no modificó la situación.

En los últimos años, diversas las organizaciones de la sociedad civil colaboraron en forma voluntaria con el Ministerio de Salud en la elaboración de las Normas de Regulación de la Fertilidad, que recogieron las actuales recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud. Asimismo, difundieron públicamente sus planteamientos en defensa de la anticoncepción y abogaron frente al Tribunal Constitucional, cuando estas normas fueron impugnadas a partir de la demanda de interpuesta contra la anticoncepción y emergencia por parte de un grupo de parlamentarios.

En materia de salud laboral, han trabajado en producción de conocimientos en conjunto con universidades canadienses y se han articulado con mujeres organizadas del ámbito sindical, en especial con trabajadoras rurales e indígenas, priorizando la defensa de la salud y la vida de las mujeres temporeras de la agroindustria.

A partir del año 2007, cuarenta organizaciones integrantes del movimiento de mujeres y de organizaciones de la diversidad sexual, se incorporaron al Consejo Consultivo de Género y Salud de las Mujeres del Ministerio de Salud<sup>17</sup>. Se trata de organizaciones con larga trayectoria en la generación de conocimiento y propuestas en materia de género y salud. Desde el Consejo Consultivo, que se inscribe en la política ministerial de participación, las organizaciones de la sociedad civil han realizado aportes en la reprogramación del Programa de Salud Ocupacional, elaboraron con equipos técnicos de CONASIDA un documento de marco conceptual para guiar campañas de

<sup>15</sup> OPS/OAMS, 2003-2006, Proyecto Género, Equidad y Reforma de la Salud en Chile, Primera y Segunda Fase.

<sup>16</sup> Observatorio de Equidad de Género en Salud, Informe 2007 - 2008, Santiago, Chile, Creado por Resolución exenta Ministerial n° 682, del 19 de octubre 2007

prevención del VIH/SIDA y la infecciones de transmisión sexual (ITS) en mujeres, y una propuesta comunicacional. Contribuyeron en forma preeminente, durante los años 2007 y 2008, a la formulación de la Política de Salud en Violencia de Género del Ministerio de Salud. En el año 2009, analizaron críticamente la Guía para la discusión de las organizaciones y grupos sociales interesados en aportar al diseño de los Objetivos de Salud para la Década 2010 – 2020 “Construyamos Juntos una Mejor Salud para Todos y Todas”, y recomendaron su reformulación, enfatizando en la necesidad de incorporar enfoque de género y de pueblos originarios en los Objetivos Sanitarios de la nueva década.

### ***Esfuerzos por incorporar enfoque de género en las acciones del Ministerio de Salud***

Al comenzar el proceso de Reforma de la Salud en los años 2000 y 2001, durante el gobierno del Presidente Ricardo Lagos Escobar, la Ministra de Salud de la época Dra. Michelle Bachelet Jeria, convocó a un grupo asesor en temas de género que elaboró el documento “Transversalización de Género en las Políticas de Reforma de Salud en Chile”. Entre otros aspectos, incluyó objetivos y propuestas para avanzar en el logro de éstos, señaló la necesidad de vigilancia ciudadana y de construcción de indicadores de género. Una de las comisiones integrante del esquema de trabajo participativo de la Reforma en ese período, formuló propuestas de aplicación de enfoque de género a las políticas. Los cambios de autoridades ministeriales tuvieron como uno de sus resultados la despriorización del enfoque de género y su omisión en el debate y las leyes de la reforma.

A su vez, los Objetivos Sanitarios de la década 2000 – 2010, si bien incorporaba en su discurso de contenidos la búsqueda de equidad, ésta se posicionamientos sociales, que expresan estratificaciones específicas por sexo y etnia<sup>18</sup>

La cooperación técnica de la Organización Panamericana de la Salud, facilitó el desarrollo de un proyecto de aplicación de enfoque de género en el Ministerio de Salud durante los años 2004 y 2005, que incluyó la formación de recursos humanos profesionales de nivel intermedio, la elaboración del Manual “Aplicación del Enfoque de Género en el ejercicio de la Autoridad Sanitaria y en la Gestión de Redes Asistenciales” y validación de una metodología de capacitación comunitaria sobre equidad de género. Una vez más, la iniciativa no tuvo sostenibilidad.

Desde el año 2002, a partir de la iniciativa de SERNAM y la Dirección de Presupuestos el Sistema de Equidad de Género como una de las dimensiones a incluir en los Programa de Mejoramiento de la Gestión (PMG), se designó a profesionales de la institución a cargo de la tarea en sus diferentes instancias. Los resultados en cada una de éstas fueron variables: de acuerdo con las evaluaciones del SERNAM. La actividad se enfocó como un esfuerzo de gestión en el marco de la modernización del Estado.

El Programa Salud de la Mujer, representa en realidad un programa de salud reproductiva dirigido a mujeres en edad fértil. Reconoce discursivamente la necesidad de incorporar perspectiva de género, no obstante, en su implementación no logró avances sustantivos en esa dirección, de acuerdo con

<sup>18</sup> Desde el 2006 en adelante, se abogó por ampliar la comprensión resiliencia de equidad, incluyendo las acciones en materia de género bajo el paraguas de este objetivo sanitario.

el análisis diagnóstico efectuado en el año 2009, en el contexto del proceso de rediseño de los programas de la Subsecretaría de Salud Pública.<sup>19</sup>

En respuesta al problema social y de salud pública que constituye la violencia contra las mujeres, desde el año 2004 se inicia la implementación en establecimientos de atención primaria de un programa de atención integral para mujeres que viven violencia intrafamiliar, que cuenta con una guía clínica de base y con un manual para la Atención Primaria. En el año 2005, a partir de un convenio suscrito con el Ministerio Público, se comienza la instalación de "Salas de Primera Acogida para Víctimas de Violencia Sexual para ofrecer en Servicios de Urgencia generales, pediátricos y gineco-obstétricos "una atención acorde a los derechos que la ley reconoce a todas las personas que son víctimas de estos delitos".<sup>20</sup>

En el año 2006, la Presidenta Michelle Bachelet Jeria, asigna centralidad a la transversalización de la perspectiva de género en las políticas públicas y levanta a través del SERNAM una agenda de género para el período, con mandatos sectoriales específicos<sup>21</sup>. Desde el Consejo de Ministros/as por la Igualdad de Oportunidades, emana la directriz para instalar las asesorías de género en los Ministerios<sup>22</sup> y formular planes sectoriales y metas de programación gubernamental, además de los PMG de género, e intentando armonizar los objetivos de éstos con el propósito macro de equidad de equidad de género en salud.

Se nombra a una asesora ministerial de género dependiente del gabinete ministerial y se constituye formalmente la Comisión Ministerial de Género<sup>23</sup>, que durante el año 2006 formula, con participación amplia de equipos técnicos en un grupo de trabajo denominado Comisión de Género Ampliada<sup>24</sup>, un marco de referencia, un esquema funcional, el Plan de Equidad de Género del Ministerio de Salud 2006 – 2010, las Metas de Programación Gubernamental anuales, y se hace cargo de los PMG Institucionales correspondientes. Su función primordial es asegurar la transversalización de género en los procesos de planificación de políticas, programas, proyectos, campañas, planes, asignación de recursos, y contribuir a la transformación cultural necesaria en materia de derechos humanos, y no discriminación, a fin de impactar favorablemente la reflexión y las prácticas de los recursos humanos del sector. Se desarrollan varios talleres a lo largo del año, con el objetivo de consensuar marcos conceptuales y metodológicos.

Se conforman también equipos, comisiones o directorios de género en la instituciones autónomas del sector salud, que formulan sus particulares planes y metas.

A partir del año 2007, se inicia el proceso que constituye Comisiones Regionales de Género, integradas por profesionales de las SEREMI, las Direcciones de Servicio, del FONASA y la Superintendencia de Salud. Sus tareas primordiales: a) elaborar una agenda para la región, denominada Plan Regional de Género, con base en la identificación de brechas y necesidades, y

<sup>19</sup> En principio, se avanzaría hacia un Programa de Salud Sexual y Reproductiva, inclusivo de ambos sexos, de todos los grupos de edad y de la diversidad sexual.

<sup>20</sup> MINSAL, 2008. Política de Salud en Violencia de Género, pp.11-12.

<sup>21</sup> SERNAM, 2007. Agenda de Género 2008/2010 Gobierno Presidenta Michelle Bachelet Jeria, pp.70-71. Santiago, Chile.

<sup>22</sup> Ordenamiento Ministerial 307 SERNAM, Anl.: Oficios 266 y 276, 20 septiembre 2006, Consejo de Ministros para la Igualdad de Oportunidades. Comoca a Constitución del Comité Asesor del Consejo de Ministros para la Igualdad de Oportunidades. Cada Ministerio nombrará una asesora ministerial en género, para que participe en este Comité Asesor del Consejo de Ministros/as.

<sup>23</sup> Ord. A12 N° 49 Gabinete Ministerial, 05 enero 2007.

<sup>24</sup> La Comisión de Género Ampliada incluyó al menos a cincuenta profesionales integrantes de divisiones y departamentos de ambas subsecretarías y de las cuatro instituciones autónomas del sector.

b) coordinar su transversalización en los planes de Salud Pública y en los diferentes procesos de programación institucional. Paralelamente, la Comisión Ministerial de Género desarrolla actividades de sensibilización y capacitación de los equipos de trabajo en todas las regiones.

Ese año se inicia también un esfuerzo sistemático de formación de recursos humanos, que se extendió hasta el año 2009, que incluyó al Ministerio de Salud, FONASA<sup>25</sup>, Superintendencia de Salud y CENABAST y que finalizó con un curso taller para directivos/as ministeriales y regionales de todo el país, impartido con la cooperación técnica de la Organización Panamericana de la Salud y la CEPAL<sup>26</sup>.

Sus resultados y productos se expresan entre otros, en más de doscientos/as profesionales de primer y segundo nivel con capacitación presencial, en una publicación de las tesis finales del curso 2007 del MINISAL<sup>27</sup> y en folletos, cartillas y presentaciones elaboradas en las regiones<sup>28</sup>.

En el año 2006 se elaboraron las Normas de Regulación de la Fertilidad que están implementándose a nivel país<sup>29</sup>. Junto con actualizar los conocimientos de los equipos en materia de anticoncepción, promueven la responsabilidad de los hombres en materia sexual y reproductiva. Su implementación ha debido enfrentar las dificultades derivadas de la restricción de la AE; pero en se refrendan en el contexto de promulgación de la Ley sobre educación, información y orientación en materia de regulación de la fertilidad el 18 de enero 2010.

Cumpliendo uno de los objetivos de la agenda gubernamental, se crea en octubre 2007, el Consejo Consultivo de Género y Salud de las mujeres<sup>30</sup> constituido por 41 entidades que históricamente han aportado a la producción de conocimiento y abogacía, capacitación y/o servicios desde el marco conceptual de género. Ha contribuido a la formulación de la política de salud en violencia de género, a la reformulación de programas, a la elaboración de documento y propuestas de campañas y a la vigilancia ciudadana de las políticas a través de algunas de sus instituciones.

En el año 2008 el MINISAL creó el Programa de Salud Adolescente que incorpora enfoque de género y que enfatiza respuestas a las necesidades que SSR de este grupo de edad, con pertinencia cultural. Los equipos han recibido capacitación a nivel país y existe una red funcionando en más de 50 comunas, a ampliarse este año.

Incorporación a la cobertura del GES de necesidades importantes a resolver para las mujeres como son la depresión, la atención dental, la analgesia del parto, el cáncer cervicouterino y el cáncer de mamas

Mediante un proceso participativo se formuló durante el 2008 la Política de Salud en Violencia de Género, en implementación desde el 8 de marzo del 2009. Se ha entregado un marco regulatorio para las acciones de responsabilidad de la Red Asistencial en el ámbito de atención a las víctimas de violencia. En colaboración con el Ministerio Público se ha venido

<sup>25</sup> Este curso realizado en forma presencial en las dependencias de FONASA era, transmitido por videoconferencia a las regiones

<sup>26</sup> Curso Taller "Equidad de Género en Salud", agosto 2009, Hotel Galernas, Santiago.

<sup>27</sup> MINISAL, 2007. Equidad, Género y Salud. "Hitos de un aprendizaje". Santiago, Chile.

<sup>28</sup> Entre otras, Silva Latorre V., 2008. ¿Qué es el género? y Temujige No Sexista\*, Dpto. de Información en Salud y Producción, Servicio de Salud Arica.

<sup>29</sup> En su elaboración participaron instancias de la sociedad civil, especialmente la CMER, APROFA, CEDEM, y académicas como CEMERA, de la Universidad de Chile

<sup>30</sup> Resolución Exenta ministerial N° 662, 17 octubre 2007.

Instalando Salas de Primera Acogida para Personas Víctimas de Violencia Sexual en los servicios de urgencia general, de maternidad y pediátrica de los Hospitales lo que ha permitido mejorar los procedimientos en beneficio de las víctimas de delitos sexuales. Existen actualmente 23 salas implementadas y 5 en implementación avanzada, hasta alcanzar un total de 28 a comienzos del 2010. Dos documentos orientan el quehacer de las Salas de Acogida: "Normas y guía clínica para la atención en servicios de urgencia de personas víctimas de violencia sexual" y "Orientaciones técnicas de salas de primera acogida para atención de víctimas de delitos sexuales en servicios de primera urgencia". Durante el presente año, se ha contribuido, a través de la Subsecretaría de Redes, a la elaboración del documento intersectorial "Política pública en materia de víctimas", en el que confluyen grandes acuerdos nacionales programáticos en la materia.

En la Región Metropolitana, FONASA realiza un piloto de atención en mujeres consultantes con secuelas de violencia física, que financia los productos: Tamizaje<sup>31</sup>, Primera Orientación o Acogida<sup>32</sup>, Tratamientos por traumas dentro alveolar, oftalmológico, gineco obstétrico, y traumatológicos con o sin intervención quirúrgica. Los resultados del piloto contribuirán a la decisión de incorporar en el futuro este problema de salud al AUGGE.

Durante los años 2009-2010 el rediseño en curso de algunos programas de la Subsecretaría de Salud Pública, ha incorporado análisis de género. Cabe mencionar los programas Salud de Trabajadoras, Mareta Roja, Salud de la Mujer.

- La agenda de Género 2006-2010 del gobierno de la Presidente Michelle Bachelet Jeria, asignó los siguientes objetivos al Ministerio de Salud:
- Incorporar enfoque de género en los Objetivos Sanitarios del próximo decenio.
  - Optimizar el acceso de las mujeres a la salud, a través de asegurar la atención de su salud mental, eliminar discriminación hacia mujeres en edad fértil, en planes de ISAPRES, asegurar el acceso de mujeres rurales e indígenas a los servicios de SSR, promover mejora de la calidad de vida de adultas mayores.
  - Asegurar la calidad de la atención.
  - Promover la salud laboral, previniendo y protegiendo a las trabajadoras agrícolas de los daños por plaguicidas, e incorporando la atención de insertan las mujeres.
  - Asegurar la atención de SSR: a adolescentes en forma oportuna y de calidad; en materia de prevención de VIH/SIDA e ITS; asegurando cobertura total en materia de anticoncepción, implementando las Normas de Regulación de la Fertilidad; promoviendo la responsabilidad de los hombres en la materia; contribuir a la aprobación del proyecto Ley Marco sobre salud y DDSSRR.
  - Avanzar respuestas desde el sector salud en materia de violencia de género.
  - Asegurar la participación de las mujeres y sus organizaciones en la gestión de salud a través de consejos ciudadanos.
- En la actualidad la mayoría de estos compromisos están cumplidos.

<sup>31</sup> Instrumento cuestionario para detección de violencia.  
<sup>32</sup> Intervención Breve según protocolo existente

### *Evidencias de desigualdades en salud entre mujeres y hombres*

En salud mental, diferentes encuestas realizadas durante la última década, muestran en forma consistente una brecha desfavorable a las mujeres. En el 2006 el 28.1% de las mujeres y el 15.8% de los hombres mayores de 15 años, declaró haber tenido depresión, angustia o neurosis en las últimas dos semanas<sup>33</sup>.

Entre diversos países de América Latina y Caribe, Chile (Región Metropolitana, 2004) mostró las más altas cifras, 31.9%, de estudiantes mujeres entre 13 y15 años que consideraron seriamente cometer suicidio en los últimos doce meses, proporción muy superior al 12.1% de los estudiantes hombres del mismo grupo de edad que reconocieron semejante consideración.<sup>34</sup> La tasa bruta de mortalidad por suicidio en el grupo de edad de 15 a 24 años según sexo, en el período 2003-2005 en Chile, fue de 19.1 para los hombres y de 4.3 para las mujeres.<sup>35</sup>

La inestabilidad laboral, origen de problemas de salud mental, se hace visible en los resultados de un estudio de SERNAM, con un 76.8% de mujeres y un 47.3% de hombres incorporados/as al mercado del trabajo, que durante el último año debieron cambiar de actividad<sup>36</sup>

La tasa de denuncias cada 100.000 mujeres mayores de 15 años debidas a violencia causada por una pareja en un año, ha mostrado tendencia al ascenso, alcanzando a 131.634 en el año 2008<sup>37</sup>. Los femicidios<sup>38</sup> en el año 2008 ascendieron a 62, superando a la mortalidad materna, cuya cifra absoluta fue 48.

La tasa de denuncias de abusos y violaciones a adolescentes mujeres de 14 a 19 años ha ascendido en los últimos años, alcanzando en el año 2008 a 285.05 denuncias por 100.000 mujeres entre 15 y 19 años<sup>39</sup>. La tasa correspondiente a niñas y niños menores de 14 años, asciende a 137.87 por 100.000 niñas y 40.69 por 100.000 niños<sup>40</sup>

Respecto de anticoncepción las cifras de hombres y mujeres receptoras/das de anticonceptivos en el sistema público en el año 2007 ascendieron a 1.150.284 mujeres y 11.275 hombres<sup>41</sup>

Las tasas anuales de casos de infecciones de transmisión sexual (ITS) de notificación obligatoria, han mostrado en la década un descenso notablemente mayor en mujeres, invirtiéndose la brecha desfavorable a éstas y situándose en el año 2006 en 2.8 mujeres por cada 10.000 y en 4.0 hombres por cada 10.000<sup>42</sup>

La relación entre partos vaginales y cesáreas en los sistemas ISAPRE y FONASA difiere notablemente, pero ambos superan la proporción de cesáreas de 15% aceptada por la Organización Mundial de la Salud, alcanzando un 35%.

<sup>33</sup> MINSAL, 2006. Encuesta Nacional de Calidad de Vida.

<sup>34</sup> OPS, 2008. Global School-based Student Health Survey.

<sup>35</sup> OPS, 2009. Datos suministrados por Proyecto de Información y Análisis de Salud.

<sup>36</sup> Observatorio de Equidad de Género en Salud, Informe 2007-2008, pp. 32. Cita Investigación Departamento de Estudios de SERNAM "Incorporación y segregación de las mujeres en nuevas formas de trabajo", realizado por Thelma Gálvez y Rosa Bravo, 2005.

<sup>37</sup> Observatorio de Equidad de Género en Salud, Informe 2007-2008, pp.58. Datos de Carabineros de Chile, Departamento de Información Pública y Desarrollo de Normas.

<sup>38</sup> Homicidios de mujeres conlitos por sus parejas sexuales.

<sup>39</sup> Observatorio de Equidad de Género en Salud, Informe 2007-2008, pp.57. Datos de Carabineros de Chile, Departamento de Información Pública y Desarrollo de Normas.

<sup>40</sup> Op. Cit., pp.57.

<sup>41</sup> MINSAL, Departamento de Estadísticas e Información en Salud, Departamento de Información Pública y Desarrollo de Normas.

<sup>42</sup> Op. Cit., pp.57.

<sup>43</sup> MINSAL, Departamento de Estadísticas e Información en Salud, Departamento de Información Pública y Desarrollo de Normas.

<sup>44</sup> MINSAL, Vigilancia Centineas de ETS.

en FONASA y un 63.2% en el sistema privado<sup>43</sup>, con una razón parto/cesárea de 2.3 en FONASA y de 0.5 en ISAPRE<sup>44</sup>.

Las licencias médicas por enfermedad autorizadas por el sistema ISAPRE han aumentado para ambos sexos en los últimos años; en el año 2008 se autorizaron 408.743 licencias a hombres y 442.689 a mujeres<sup>45</sup>.

El porcentaje de personas según sexo que cuidan a familiares postrados/as en el hogar, es de 49.4% para mujeres y 17.4% para hombres. Este trabajo de cuidado no remunerado implica para las y los familiares que les cuidan, un descenso de su participación en el mercado laboral, con cifras de participación de 14.2% para las mujeres cuidadoras y de 31.7% para los hombres<sup>46</sup>. Situación que a su vez, determina empobrecimiento del grupo familiar.

Las mujeres que conviven con parejas cotizantes de FONASA no son aceptadas en calidad de cargas beneficiarias, aunque esta convivencia se haya mantenido por décadas. Lo mismo ocurre con hombres cónyuges o convivientes sin empleo, que son pareja de mujeres cotizantes de FONASA.

Las tasas de mortalidad por causas externas han aumentado en la década tanto en mujeres como en hombres, aunque la brecha entre ambos sexos ha evidenciado un leve descenso. En el año 2006, fueron de 20.1 mujeres por 100.000 y 75.9 hombres por 100.000<sup>47</sup>.

Las brechas respecto de la participación en las instancias de decisión en salud, se constatan a través de cifras del año 2008. Informan que la participación de mujeres como SEREMI de Salud alcanza a 42.8% y como Directoras de Servicios de Salud, a 32.1%. A nivel gremial, en el Colegio Médico, 0%, en la Directiva Nacional de CONFENATS, 26.7%; en el Directorio de FENPRUSS, 40%, y en el Directorio de la CONFUSAM, 63.6%.<sup>48</sup>

Las primas de aseguramiento privado en edades reproductivas siguen siendo más alta para mujeres que para hombres.

### 3. Principios orientadores de la política

Se inscriben en el marco ético y jurídico de los derechos humanos y en la búsqueda de justicia social en salud, bienestar, solidaridad y cohesión social.

**1. Igualdad de género.** Referida a la salud, "significa que las mujeres y los hombres se encuentran en igualdad de condiciones para ejercer plenamente sus derechos y su potencial para, estar sanos, contribuir al desarrollo sanitario y beneficiarse de los resultados. El logro de la igualdad de género exige medidas concretas destinadas a eliminar las inequidades, por razón de género<sup>49</sup>". La igualdad de género implica la eliminación de toda forma de discriminación contra la mujer; por consiguiente, es el resultado de los esfuerzos de cada sociedad por asegurar un contexto de equidad y de ejercicio de derechos a la ciudadanía cualquiera sea su sexo u orientación sexual.

<sup>43</sup> MINSAL, 2008, Departamento de Estadísticas e Información de Salud, Registro de atención en maternidades Superintendencia de Salud, 2002.

<sup>44</sup> Observatorio de Equidad de Género en Salud, Informe 2007-2008, p.33.

<sup>45</sup> INE-MINSAL, 2007, Informe Sobre Encuesta Experimental de Uso del Tiempo en el Gran Santiago.

<sup>46</sup> MINSAL, DEIS, Bases de Datos de Delimitaciones y Muestramientos Observatorio de Equidad de Género en Salud, Informe 2007-2008, p.83. Cifras confeccionadas a partir de la información en las páginas web de cada institución.

<sup>47</sup> OPS, 2005, Política de Igualdad de Género, pp.11 Washington, D.C.: [www.paho.org/Spanish/inf/PAHOGenderEqualityPolicy2005.pdf](http://www.paho.org/Spanish/inf/PAHOGenderEqualityPolicy2005.pdf)

<sup>48</sup> OPS, 2005, Política de Igualdad de Género, pp.11 Washington, D.C.: [www.paho.org/Spanish/inf/PAHOGenderEqualityPolicy2005.pdf](http://www.paho.org/Spanish/inf/PAHOGenderEqualityPolicy2005.pdf)

**2. Equidad de género.** "Significa una distribución justa de los beneficios el poder, los recursos y las responsabilidades entre las mujeres y los hombres. El concepto reconoce que entre hombres y mujeres hay diferencias en cuanto a las necesidades en materia de salud, al acceso y al control de los recursos, y que estas diferencias deben abordarse con el fin de corregir desequilibrios entre hombres y mujeres. La inequidad de género en el ámbito de la salud se refiere a las desigualdades injustas, innecesarias y prevenibles que existen entre las mujeres y los hombres en el estado de la salud, la atención de salud y la participación en el trabajo sanitario. Las estrategias de equidad de género se utilizan para finalmente lograr la igualdad. La equidad es el medio, la igualdad es el resultado."<sup>50</sup> Los esfuerzos se dirigirán a la eliminación de las disparidades evitables y de sus determinantes, entre grupos humanos con diferentes niveles de privilegio social, en el caso particular, mujeres y hombres.

Ambos principios, tanto el de la igualdad como el de la equidad de género son derivados del principio y derecho constitucional de igualdad ante la ley.

**3. Empoderamiento.** "Se refiere a la toma de control por parte de las mujeres y los hombres sobre sus vidas, es decir, a la capacidad de distinguir opciones, tomar decisiones y ponerlas en práctica. Se trata de un proceso, pero es también un resultado; es colectivo y al mismo tiempo individual. El empoderamiento de las mujeres es esencial para el logro de la igualdad de género. Otros no pueden darle poder a las mujeres, solo las mujeres pueden empoderarse a sí mismas. Sin embargo, las instituciones pueden apoyar los procesos de empoderamiento."<sup>51</sup>

El proceso implica diversos pasos que van desde el acceso a la información y el conocimiento acerca de la propia realidad, pasando por la reflexión crítica de la misma, el intercambio con otros/as, el reconocimiento, en otros/as de la experiencia de vivir esa realidad, el desarrollo de capacidades de análisis para comprender los condicionantes de su realidad, hasta desembocar en la generación de propuestas transformadoras y tomar decisiones autónomas para llevarlas a cabo, ampliando con ello sus espacios individuales y colectivos de libertad.

La estratificación de género confiere menor poder a las mujeres que a los hombres, poder que decrece aún más, cuando se superponen otras jerarquías como son las de origen étnico y nivel socioeconómico. Considerando que la asimetría de poder está en la base de la injusticia de género, es imprescindible que los procesos de empoderamiento de las mujeres, en especial de las más excluidas y cadenciadas, se promuevan como requisito ineludible para la apropiación de sus derechos y el avance hacia la igualdad con los hombres.

<sup>50</sup> OPS/OIMS, 2005, Política de Igualdad de género, p.11. De: Agencia Canadiense para el Desarrollo Internacional, Política de Igualdad de Género de la ACDI, Québec, 1999.

<sup>51</sup> OPS/OIMS, 2005, Política de Igualdad de género, pp.11, Washington, D.C.

**4. Transversalización de la perspectiva de Género.** Políticamente, avanza más allá de las modificaciones legales necesarias para lograr la equidad de género, y de las respuestas urgentes a los problemas de discriminación de las mujeres.

El Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas (14 Julio 1997) la definió como "... el proceso de evaluar las consecuencias que tiene para los hombres y las mujeres cualquier acción, planeada, incluida la legislación, las políticas y los programas, en cualquier sector y en todos los niveles. Es una estrategia para hacer integral del diseño, la ejecución, la vigilancia y la evaluación de las políticas y programas en todas las esferas políticas, económicas y sociales, de tal manera que no se perpetúe la desigualdad. El objetivo último es conseguir la igualdad de género".<sup>52</sup>

La V Conferencia Mundial de la Mujer<sup>53</sup> planteó inicialmente la necesidad de involucramiento de todas las áreas y niveles de los poderes públicos en la búsqueda de la equidad de género a través de las políticas, programas, planes, proyectos, leyes, normativas, actividades financieras y de gestión. Implica un cambio profundo en el modo de hacer política. Esto requiere transformar la cultura institucional y desarrollar nuevas formas de planificación y gestión que apliquen un enfoque de género a través de diversas acciones y metodologías. El desafío incumbe al conjunto del Estado, y muy especialmente a las estructuras gubernamentales de alto nivel de decisión. La no consideración de la equidad de género en los procesos de modernización del Estado, pone en duda los objetivos de éstos y permite prever su fracaso.

**5. Participación como derecho.** Significa que la participación no es una opción política sino un derecho ciudadano, que reconoce a las personas como agentes de cambio que toman parte en las decisiones a través de, involucrarse en los diagnósticos, definir prioridades, planificar respuestas a los problemas, demandar y efectuar análisis crítico de las rendiciones de cuentas.<sup>54</sup> Implica abandonar en el desarrollo de acciones prescritas por otros/as, o ser consultado/a como informante, y a cambio, construir una cultura institucional que asuma sin tensiones la redistribución del poder y el control social de las políticas públicas de salud.

**6. Obligación del Estado en el aseguramiento de la no discriminación.** El Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos y la Convención Americana sobre Derechos Humanos establecieron las siguientes obligaciones para los Estados que han ratificado estos tratados: a) obligación de respetar los derechos humanos de todos los individuos sujetos a su jurisdicción y garantizar los derechos goce<sup>55</sup>, b) obligación de adoptar medidas para hacer efectivos los derechos reconocidos, y c) obligación de cooperar a la supervisión internacional. Ello implica identificar brechas entre mujeres y hombres respecto de su estado de salud, su acceso a recursos, beneficios y servicios de calidad, los costes diferenciados de su atención de salud, participación en las decisiones de salud y reconocimiento de sus aportes sanitarios, para luego formular políticas públicas orientadas a su erradicación. También, responder con transparencia a las

<sup>52</sup> On,dl., p.12

<sup>53</sup> Beijing, 2005.

<sup>54</sup> Gomez Gomez, E., 2004.

<sup>55</sup> El artículo 3 del Pacto de Derechos Civiles y Políticos hace especial referencia al compromiso de los Estados Partes de garantizar a hombres y mujeres la igualdad de todos los derechos civiles y políticos enunciados en el Pacto.

<sup>56</sup> Medina O., C., 2006. *El Derecho Internacional de los Derechos Humanos*. En: *Derechos Humanos. Selección de Tratados Internacionales y Recomendaciones de Organismos Internacionales a Chile*. Corporación Humanas, pp. 19-27. Santiago, Chile.

instancias internacionales de seguimiento de los compromisos y recoger sus recomendaciones.

**7. Valoración de la experiencia construida y de las lecciones aprendidas.** Los recientes procesos de incorporación del enfoque de género y equidad en las políticas públicas, revisien particularidades en cada país y cultura, que es preciso identificar y rescatar, a fin de enriquecer y adecuar las respuestas.

## 5. Propósito y objetivos de la política.

### El propósito

Aportar al logro de la igualdad de género en salud a través de estudios diagnósticos, políticas, planes, programas y acciones diversas, que instalando el enfoque de género en la corriente principal analicen las diferencias y sus necesidades diferenciadas, y que generen condiciones de equidad para corregir o eliminar las asimetrías en los resultados.

### Los objetivos

- Lograr mejorar progresivamente el estado de salud de mujeres y hombres en Chile durante todo su ciclo de vida, eliminando las desigualdades injustas y evitables entre los sexos en materia de salud y bienestar, con énfasis en los riesgos para la salud propios de cada sexo enfrentando la exposición y la vulnerabilidad relacionadas con el género, en especial la relacionadas con violencia contra las mujeres; salud mental; salud de trabajadoras/es (con inclusión del trabajo de cuidado de la salud y la enfermedad); salud sexual y reproductiva; prevención de mortalidad por causas externas.
- Asignar equitativamente los recursos financieros y humanos que aseguren a mujeres y hombres a lo largo de todo su ciclo de vida el acceso a la atención de salud de calidad y de acuerdo con sus necesidades especiales.
- Redistribuir y retribuir en forma equitativa entre mujeres y hombres, la carga de trabajo asociada a la producción social de salud en los ámbitos doméstico y público (comunitario e institucional), con especial énfasis en las tareas del cuidado de la enfermedad.
- Favorecer el empoderamiento individual y colectivo de las mujeres, especialmente de aquellas pertenecientes a los grupos más desprivilegiados (adolescentes, adultas mayores, pertenecientes a pueblos originarios y a áreas rurales apartadas), mediante información, a difusión de derechos y espacios de participación deliberativa.
- Lograr una participación paritaria de mujeres y hombres en la toma de decisiones relacionadas con su propia salud, la de sus familias y comunidades, y las decisiones de política sanitaria.

- Lograr solidaridad en el financiamiento de la atención, con énfasis en la prevención de mayores costos para las mujeres, especialmente durante su edad reproductiva.

## 6. Estrategias

El logro de los objetivos requiere desarrollar estrategias en varios niveles, a través de ambas Subsecretarías, de los Servicios de Salud y las Autoridades Sanitarias Regionales, con la asesoría y acompañamiento de los equipos profesionales integrantes de las Comisiones ministerial y regionales de género, que a su vez, deben contar con mecanismos específicos de género, seguimiento y evaluación.

**Estrategia de transversalización del enfoque de género** en todos los análisis e intervenciones referidos a la salud y movilizada desde una voluntad política central. Incluye la incorporación operativa del enfoque en programas, planes, proyectos, investigaciones, y la incorporación *institucional*, relacionada con la dinámica interna de las diversas instituciones sectoriales, sus metas, su agenda, sus contrataciones, ascensos y promoción del personal, decisiones presupuestarias, estructuras de gestión, y los procedimientos del funcionamiento diario<sup>57</sup>. La estrategia de incorporación transversal del enfoque de género requiere contar con un equipo o unidad técnica con experiencia en la materia, que proporcione la asesoría y aseguramientos respecto de insumos técnicos, seguimiento, relaciones con organizaciones especializadas internacionales y nacionales y relaciones con el movimiento organizado de mujeres<sup>58</sup>.

**De producción de información, estadísticas desagregadas por sexo y estudios que permitan construir evidencias de desigualdad de género** en salud que den cuenta de la situación de la que se parte y de los avances, y que aseguren el análisis de la superposición con otras inequidades (étnica, nivel socioeconómico).

**De institucionalización de la política de equidad de género en salud** en los ámbitos de acción interno y externo. Incluye la definición de roles de las diversas instancias sectoriales; las relaciones laborales y técnicas que es necesario promover; los mecanismos de monitoreo; los equipos con experiencia en género necesarios para asesorar y acompañar los procesos de transversalización del enfoque de género en los niveles central y regional. En lo externo, la institucionalización de los mecanismos de participación de la sociedad civil del las decisiones, y la validación de sus herramientas de control social. Componentes de la estrategia son la sensibilización; la difusión del conocimiento a través de capacitación que legitime la política y que permita a los recursos humanos sectoriales involucrarse en los cambios; el acceso y control de recursos financieros y humanos que garanticen la implementación de la política.

**De creación y fortalecimiento de capacidades institucionales** en todos los niveles, incluidos los directivos ministerial y regional, y los/as decisores en materia presupuestaria, a fin de que aseguren la integración de la perspectiva de equidad de género en el financiamiento, la formulación, ejecución, investigación, procesos de monitoreo y evaluación de las políticas, programas y proyectos.

<sup>57</sup> OMS, 2007. Informe final a la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud.

<sup>58</sup> Moser, C., 1995. Hacia la planificación de género. Una nueva tradición de planificación y metodología planificadora. En: *Planificación de género y Desarrollo. Teoría, práctica y capacitación* pp. 159-199, Ed. Foca Tristán, Lima.

**De creación y fortalecimiento de capacidades de la sociedad civil** mediante democratización del conocimiento en salud, difusión de los derechos en salud, ampliación de los mecanismos de participación ciudadana de manera de involucrar especialmente a los grupos de mujeres más excluidos, y avance hacia formas de participación deliberativa y con ingerencia en los presupuestos (presupuestos participativos).

**De intersectorialidad de las políticas e intervenciones dirigidas a lograr la equidad de género.** Especial relevancia adquiere la intersectorialidad con educación, en la búsqueda de modificar los roles y las relaciones de poder entre mujeres y hombres, que están en la base de los daños en salud derivados de la inequidad de género.

**De transparencia,** que desarrolle interlocución permanente con la población, que recoja y responda respetuosa, consistente y oportunamente sus interpelaciones, inquietudes y sugerencias<sup>59</sup>, y que informe las Cuentas Públicas del sector salud con los resultados de la implementación de la Política de Equidad de Género en Salud.

## **7. Los ámbitos de ejecución de la política y las responsabilidades institucionales**

Los ámbitos de aplicación de la política considerados a partir del Plan de Equidad de Género en Salud elaborado participativamente en el año 2006, corresponden al sectorial, intersectorial y poblacional.

La responsabilidad de las acciones se establece mediante un modelo funcional liderado por el Ministro de Salud, de cuyo Gabinete Ministerial depende la Comisión Ministerial de Género, encargada del apoyo técnico político a los equipos de salud. La responsabilidad de las acciones se canaliza a través de ambas Subsecretarías, respectivas Comisiones de Género<sup>61</sup>, de la Autoridad Sanitaria Regional y de los Servicios de Salud. Las Comisiones Regionales de Género asesoran a los niveles directivos regionales y a los equipos de salud de los territorios correspondientes.

En los procesos de planificación y gestión, se aplica transversalmente el enfoque de equidad de género a través de instrumentos intrasectoriales, como son los planes de salud pública, los compromisos de desempeño, y de gestión, los indicadores de actividad de la Atención Primaria y de los mecanismos de participación social de los Consejos Asesores de los/las SEREMI, los Consejos de Desarrollo, los Consejos de Mujeres. También se aplicó a instrumentos intersectoriales, entre otros, PMG de Género, PMG de Gestión Territorial Integrada, Metas de Programación Gubernamental, Planes de Igualdad de Oportunidades regionales, Mesas Intersectoriales (Violencia de Género, Rurales).

<sup>59</sup> Ley de Transparencia, OIRS

<sup>60</sup> En regiones sólo operan FONASA y la Superintendencia de Salud.

<sup>61</sup> En la Superintendencia de Salud, se denomina Directorio de Género.

La designación de los profesionales de las Comisiones de Género se efectúa a través de Resoluciones Ministeriales, de las Subsecretarías y de los niveles directivos de los organismos autónomos y de las regiones. La experiencia ha demostrado que la nominación de responsables por divisiones, departamentos y programas da cuenta de las necesidades.

Es necesario considerar anualmente la incorporación de una integrante de la Comisión Ministerial de Género al equipo de trabajo presupuestario del sector salud, para asesorar el proceso asegurando la aplicación del enfoque de equidad de género. El no hacerlo, agrava la brecha de desigualdad entre los sexos, en circunstancias que se requiere que el proceso presupuestario se haga cargo de la necesidad de erradicar esta brecha. Para contribuir a ello, es necesario que el trabajo sea interdisciplinario, incorporando la visión de las ciencias sociales. Es preciso señalar también que los hombres están sobre representados en las posiciones de poder que toman las decisiones económicas y que éstas no son neutras, sino que implican una opción política que puede incorporar o dejar fuera el análisis de género. Es habitual que los hombres decisores en estas materias no aplican enfoque de equidad de género.

#### **8. El compromiso del Ministerio de Salud con la ejecución de la política.**

El cumplimiento y sostenibilidad de los compromisos institucionales se basa en los conocimientos y en el involucramiento activo del personal que participa en su implementación y gestión; asimismo, en los procesos de institucionalización de las directrices y herramientas metodológicas.

Es necesario que las autoridades apliquen voluntad para que la política sea exitosa, validándola permanentemente y adoptando las medidas necesarias para que se traduzca en acciones técnicas, financieras y administrativas, sea difundida a los recursos humanos institucionales, y se ejecute efectivamente en todos los ámbitos de su responsabilidad.

La totalidad de los equipos de salud del sector requieren contar con la información pertinente acerca de la política y participar activamente en su difusión y ejecución en el país.

Para asegurar el desarrollo de capacidades de los recursos humanos institucionales para implementar la política, es preciso que se asignen recursos financieros, de información, de capacitación y de apoyo técnico, necesarios para una ejecución coherente de la política.

Durante un periodo indeterminado aún, la asesoría y acompañamiento a la implementación de la política, serán responsabilidad de la Comisión Ministerial de Género y de las Comisiones Regionales de Género. Las evaluaciones anuales permitirán constatar a través de indicadores, los avances en la transversalización del enfoque de equidad de género en todas las instancias del sector. Serán los resultados esperados a través de tales indicadores, los que eventualmente indiquen la posibilidad de prescindir de los equipos asesores y descansar en la exclusiva responsabilidad de los diversos equipos técnicos ejecutores de la política.

Los niveles directivos, los equipos ejecutores de la política y los equipos asesores, requieren asegurar la interlocución sostenida con la sociedad civil, recogiendo sus percepciones, observaciones, señalamientos y propuestas, y entregando las informaciones que soliciten sobre los resultados de la implementación de la política.

El compromiso ministerial asegurará la contribución de la política a la mejora del estado de salud, la inclusión social, la justicia distributiva, el desarrollo de capacidades humanas, y a la eliminación de la discriminación.

### 9. El seguimiento de la política

El seguimiento institucional de la ejecución de la política en el Ministerio de Salud se desarrollará mediante la información de indicadores cualitativos y cuantitativos formalmente consensuados por los equipos profesionales del sector, a partir de propuestas existentes que han probado ser útiles, como son la elaborada por la Organización Panamericana de la Salud<sup>62</sup> y la construida por el Observatorio de Equidad de Género en Salud, instancia nacional integrada por facultades de la Universidad de Chile<sup>63</sup> y por redes y centros de estudio de la sociedad civil organizada.

Los indicadores de contexto, proceso, resultado e impacto deberán informar los grados de avance en el cumplimiento de los objetivos a través de la implementación de la política. Incluirá indicadores de seguimiento de los procesos de avance hacia la equidad de género al interior de la institucionalidad sectorial. Las fuentes de información serán las del sector salud<sup>64</sup>, a las que se agregarán estudios periódicos y esporádicos.

El seguimiento a través del control social o vigilancia ciudadana tiene una importancia primordial, tanto por su impacto en los procesos de democratización de la sociedad, como por las conclusiones y análisis que aportan, y que contribuyen a mejorar la implementación de las acciones y el seguimiento de la política. En coherencia, se facilitará la entrega de información a la sociedad civil concernida en los procesos de seguimiento, se acogerán sus resultados y recomendaciones, y se mantendrá un permanente diálogo con sus organizaciones.

## 10. Glosario

### Sexo:

Refiere a las diferencias biológicas entre mujeres y hombres.

### Género:

Significación social que se atribuye a las diferencias biológicas entre mujeres y hombres y que establece una estratificación o jerarquía entre ambos sexos, asignándoles roles diferentes (lo femenino y lo masculino) y una relación de poder desigual, que otorga al concepto un carácter *relacional*.

Es en consecuencia, una construcción socio cultural que varía de acuerdo con contexto histórico, social y político de cada país o región del mundo. Al no tener su origen en la naturaleza sino que en la cultura, es posible modificar esta construcción.

La inequidad de poder entre mujeres y hombres determinada en base a género, desfavorece a las mujeres y se expresan en desiguales calidad de vida, valoración

<sup>62</sup> OPS, 2004, Indicadores Básicos Para el Análisis de la Equidad de Género en Salud, Unidad de Género, Etnia y Salud, Washington, D.C.

<sup>63</sup> Facultad de Ciencias Sociales, Facultad de Filosofía y Humanidades (CEGECAL) y Facultad de Medicina (Escuela de Salud Pública).

<sup>64</sup> Registros y datos consolidados DEIS, FONASA, Superintendencia de Salud, CENABAST, INP.

social, acceso a los recursos y beneficios, acceso a las decisiones políticas, reconocimiento y compensaciones a los aportes en materia de producción social de salud

La estratificación social determinada en base a género interactúa con otras estratificaciones como son, nivel socioeconómico, etnia, territorio, grupo de edad, diversidad sexual

ANÓTESE, Y COMUNIQUESE



ALVARO ERAZOLA TORRE  
MINISTRO DE SALUD

CONSEJO CONSULTIVO DE GENERO Y SALUD DE LAS MUJERES DEL MINSAL

Entidad
ALIANZA POR UNA CALIDAD DE VIDA RAP-AL
ANADEUS
ANAMURI
ANDARES
APROFA
CASA DE ACOGIDA HOGAR DE CRISTO
CASA DE LA MUJER ATINIÑA
CASA DE LA MUJER YELA DE TALCA
CEDEM / GÉNERO / ESPECIAL
CEM
CENTRO DE DESARROLLO DE LA MUJER DOMOS
CHILENA MEMCH
COLEGIO DE MATRONAS
CONSPIRANDO
CORPORACIÓN DE DESARROLLO DE LA
CORPORACIÓN HUMANAS
DOMOS
EPES
FLACSO
FORO POLITICO JULIETA KIRKWOOD
FORO SALUD
FORO SALUD REGIÓN DE VALPARAÍSO
FUNDACIÓN INSTITUTO DE LA MUJER
FUNDACION TERRAM (PROMOCION)
GRUPOS DE SALUD HUECHURABA
ICMER
LES NUMS
MESTICA Y SEXUAL
MOVIMIENTO PRO EMANCIPACIÓN DE LA MUJER
MOVIMIENTO UNIFICADO DE MINORÍAS SEXUA-
MUJER LA MORADA
OBSERVATORIO EQUIDAD DE GENERO EN SALUD
ONG CORDILLERA
ONG EDUK
PROSALUD
RED CHILENA CONTRA LA VIOLENCIA DOMES.
RSMILAC
SIDACCIÓN
SINDICATO DE TRABAJADORAS SEXUALES
SOGIA
UNIV DE CHILE (FAC DE FILOSOFIA Y HUMANIDA
UNIV DE CHILE (GÉNERO FAC DE CS SOCIALES
UNV ACADEMIA DE HUMANISMO CRISTIANO
VIVO POSITIVO

## COMISION MINISTERIAL DE GENERO

Bernardita Monge	ISPCH
Carla Ceppi	FONASA
Carmen Lopez	Subsecretaria de Salud Publica
Claudia Padilla	Subsecretaria Redes Asistenciales
Claudia Valenzuela	Subsecretaria Redes Asistenciales
Cristina Gueneau	Superintendencia de Salud
Flor Dragucevic	Subsecretaria Redes Asistenciales
Isabel de Ferrari	Subsecretaria de Salud Publica
Loreto Olave	Gabinete Ministerial - Depto. de Control de Gestión
Lucy Poffald	Subsecretaria de Salud Publica
Macarena Castro	Subsecretaria Redes Asistenciales
Marcela Pinto	Subsecretaria Redes Asistenciales
María Elena Varela	Subsecretaria Redes Asistenciales
María Eugenia Jara	Subsecretaria Redes Asistenciales
María José Hinolosa	Subsecretaria Redes Asistenciales
Mariela Ramos	Subsecretaria de Salud Publica
Marisa Matamala	Coordinadora de la Comisión Asesora Ministerial Género
Nora Donoso	Subsecretaria Redes Asistenciales
Paola Bahamondes	CENABAST
Patricia Grau	Subsecretaria de Salud Publica
Patricia Neira	Gabinete Ministerial - Participación
Paz Robledo	Subsecretaria de Salud Publica
Rafael Urrutia	FONASA
Rosa Lizama	Subsecretaria Redes Asistenciales
Soledad Bunger	Subsecretaria Redes Asistenciales
Verónica Pardo	Subsecretaria de Salud Publica
Verónica Tobar	Gabinete Ministerial - Participación
Viviana Díaz	Gabinete Ministerial - Depto. de Control de Gestión

**SERVICIOS DE SALUD - FONASA - ISP - SUPER DE SALUD**

<b>SERVICIO</b>	<b>NOMBRE</b>
Arica	DRA. MARÍA SILVA L.
Iquique	DANTE SANHUEZA
Antofagasta	Claudia Medina – Juan Herrera
Atacama	LAURA GONZÁLEZ
Coquimbo	VIVIANA ALBARNEZ
Valparaiso San Antonio	MABEL MOYA MARAMBIO
Viña del Mar Quillota	ALEXANDRA CORAIL SALINAS
Aconcagua	MANUELA ROMÁN BERNAL
L. Bdo O' Higgins	PAULA RANDOLPH
Maule	MYRIAM VASQUEZ
Ñuble	ARACELI HERRERA
Concepción	CRISTINA DOBBS
Arauco	VILMA SILVA
Talcahuano	ROSA GAYÓ HERNÁNDEZ
Bio – Bio	VIVIANA VELÁSQUEZ CLAVIJO
Araucanía Norte	EDUARDO SOTO FERNÁNDEZ
Araucanía Sur	ANA MARÍA JARA
Valdivia / Los Ríos	TANIA SOLAR LÓPEZ
Osorno	VICTORIA NORAMBUENA
Llanquihue	MARLENE SOTO
Magallanes	KAREN PEREIRA M.

SERVICIO	NOMBRE
Metrop. Central	EDITH SAA
Metrop. Norte	CARMEN GARCÉS
Metrop. Sur	PATRICIA ACEVEDO
Metrop. Oriente	MARIA SILVA
Metrop. Sur Oriente	JAZNA MIMICA
Metrop. Occidente	SERGIO LOBOS
CRS Peñal Cordillera Oriente	Georgette Cassot S.
FONASA IQUIQUE	Oswaldo Castro
FONASA ARICA	Antonio Torres Quintero
ISP	Aurora Maldonado Ballesteros
SUPER DE SALUD ARICA	Marcelo Ricci
SUPER DE SALUD IQUIQUE	Manuel Fernández Ibacache
SUPER DE SALUD II	Tamara Saavedra
SUPER DE SALUD III	Gustavo Rojas
SUPER DE SALUD IV	Soledad Gárate
SUPER DE SALUD V	Feiipe Ubilla
SUPER DE SALUD VI	Patricio Herrera
SUPER DE SALUD VII	M <sup>a</sup> Paulina Espinoza
SUPER DE SALUD VIII	M <sup>a</sup> de los Angeles del Río
SUPER DE SALUD IX	Marcelo Campos
SUPER DE SALUD X	Francisco Garrido
SUPER DE SALUD XI	Samuel Navarro
SUPER DE SALUD XII	Nelly Jeldres

**SEREMI DE SALUD**

SEREMI	NOMBRE
	carmen miranda
I	Edna Venegas
II	Calle matta 1999 1° piso seremi de salud región antofagasta antofagasta
III	Illa Torres Lara
IV	Raquel Opazo Pacheco
V	Myriam Donoso Pinochet
VI	Carmen Diaz Mella
VII	Carmen Gloria Vega Gómez
VIII	Carmen Gloria Burdiles
IX	Patricia Weisse
	Ivon Gelves seremi de los rios
X	Sibel Volpi
XI	Margarita Marchant Contreras
XII	Maria Isabel Velich
RM	Loreto Orellana