



**Respuesta al
Cuestionario enviado a los gobiernos para la
Aplicación de la
Declaración y Plataforma de Acción de Beijing (1995) y los
resultados del vigésimo tercer período extraordinario de sesiones
de la Asamblea General (2000)
en el contexto del 20º aniversario de la Cuarta Conferencia
Mundial sobre la Mujer
y la aprobación de la
Declaración y Plataforma de Acción de Beijing
2015**

SANTIAGO DE CHILE, OTOÑO DEL 2014

NOTA.

La información que contiene el presente Documento fue entregada por diversos organismos públicos y servicios, a quienes se les agradece su cooperación. Estos fueron:

- Ministerio de Defensa Nacional
- Ministerio de Desarrollo Social
- Ministerio de Economía, Fomento y Turismo
- Ministerio de Educación
- Ministerio de Hacienda
- Ministerio de Medio Ambiente
- Ministerio de Relaciones Exteriores
- Ministerio de Salud
- Ministerio del Trabajo y Previsión Social
- Servicio Nacional de Menores
- Servicio Nacional de la Mujer
- Instituto Nacional de Estadísticas

Se agradece especialmente a los funcionarios y funcionarias del Servicio Nacional de la Mujer que participaron en los procesos consultivos internos y/o analizaron información para la elaboración del presente informe.



INDICE DEL CONTENIDO

Abreviaturas y siglas.....	Pág. 5
Introducción.....	Pág. 9
PRIMERA SECCIÓN:	
ANÁLISIS GENERAL DE LOS LOGROS Y RETOS DESDE 1995.....	Pág. 10
i) Principales logros del país en la promoción de la igualdad entre los géneros y el empoderamiento de las mujeres desde la aprobación de la Declaración y la Plataforma de Acción de Beijing y el vigésimo tercer periodo extraordinario de sesiones de la Asamblea General.....	Pág. 10
ii) Principales retos a los que se ha enfrentado el país en el logro de la igualdad entre los géneros y el empoderamiento de las mujeres desde la aprobación de la Declaración y la Plataforma de Acción de Beijing y el vigésimo tercer periodo extraordinario de sesiones de la Asamblea General.....	Pág. 16
iii) Retrocesos experimentados en el camino hacia la igualdad entre los géneros y el empoderamiento de las mujeres desde la aprobación de la Declaración y la Plataforma de Acción de Beijing y el vigésimo tercer periodo extraordinario de sesiones de la Asamblea General.....	Pág. 21
iv) Principales acontecimientos constitucionales, legislativos y/o jurídicos en la promoción de la igualdad entre los géneros y el empoderamiento de las mujeres.....	Pág. 22
v) Leyes y/o reglamentos que siguen aplicándose (o se han introducido) que podrían influir negativamente en la promoción de la igualdad entre los géneros y el empoderamiento de las mujeres en el país.....	Pág. 23
SEGUNDA SECCIÓN:	
PROGRESOS EN LA APLICACIÓN DE LAS PRINCIPALES ESFERAS DE PREOCUPACIÓN DE LA PLATAFORMA DE ACCIÓN DESDE 2009.....	Pág. 25
A. Las mujeres y la pobreza.....	Pág. 25
B. Educación y capacitación de las mujeres.....	Pág. 27
C. Las mujeres y la salud.....	Pág. 29
D. Violencia contra las mujeres.....	Pág. 33
E. Las mujeres y los conflictos armados.....	Pág. 35
F. Las mujeres y la economía.....	Pág. 37
G. Las mujeres en el ejercicio del poder y la adopción de decisiones.....	Pág. 42
H. Mecanismos institucionales para el adelanto de las mujeres.....	Pág. 43
I. Los derechos humanos de las mujeres.....	Pág. 46
J. Las mujeres y los medios de difusión.....	Pág. 49
K. Las mujeres y el medio ambiente.....	Pág. 50
L. Las niñas.....	Pág. 50

N. Otros aspectos. Descripción de la aplicación de medidas contracíclicas desde el año 2009 para mitigar las consecuencias de la crisis económica y financiera mundial, especialmente medidas de protección social y de empleo hacia mujeres.....Pág. 54

TERCERA SECCIÓN:

DATOS Y ESTADÍSTICAS DE GÉNERO.....Pág. 56

CUARTA SECCIÓN:

NUEVAS PRIORIDADES.....Pág. 58

- IGUALDAD Y NO DISCRIMINACIÓN
- EDUCACIÓN
- AUTONOMÍA EN LA SEXUALIDAD Y LAS DECISIONES REPRODUCTIVAS
- DEMOCRACIA PARITARIA
- AUTONOMÍA ECONÓMICA Y TRABAJO DECENTE
- ELIMINACIÓN DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO
- PRESTACIONES ECONÓMICAS Y SOCIALES
- GRUPOS DESFAVORECIDOS DE MUJERES

ANEXOS

ABREVIATURAS Y SIGLAS

AGNU	Asamblea General de Naciones Unidas
AMA	Programa Atención y Apoyo a Madres Adolescentes
ANECAP	Asociación Nacional Empleadas de Casa Particular
BID	Banco Interamericano de Desarrollo
BPL	Buenas Prácticas Laborales
CASEN	Encuesta de Caracterización Económica
CEDAW	Convención para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación en Contra de la Mujer
CDDHH	Consejo de Derechos Humanos
CIDH	Comisión Interamericana de Derechos Humanos
COMISIONES PRIO	Comisiones Plan Regional Igualdad de Oportunidades
CONADI	Corporación Nacional de Desarrollo Indígena
CONICYT	Comisión Nacional de Investigación Científica y Tecnológica
CPEIP	Centro de Perfeccionamiento, Experimentación e Investigaciones Pedagógicas del MINEDUC
CORFO	Corporación de Fomento de la Producción
COSAM	Centros Comunitarios de Salud Mental
CT	Código del Trabajo de la República de Chile
DIBAM	Dirección de Bibliotecas, Archivos y Museos
DO	Diario Oficial
DOS	División de Organizaciones Sociales de la SEGEGOB
EANNA	Encuesta de Actividades de Niños, Niñas y Adolescentes
FDI	Fondo de Desarrollo Indígena
FONASA	Fondo Nacional de Salud

FPS	Ficha de Protección Social
GES	Sistema de Garantías Explicitas de Salud
GORE	Gobierno Regional
HMJF	Hogar Monoparental con Jefatura Femenina
INDH	Instituto Nacional de Derechos Humanos
INE	Instituto Nacional de Estadísticas
INJUV	Instituto Nacional de la Juventud
INN	Instituto Nacional de Normalización
IEF	Ingreso Ético Familiar
IPOS	Informe Políticos Sociales
ITS	Infecciones de transmisión sexual
JUNJI	Junta Nacional de Jardines Infantiles
MERCOSUR	Mercado Común de Sur
MDS	Ministerio de Desarrollo Social
MINEDUC	Ministerio de Educación
MINSAL	Ministerio de Salud
MINTRAB	Ministerio del Trabajo y Previsión Social
NCh	Norma Chilena
NENE	Nueva Encuesta Nacional de Empleo
NESI	Nueva Encuesta Suplementaria de Ingresos
OEA	Organización de los Estados Americanos
OECD	Organización para la Cooperación y el Desarrollo
ONGs	Organizaciones no Gubernamentales
OIT	Organización Internacional del Trabajo
PAB	Plataforma de Acción de Beijing
PAE	Píldora Anticoncepción de Emergencia

PEC	Programa para que Estudie Contigo
PGS	Plan Garantizado de Salud
PIO	Plan de Igualdad de Oportunidades
PLAN AUGE	Plan de Acceso Universal de Garantías Explícitas
PMG	Programa Mejoramiento de la Gestión
PMTJH	Programa Mujer Trabajadora Jefa de Hogar
PNUD	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
PROGRAMA PAE	Programa Apoyo al Entorno Emprendedor
RAV	Red de Asistencia a Víctimas
RES.	Resolución
RIIS	Registro de Información Social
SAG	Servicio Agrícola y Ganadero
SEA	Servicio de Evaluación Ambiental
SEGEOB	Ministerio Secretaria General de Gobierno
SEGPRES	Secretaría General de la Presidencia
SENADIS	Servicio Nacional de la Discapacidad
SENAMA	Servicio Nacional del Adulto Mayor
SENAME	Servicio Nacional de Menores
SENCE	Servicio Nacional de Capacitación y Empleo
SERCOTEC	Servicio de Cooperación Técnica
SERNAC	Servicio Nacional del Consumidor
SERNAM	Servicio Nacional de la Mujer
SERNATUR	Servicio Nacional de Turismo de Chile
SERVEL	Servicio Electoral de Chile
SIGIGC	Sistema de Gestión de Igualdad de Género y Conciliación de la vida laboral, familiar y personal

SIIS	Sistema Integrado de Información Social
SIMCE	Sistema Nacional de Evaluación de Resultados de Aprendizaje
SINTRACAP	Sindicato Trabajadora Casa Particular
TICs	Tecnologías de la Información y la Comunicación
TG	Transversalización de Género
UCE	Unidad de Currículum y Evaluación
UF	Unidad de Fomento
UNASUR	Unión de Naciones Suramericanas
UNICEF	Fondo de Naciones Unidas para la Infancia
UV	Ultravioleta
VIF	Violencia Intrafamiliar
VCM	Unidad de Prevención de la Violencia contra la Mujer de SERNAM

Introducción

El presente Documento contiene los logros, desafíos y retrocesos del Estado de Chile en la Aplicación de la Declaración y Plataforma de Acción de Beijing (1995) y los resultados del vigésimo tercer período extraordinario de sesiones de la Asamblea General (2000) y ha sido elaborado con motivo del 20º aniversario de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer y la aprobación de la Declaración y Plataforma de Acción de Beijing 2015. La estructura del presente Informe se ha elaborado usando como base la Nota orientativa para la preparación de exámenes nacionales¹ confeccionada por ONU Mujeres y guiada por la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).

Para incrementar la calidad de la información entregada se realizó un proceso consultivo interno con funcionarios y funcionarias del Servicio Nacional de la Mujer guiado por algunas de las preguntas claves de la Nota Orientativa, y paralelamente se recolectó información de los diversos sectores comprometidos de acuerdo a las Esferas de Preocupación de la Plataforma.

El presente documento proporciona información que refleja, en términos generales, ejemplos de avances sectoriales para la incorporación del enfoque de género y logro de los objetivos planteados en la PAB. Como se podrá observar, la experiencia chilena muestra importantes adelantos, sin embargo, también presenta obstáculos y dificultades que al momento de la aplicación de medidas y acciones interfieren en el pleno cumplimiento de la igualdad de género.

Se ha dividido el documento en cuatro secciones, además de un apartado de anexos. La primera sección corresponde al análisis general de los logros y retos desde 1995 en la obtención de la igualdad entre los géneros y el empoderamiento de las mujeres; la segunda sección se refiere a los progresos en la aplicación de las principales esferas de preocupación de la Plataforma de Acción desde 2009; la tercera sección corresponde a un análisis específico de datos y estadísticas de género; la cuarta sección identifica las nuevas prioridades; y, finalmente, se incluye un apartado de Anexos que reúne las tablas y gráficos que permitan complementar el panorama que se ha descrito en el documento, y la información relevante para visibilizar la situación de las mujeres en el país.

¹ <http://www.unwomen.org/~media/Headquarters/Attachments/Sections/CSW/59/BeijingPlus20-GuidanceNote-es.pdf>

I. PRIMERA SECCIÓN: ANÁLISIS GENERAL DE LOS LOGROS Y RETOS DESDE 1995**i) Principales logros del país en la promoción de la igualdad entre los géneros y el empoderamiento de las mujeres desde la aprobación de la Declaración y la Plataforma de Acción de Beijing y el vigésimo tercer periodo extraordinario de sesiones de la Asamblea General**

En Chile la situación de las mujeres ha evolucionado de forma sostenida desde la recuperación de la democracia hasta la actualidad. Gracias a cambios socioculturales, institucionales y legislativos el país ha avanzado significativamente hacia la igualdad de género en áreas como el mercado laboral, educación y salud, entre otros, permitiendo a las mujeres poder gozar y ejercer sus derechos de manera más efectiva. A continuación daremos cuenta de los principales logros alcanzados:

1) Mecanismos institucionales para el adelanto de las mujeres

En relación a la institucionalidad para el adelanto de las mujeres, un logro de importancia real, práctica y a la vez simbólica, ha sido la creación de institucionalidad de género, a través del Servicio Nacional de la Mujer SERNAM en 1991, y el fortalecimiento del mismo durante las últimas décadas.

El SERNAM fue creado por la Ley N° 19.023, publicada el 3 de enero de 1991, y es la institución encargada de *“colaborar con el Ejecutivo en el estudio y proposición de planes generales y medidas conducentes a que la mujer goce de igualdad de derechos y oportunidades respecto del hombre, en el proceso de desarrollo político, social, económico y cultural del país, respetando la naturaleza y especificidad de la mujer que emana de la diversidad natural de los sexos, incluida su adecuada proyección a las relaciones de la familia”*. Desde su origen, el servicio fue concebido como instancia de coordinación, más que de ejecución directa, conformando de esta manera, su accionar.

La creación del Servicio fue resultado de la recuperación de la democracia y de la participación política y social de las mujeres. Esta institución recoge la trayectoria de las chilenas en sus esfuerzos por conquistar el derecho a voto, el acceso a la educación, al trabajo remunerado y a una relación de equidad al interior de la familia y la pareja.

El fortalecimiento de los Mecanismos Institucionales de Equidad de Género en el período comprendido entre 1995 y 2014, ha sido fundamental para la consolidación de una institucionalidad que asume la importancia del trabajo con perspectiva de género con el fin de superar las inequidades entre hombres y mujeres en Chile. Durante los últimos 23 años el SERNAM ha impulsado y conseguido progresos significativos en materia legislativa, formación y capacitación de mujeres en distintas áreas, investigación con perspectiva de género, atención de mujeres víctimas de violencia, difusión de derechos; también avanzó en la visibilización de la importancia de las mujeres para el desarrollo del país. Poco a poco comenzó la desconstrucción de la idea androcéntrica de que en el país éramos solo chilenos, fortaleciendo la idea de que el lenguaje construye realidad y que las “chilenas” somos parte central de ella.

Con el objetivo de transversalizar el enfoque de género en el aparato público, dos han sido las fórmulas principales que se han utilizado: por una parte los programas sociales que, en la medida en que SERNAM tiene un rol coordinador, consisten precisamente en la coordinación de la oferta

pública y el ajuste de ésta a los requerimientos de grupos específicos de mujeres; y por otra parte, la creación de instancias de coordinación en los distintos niveles de gestión y de gobierno, para el logro del objetivo de la igualdad de derechos y oportunidades entre mujeres y hombres.

SERNAM ha elaborado tres Planes de Igualdad de Oportunidades (PIO) que, siendo verdaderos planes sectoriales y estratégicos orientados a la acción en pos de la igualdad de oportunidades, han marcado la senda de la política pública hacia la igualdad de las mujeres. Otro logro de gran importancia, es la incorporación de un componente de género en el Programa de Mejoramiento de la Gestión (PMG), que permite incluir en las políticas públicas objetivos y productos estratégicos orientados a la equidad de género. A ello se sumó el Sistema de Programación Gubernamental de SEGPRES, que revisa el cumplimiento del programa de gobierno, que también tiene aspectos orientados a la equidad entre hombres y mujeres, y el Consejo de Ministros y Ministras por la Igualdad de Oportunidades. Esto ha aportado a la transversalización de la perspectiva de género, ya que guía a cada intendencia y gobernación, a cada ministerio y hasta cada servicio la necesidad de pensar y repensar en una política pública para todas y todos, pese a existir en la mayoría de los casos, una amplia resistencia de la cultura institucional.

Programa de Mejoramiento de la Gestión

El Sistema Equidad de Género del Programa de Mejoramiento de la Gestión, tuvo como objetivo “Disminuir las inequidades, brechas y/o barreras entre hombres y mujeres con el fin de avanzar en mejorar los niveles de igualdad de oportunidades y la equidad de género en la provisión de bienes y servicios públicos”. El programa perseguía crear de instancias de coordinación en los distintos niveles de gestión y de gobierno, para el logro del objetivo de la igualdad de derechos y oportunidades de las mujeres y los hombres.

Esta estrategia funcionó a partir del año 2001 hasta el 2013 buscando la integración sistemática de la perspectiva de género en todos los sistemas y estructuras, en las políticas, programas, procesos de personal y proyectos, en la organización y cultura del Estado, incorporando criterios de equidad de género en todo el proceso de desarrollo de políticas.

Este programa se implementó a partir de un Plan Plurianual y un Programa anual de trabajo, que consideraba, entre otros elementos, (i) un diagnóstico actualizado de las inequidades, brechas y barreras de género a abordar; (ii) un objetivo general y objetivos específicos para el período; (iii) metas anuales con indicadores; (iv) actividades y (v) verificadores.

La transversalización del enfoque de género en el aparato público también se ha realizado a través de los programas sociales que, respondiendo al rol coordinador de SERNAM, consisten en la coordinación de la oferta pública y el ajuste de ésta a los requerimientos de grupos específicos de mujeres.

Publicación e implementación de Agendas de Género de Gobierno (2006 a 2010; 2011 a 2014)

La Agenda de Género es un instrumento de carácter político - técnico que señala las prioridades del gobierno en materia de género, a corto y mediano plazo, identifica las inequidades de género más importantes y orienta la acción de los sectores públicos en la materia. La Agenda de Género es de responsabilidad compartida de toda la administración pública para el logro de la igualdad de oportunidades entre hombres y mujeres, constituyendo un mandato para los Ministerios y Servicios. La primera Agenda de Género se elaboró e implementó para el período presidencial

2006-2010 y luego para el período 2011/2014. En este momento está en construcción la Agenda de Género 2014 – 2018.

Fortalecimiento de la institucionalidad a nivel regional, provincial y local

También se ha fortalecido la institucionalidad presente en regiones y a nivel provincial y comunal encargada del abordaje de la equidad de género (Servicio Nacional de la Mujer) y su ámbito de impacto.

A nivel regional, destaca el Fortalecimiento Institucional que en la actualidad gozan las direcciones regionales de SERNAM, las que disponen de un equipo técnico sólido dirigido por una Directora Regional, que despliega un importante trabajo territorial. Lo anterior ha permitido que las Direcciones Regionales sean parte del Gabinete Regional como una Secretaría Regional Ministerial (SEREMIA).

Desde 1995 están funcionando las Comisiones Regionales de Igualdad de Oportunidades, cuyo propósito es la instalación de la equidad de género en la región con el objetivo de disminuir las brechas entre hombres y mujeres, la discriminación y mejoramiento del nivel y calidad de vida de las mujeres.

Además, se han construido Planes Regionales de Igualdad de Oportunidades 1995/2000 y 2000/2010 y, a partir del 2006, se levantaron Agendas Regionales de Género. Durante los años 2011- 2013 se levantaron por parte de los sectores, compromisos regionales en las 15 regiones del país, llegando a 690 compromisos, que fueron cumplidos en un 100%.

A nivel local, SERNAM Regional, ha desarrollado algunas Agendas Locales de Género, que han permitido generar compromisos municipales de género en los sectores prioritarios y en áreas estratégicas de gestión municipal.

2) La violencia contra las mujeres: marco jurídico y políticas públicas

En el país, a principios de los años noventa, la violencia intrafamiliar era invisible, se trataba como un problema privado, situación que cambió sustancialmente gracias a las acciones de visibilización de SERNAM y las agrupaciones de mujeres. Ello permitió la promulgación de la Ley N° 19.325 que establece las Normas sobre el Procedimiento y Sanciones Relativas a los actos de Violencia Intrafamiliar (1994), y luego la Ley N° 20.066 de Violencia Intrafamiliar (2005). Desde entonces las denuncias han crecido significativamente.

Denuncias de Violencia Intrafamiliar en el Territorio Nacional

UNIDAD TERRITORIAL	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
PAÍS	93.400	95.829	108.538	113.487	114.457	109.140	122.079	113.140	110.157

Fuente: http://www.seguridadpublica.gov.cl/delitos_de_violencia_intrafamiliar_historico.html

Asimismo, en el año 2010, se promulgó y publicó la Ley N° 20.480, que amplió el delito de parricidio incorporando a los ex cónyuges o ex convivientes. Incluye la figura del femicidio en el Código Penal y establece normas sobre la violación como delito contra la libertad sexual de las mujeres.

Posteriormente, en abril de 2011, entró en vigor la Ley N° 20.507 sobre Trata de Personas y Tráfico Ilícito de Migrantes, que cuenta con un reconocimiento expreso a todos los derechos consagrados por el Protocolo de Palermo.

SERNAM, para hacer frente a la violencia de género, cuenta con 97 Centros de la Mujer a lo largo del país (desde el 2001), dispone además de 23 Casas de Acogida en todo el país (desde 2007), residencias que garantizan un espacio seguro y de carácter temporal a mujeres en riesgo grave y/o vital a causa de violencia intrafamiliar por parte de su pareja. Actualmente, SERNAM dispone de una Casa de Acogida con cobertura nacional para mujeres vulneradas por el Delito de Trata de Personas (año 2012). Se cuenta, además, con 3 Centros de Atención a mujeres víctimas de violencia sexual (año 2013) con cobertura en las regiones de Valparaíso, Bío Bío y Metropolitana.

Asimismo, desde el año 2010 fue creado el Fono Ayuda Violencia, servicio de call center para contribuir a la atención y protección remota, apoyando a todas las líneas de la Unidad.

Modelo piloto de intervención intercultural mapuche

En los últimos años, un avance valioso ha sido la creación de un dispositivo intercultural en la región de la Araucanía para enfrentar la violencia de género en zonas rurales y apartadas, habitadas principalmente por población Mapuche, que integra en sus lineamientos la cosmovisión mapuche. En 2014 se ha instalado un centro en la región del Biobío para atención a mujeres Pehuenches víctimas de violencia.

3) Las mujeres y la economía: aumento de la participación laboral

Otro logro alcanzado dice relación con el aumento significativo que ha tenido la tasa de participación laboral femenina. En 1990 el 30,9% de las mujeres de 15 años o más trabajaban remuneradamente, no obstante, en 2013, la participación aumentó a 48,3% (NENE, 2013). Este cambio, que constituye un importante avance, se potencia a partir de la política del primer gobierno de la Presidenta Michelle Bachelet (2006-2009), en el que se cuadriplica la cobertura de salas cuna y jardines infantiles para el cuidado de niños y niñas, mejorando las leyes de protección a la maternidad, entre otros cambios.

En estos años se ha registrado una tasa de participación que ha aumentado de manera sostenida:

- 35% en 1996
- 37% el 2006
- 42% el 2009
- 46% el 2010 y,
- 48,3% el 2013

Otro avance dentro del mismo ámbito, lo constituye la entrada en vigencia de la Ley N° 20.348, con fecha 19 de junio de 2009, que tiene por objeto resguardar el derecho a la igualdad en las remuneraciones.

Asimismo, se ha progresado en la visibilización creciente y valorización del trabajo desarrollado por las trabajadoras de casa particular y reconocimiento de sus derechos. Por ejemplo, mediante la Ley N° 20.336, publicada el 3 de abril de 2009, se reconoce el derecho a descansar en días festivos a las trabajadoras de casa particular.

SERNAM y el Ministerio del Trabajo en el año 2013 concluyeron un proyecto de levantamiento de perfil de competencias laborales del Trabajo de casa particular (con vigencia a noviembre de 2016), disponible en el siguiente enlace:

<http://www.chilevalora.cl/buscador/index.php/PerfilCompetencia/verPerfilCompetencia/idPerfil/1380/idSector/23/idSubsector/119>

Por otra parte, la visibilización y reconocimiento de las mujeres Jefas de Hogar como un segmento especial de trabajadoras con demandas y necesidades específicas ha generado políticas focalizadas en mejorar su empleabilidad, proporcionando mejores condiciones de acceso al mercado laboral a partir de la ampliación de la oferta de cuidado infantil que incide como factor relevante en la participación laboral de las mujeres, y por tanto, contribuye a mejorar la calidad de vida de las mujeres y sus familias. JUNJI, junto a Fundación Integra, han logrado aumentar la oferta pública en Programas de jardín Infantil y Programas Alternativos de Atención. Se suma también el Programa de 4 a 7 de SERNAM, que cuida niños/as entre 6 a 13 años de edad, desde las 4 pm hasta las 7pm.

Otro avance es la ampliación del postnatal masculino a cinco días a través de la dictación de la Ley 20.047. Esta ley reconoce al padre el derecho a un permiso pagado de cuatro días, de costo del empleador, en caso de nacimiento de uno o varios hijos, sin perjuicio del permiso que ya otorga el artículo 66 del Código del Trabajo, de un día. Por consiguiente, el padre tendrá derecho a un total de cinco días pagados.

Un adelanto sustancial es la creación de la Norma Chilena NCh 3262-2012 aplicable en empresas privadas y servicios públicos que regula el Sistema de Gestión de Igualdad de Género y Conciliación de la vida laboral, familiar y personal (SIGIGC). La organización debe estar activamente comprometida con la implementación y mantención del sistema de gestión de igualdad de género y conciliación, que promueva beneficios para todas las partes interesadas. Se compromete con una estrategia de igualdad de género y conciliación que implica, para la organización, revisar su cultura, sus procesos de recursos humanos y de funcionamiento e integrar prácticas de conciliación de la vida laboral, familiar y personal en la lógica de la corresponsabilidad.

Las áreas que aborda la Norma son:

1. Detección de brechas respecto a: Compensaciones, participación laboral, participación cargos no tradicionales, participación cargos de jefatura y responsabilidades directivas, procesos reclutamiento y selección.
2. Gestión de RR.HH y No discriminación: Acceso, capacitación, compensaciones, criterios de promoción (desarrollo de carrera y acceso a capacitación).
3. Identificar medidas de Conciliación con Corresponsabilidad.
4. Diseño y Desarrollo de acciones de comunicación y sensibilización en las temáticas asociadas
5. Difusión y promoción del ejercicio de los derechos de maternidad/paternidad y responsabilidades parentales.
6. Infraestructura: Instalaciones adecuadas para fuerza laboral mixta, facilitar condiciones de seguridad física y personal.
7. Ambiente de trabajo: Prejuicios y estereotipos; respeto mutuo; ambiente con igualdad de oportunidades; condiciones de acceso de mujeres y hombres; salud integral; prevención y sanción del acoso laboral y/o sexual; medidas de prevención, detección y derivación VIF.

Asimismo, mediante la Ley N° 20.545 se crea el derecho postnatal parental de 12 semanas adicionales al postnatal (de 12 semanas pre-existente) para las madres, de las cuales las 6 últimas semanas pueden ser compartidas, por decisión de la madre, con el padre, por media jornada o jornada completa. La Ley permite que los padres sólo puedan acceder al posnatal en su última etapa (nunca inmediatamente después del parto) y mantiene vigente los cinco días de permiso que, por ley, tienen los padres de un recién nacido.

4) Educación y capacitación de las mujeres: acceso igualitario al sistema educativo

Un logro importante en Chile ha sido el acceso igualitario de hombres y mujeres al sistema educativo y, en los últimos años, es posible constatar que existe un mayor acceso y permanencia de las mujeres en los distintos niveles del sistema educativo.

Además, se ha fortalecido la red de protección a estudiantes embarazadas y/o madres y padres, que tiene por objetivo retenerlos en el sistema educacional. Es una forma de cuidado de la primera infancia que permite asegurar la trayectoria escolar de adolescentes, evitando el abandono del sistema educativo por razones de embarazo, maternidad y paternidad.

Asimismo, se han tomado medidas en materia de educación sexual. Por ejemplo, a través de la Ley N° 20.418 se mandata a todos los establecimientos educacionales del país a responder ante el derecho de los niños, niñas y jóvenes de recibir orientación y educación en sexualidad y afectividad, incluyendo temas como métodos anticonceptivos, prevención del embarazo, contagio de ITS/VIH SIDA y violencia, entre otros.

También, se trabajó en el desarrollo de los siguientes materiales, distribuidos a todos los establecimientos educacionales subvencionados del país, y disponibles en la web para su universalización:

- Orientaciones para que los propios establecimientos diseñen e implementen un programa en Sexualidad, Afectividad y Género, en conformidad a las características de sus comunidades educativas y según sus Proyectos Educativos Institucionales².
- Cartilla con orientaciones para la incorporación del enfoque de género en el espacio educativo³.
- Incorporación de contenidos en el currículo nacional en la asignatura de Orientación sobre sexualidad, discriminación y violencia⁴.

5) Las mujeres y los conflictos armados: Plan de Acción Nacional sobre la Resolución 1325 “Mujeres, Seguridad y Paz” del Consejo de Seguridad de Naciones Unidas

² Revisar: http://www.mineduc.cl/usuarios/convivencia_escolar/doc/201307221719000.PDF_formacion_sexualidad.pdf, visitada 20 de mayo del 2014.

³ Revisar: http://www.mineduc.cl/usuarios/convivencia_escolar/doc/201210251127310.enfoque_genero_espacio_educativo.pdf, visitada 20 de mayo del 2014.

⁴ Revisar http://www.mineduc.cl/usuarios/convivencia_escolar/doc/201205140958000.ORIENTACIONES_SEXUALIDAD.pdf visitada el 20 de mayo del 2014.

El año 2009 Chile formula el primer Plan de Acción Nacional para la implementación de la Resolución 1325, siendo uno de los pocos países en el mundo en contar con uno, y el primero en América Latina y el Caribe. Su creación fue coordinada por un Grupo Interministerial de representantes del Ministerio de Defensa, SERNAM y el Ministerio de Relaciones Exteriores. Este plan se cumplió en su totalidad y se comprobó su ejecución mediante seguimiento a través de informes anuales, pese a no contar con indicadores.

El año 2013 se elaboró el Segundo Plan Nacional de Acción de la Resolución, que tiene por finalidad establecer un diagnóstico con perspectiva de derechos y de género en la situación de las mujeres, paz y seguridad en áreas destacadas en la Resolución 1325, mirando prospectivamente la realidad nacional y regional. Para lograrlo se determinó el desarrollo en fases que se construirán cada cuatro años. En la primera fase 2014-2018 (que corresponde al segundo Plan) se generaron una serie de indicadores que miden los avances y/o retrocesos en los ámbitos de prevención, participación, protección, socorro y recuperación y sirven como base para un siguiente Plan. Durante ese período (2014-2018) se generará información respecto de los indicadores que medirán los progresos en diversos ámbitos y que servirán como base para su evaluación y posterior período. El espíritu de esta actualización fue generar un Plan medible, realista, y que propenda a la integración de los derechos humanos fundamentales de mujeres y niñas, considerando especialmente su realidad y experiencias en situaciones de conflicto y post conflicto, velando por su bienestar e integridad como ordena la comunidad internacional y a lo que nuestro país se ha comprometido voluntariamente.

ii) Principales retos a los que se ha enfrentado el país en el logro de la igualdad entre los géneros y el empoderamiento de las mujeres desde la aprobación de la Declaración y la Plataforma de Acción de Beijing y el vigésimo tercer periodo extraordinario de sesiones de la Asamblea General

Así como en las últimas décadas se han presentado numerosos e importantes avances y logros para la consecución de la igualdad entre hombres y mujeres, también ha sido necesario enfrentar desafíos en algunos ámbitos específicos. A continuación se identifican los principales retos relacionados con las esferas de preocupación de la Plataforma de Acción que aún persisten:

1) Las mujeres y la salud: protección de los derechos sexuales y reproductivos y despenalización de la interrupción voluntaria del embarazo en 3 causales

El país tiene desafíos importantes en materia de salud sexual y salud reproductiva. Si bien se constatan logros en esta materia, como por ejemplo, con el acceso universal a los anticonceptivos y la incorporación de la píldora de anticoncepción de emergencia (PAE), lo cierto es que se debe seguir avanzando, en particular, en la promoción de políticas destinadas a reforzar la autonomía de las mujeres.

Para lograr lo anterior, se hace necesario trabajar en la adopción de una ley de derechos sexuales y reproductivos que se ajuste a las realidades y opciones de las personas; promover una educación sexual laica y humanista en los colegios; y garantizar, tanto el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva, como la disponibilidad efectiva de métodos anticonceptivos, incluyendo la anticoncepción de emergencia.

Además de lo anterior, un tema especialmente complejo en nuestro país, lo constituye la penalización absoluta del aborto, en toda circunstancia. Este régimen legal prohibitivo importa la negación de numerosos derechos humanos de las mujeres y contraviene las recomendaciones que al respecto han realizado numerosos organismos internacionales de protección a los derechos humanos (el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra las Mujeres y el Comité de Derechos del Niño, entre otros).

Desde el año 1989, en que se derogó la regulación sobre aborto terapéutico establecida en el Código Sanitario (artículo 119), hasta la fecha, se han presentado diversas iniciativas de ley ante el Congreso Nacional a fin de establecer excepciones a la penalización absoluta del aborto, las que lamentablemente no han prosperado.

Durante el año 2012 fueron sometidos a votación una moción que planteaba reponer el aborto terapéutico en el Código Sanitario (Boletín N° 6522-11), un proyecto destinado a despenalizar el aborto por razones médicas y en caso de inviabilidad fetal (Boletín N° 7373-07) y una iniciativa que planteaba la despenalización del aborto en caso de riesgo de vida para la madre, malformaciones fetales y violación (Boletín N°6591-11), no habiendo ninguno de ellos alcanzado la mayoría mínima para la aprobación de la idea de legislar.

Es en razón de lo anterior, el actual programa de gobierno plantea impulsar la despenalización de la interrupción voluntaria del embarazo en caso de peligro de vida de la madre, violación e inviabilidad del feto.

2) Violencia contra las mujeres: los femicidios o asesinatos de mujeres

Tal como ya se ha señalado, se han realizado importantes logros en esta materia. Sin embargo, al ser la violencia de género la expresión más cruda de la discriminación contra las mujeres, resulta prioritario seguir trabajando para erradicar este fenómeno.

Un reto de particular relevancia en este ámbito, consiste en la reducción del número de asesinatos de mujeres o femicidios que se cometen año a año en nuestro país. A partir del año 2010, el dato de femicidios ha sido generado intersectorialmente en el Estado a través del Circuito de Femicidios conformado por Carabineros de Chile, Subsecretaría de Prevención del Delito del Ministerio del Interior, Servicio Nacional de Menores (SENAME) y Servicio Nacional de la Mujer (SERNAM).

Este registro contenido en los Informes Anuales del Circuito de Femicidios, considera los casos de asesinatos de hombres a sus parejas actuales o pasadas, sea que estas hayan o no sostenido convivencia. Es un poco más amplio que el delito de femicidio introducido al Código Penal chileno dentro de la figura del parricidio con la ley N° 20.480, que contempla a actuales o pasados cónyuges y convivientes.

El Circuito de Femicidio, desde el año 2013 incorporó, además, el registro de los casos de femicidios frustrados.

Femicidios	Consumados	Frustrados
2010	49	-
2011	40	-
2012	34	-
2013	40	78*

Fuente: Circuito de Femicidio.

*Se comenzó a medir el año 2013.

Las estrategias que se llevarán adelante para abordar este reto, y que forman parte del actual programa de gobierno, se refieren a la creación de un registro único de casos de violencia contra las mujeres y de femicidios; la especialización de fiscales y jueces; la modificación de la actual ley de Violencia Intrafamiliar –incorporando todo tipo de violencia de género, no sólo aquella que se vive dentro de las familias o entre cónyuges-; y el reforzamiento de las políticas de prevención de la violencia de género, duplicando las actuales Casas de Acogida –se implementarán 24 nuevas casas- y aumentando los Centros de la Mujeres en las comunas con mayores índices de violencia.

3) Las mujeres y la economía: la calidad del empleo, la brecha salarial y la corresponsabilidad

La participación laboral de las mujeres alcanzaba en 1996 un 35%, aumentando a un 37% para el año 2006, y un 48,3% el 2013 (Instituto Nacional de Estadísticas). El importante aumento de la tasa de participación femenina en el mercado laboral, lamentablemente, no ha ido acompañado ni de una mejora en la calidad de los trabajos a los que acceden las mujeres chilenas ni ha permitido eliminar la brecha salarial entre hombres y mujeres, como tampoco ha permitido conseguir una redistribución de las responsabilidades domésticas y familiares.

Así, pues, la baja calidad de los empleos generados para las mujeres constituye un importante desafío para nuestro país. Conforme al índice de Calidad de Empleo femenino desarrollado por MINTRAB hasta el 2010, en el 2000 la calidad ascendía a un 35,7% y el 2009 bajó a un 34,2%.

El mercado laboral permanece fuertemente segmentado, de manera tal que la participación de las mujeres se concentra en ramas de actividad que son extensiones del trabajo doméstico no remunerado: comercio (25%); enseñanza (14%), servicio doméstico (12%), mientras que en otras, la participación femenina es muy inferior, tales como pesca, minería, construcción.

En materia de brecha salarial, aun cuando se cuenta con la Ley N° 20.348 del año 2009 que resguarda el derecho de Igualdad Salarial entre hombres y mujeres por un mismo trabajo, se constata que la Dirección del Trabajo realizó esfuerzos de difusión sólo los años 2010 y 2011, manteniendo y visibilizando el número de denuncias por brecha salarial con un promedio de 10 denuncias al año. No obstante, ninguna de ellas ha terminado con reparación de la situación denunciada.

Los datos señalan que la diferencia de salarios medios por igual trabajo entre hombres y mujeres aumentó de 31,0% el año 2000 a 34,5% el 2011 (ver Anexo N°01).

Según información administrativa de la Superintendencia de Pensiones, los salarios de las mujeres han crecido a una tasa nominal anual de 11,5%, mientras que la tasa nominal anual de los hombres ha aumentado 12% en los últimos diez años (2002-2012). Así, el último dato disponible en el caso de ellos es de \$639.771.- y el de ellas es de \$494.333 (Serie N° 24 Comunidad Mujer. Mujer y trabajo: Brecha salarial que no retrocede, septiembre, 2013).

Adicionalmente, pese a que se han realizado esfuerzos por fomentar la corresponsabilidad de los hombres con el cuidado infantil, las mujeres continúan siendo las principales cuidadoras y, en muchas ocasiones, el principal y único sustento económico del hogar. Esto ha significado una recarga importante de exigencias sobre las mujeres chilenas, que conlleva el fenómeno de la doble y triple jornada.

A fin de enfrentar los desafíos mencionados, y de acuerdo a lo establecido en el programa de gobierno, en los próximos años se buscará desarrollar programas de formación y capacitación laboral; enfrentar las principales barreras que limitan el acceso de las mujeres al mundo del trabajo; fiscalizar las normas existentes contra la discriminación de género en materia laboral; modificar la ley de igualdad de remuneraciones para hacerla efectiva; impulsar una reforma al régimen de salas cuna para hijos e hijas de trabajadores, que contribuirá a la no discriminación de las trabajadoras e incluirá la corresponsabilidad en la crianza.

4) Las mujeres en el ejercicio del poder y la adopción de decisiones: democracia paritaria

Se ha progresado en la superación de imaginarios sexistas que no concebían lo político como ámbito de acción y participación femenino. El mejor ejemplo es el potente valor simbólico y real de contar con una Presidenta de la República en Chile en el período de 2006-2009, y electa por segunda vez para el período 2014-2018. Sin embargo, aumentar la tasa de participación femenina en los cargos de poder y decisión es urgente.

En los últimos años sólo se ha constatado un leve aumento de participación política de las mujeres en diversos espacios de toma de decisiones. El año 2000 contábamos con un 9,5% de representación femenina y el 2014 contamos en la cámara de diputados con 19 mujeres, equivalente a un 15,83%, y con 101 hombres, correspondiente a un 84,16%. En el Senado hay 6 senadoras, un 16,21% y 31 hombres, un 83,7%. En el caso de los Municipios, la proporción de mujeres en cargos locales de elección popular (Concejales) en el año 2000 alcanzaba un 17% y el año 2012 un 24,9%.

Para abordar este desafío, se dispondrán medidas de participación equilibrada de mujeres y hombres en el Congreso, directivas de partidos políticos, instituciones públicas, cargos directivos y directorios de empresas con participación del Estado, gabinetes ministeriales, y gobiernos regionales, y se desarrollarán programas de difusión de derechos y un Fondo Nacional para apoyar iniciativas que fortalezcan la asociatividad y liderazgo de las mujeres.

Justamente, en la línea de lo anterior, es que con fecha 06 de mayo de 2014 se ingresó al Congreso Nacional, a través de Mensaje Presidencial, un proyecto de ley que sustituye el sistema electoral

binominal, por uno de carácter proporcional inclusivo y, fortalece la representatividad del Congreso Nacional (Boletín N° 9326-07), mediante el cual se pretende asegurar la participación política de las mujeres, proponiéndose la incorporación de una cuota de género (40% mínimo - 60% máximo) y el establecimiento de incentivos financieros para los partidos en función de las mujeres electas. Ambas medidas tienen carácter transitorio (temporal), y se aplicarían –de ser aprobado el proyecto- a las próximas 4 elecciones (hasta las elecciones parlamentarias de 2029).

5) Mecanismos institucionales para el adelanto de las mujeres: fortalecimiento de los medios institucionales

Actualmente, las materias propias de los derechos y de la realidad de las mujeres son abordadas desde el Estado por el Servicio Nacional de la Mujer (SERNAM). Este servicio surge como una sentida demanda del movimiento de mujeres y feminista y constituyó en su momento un importantísimo avance en la inclusión y equidad de género, en el sentido que el Estado asume institucionalmente un rol transformador en la eliminación de la discriminación que históricamente han padecido las mujeres.

Si bien los avances que el SERNAM promovió en materia de derechos de las mujeres son innegables, lo cierto es que su desempeño y grado de influencia ha estado condicionado por su ubicación dentro de la estructura del Ejecutivo, las funciones que le son reconocidas y los recursos asignados. Si bien la ley que crea el Servicio Nacional de la Mujer establece que “la dirección superior, técnica y administrativa estará a cargo del Director del Servicio quien tendrá rango de Ministro de Estado (Titulo II, artículo 4, Ley N° 19.023), lo que fortaleció la estructura organizacional de género, lo cierto es que su carácter de Servicio, dependiente administrativamente del Ministerio de Desarrollo Social, restringe su actuación autónoma y sus facultades.

Por otra parte, la estructura y gestión centralizada que caracteriza la constitución de SERNAM le resta protagonismo y capacidad de decisión a las instancias regionales, y limita la ejecución de políticas y programas pertinentes a cada realidad territorial.

Para enfrentar el desafío de seguir fortaleciendo los mecanismos institucionales para el adelanto de las mujeres, es que con fecha 01 de abril de 2014 se ha ingresado al Congreso Nacional, mediante Mensaje Presidencial, el proyecto de ley que crea el Ministerio de la Mujer y de la Equidad de Género (Boletín N° 9287-07⁵) que tiene por principal objeto fortalecer la institucionalidad de género, a partir de la consagración de una Secretaría de Estado que cuente con las capacidades normativas para desarrollar políticas y programas públicos intersectoriales y con pertinencia territorial, que se hagan cargo de las principales discriminaciones y desventajas que experimentan las mujeres.

⁵ Revisar en: http://www.senado.cl/appsenado/templates/tramitacion/index.php?boletin_ini=9287-06

iii) Retrocesos experimentados en el camino hacia la igualdad entre los géneros y el empoderamiento de las mujeres desde la aprobación de la Declaración y la Plataforma de Acción de Beijing y el vigésimo tercer periodo extraordinario de sesiones de la Asamblea General

Un retroceso importante experimentado recientemente, dice relación con la desarticulación de mecanismos de equidad de género en el quehacer del Estado a través de la eliminación del instrumento de PMG de Equidad de Género (en el marco de la eliminación de todo el sistema de PMG del Estado).

Otro revés experimentado, tiene que ver con el notorio descenso de Chile en el Ranking Global Gender Report que anualmente realiza la OCDE. Chile ha empeorado en el índice de Empoderamiento político y el incremento en participación económica y oportunidades, pasando del lugar 46 el año 2010 al puesto 91 el año 2013.

Ranking Global Gender Report Chile

AÑO INFORME	PUNTAJE CHILE	LUGAR (CANTIDAD DE PAÍSES)
2006	0.6455	78 (de 115)
2007	0.6482	86 (de 128)
2008	0.6818	65 (de 130)
2009	0.6884	64 (de 134)
2010	0.7013	46 (de 135)
2011	0.7030	46 (de 135)
2012	0.6676	87 (de 135)
2013	0.6670	91 (de 136)

Fuente: Global Gender Report OCDE años respectivos.

Nota: La puntuación más alta posible es 1 (igualdad) y la puntuación más baja posible es 0 (desigualdad).

De los resultados del Gender Gap Report Anual de la OCDE se infiere un aumento en la brecha de género, que implica un incremento de la desigualdad entre las mujeres y hombres chilenas/os. El informe examina cuatro áreas críticas de desigualdad entre hombres y mujeres en 130 economías de todo el mundo, más del 93% de la población mundial: 1) Participación económica y oportunidades - los resultados de salarios, niveles de participación y el acceso a un empleo de alta cualificación; 2) Nivel de instrucción - los resultados en materia de acceso a la educación básica y superior nivel; 3) Empoderamiento político - resultados de la representación en las estructuras de

toma de decisiones; y 4) Salud y supervivencia - resultados sobre la esperanza de vida y la proporción de sexos.

iv) Principales acontecimientos constitucionales, legislativos y/o jurídicos en la promoción de la igualdad entre los géneros y el empoderamiento de las mujeres

Educación y capacitación de las mujeres

- Ley N° 19.688⁶, que modifica la Ley Orgánica Constitucional de Enseñanza, en lo relativo al derechos de las estudiantes que se encuentren embarazadas o que sean madres lactantes a acceder a los establecimientos educacionales.

Las mujeres y la salud

- Ley N° 20.418⁷, que “fija normas sobre información, orientación y prestaciones en materia de regulación de la fertilidad”.
- Ley N° 20.533⁸, que modifica el Código Sanitario, con el objeto de facultar a las matronas para recetar anticonceptivos.
- Decreto N° 49 de mayo de 2013. Reglamento para el ejercicio del derecho a recibir educación, información y orientación en materia de regulación de la fertilidad. Este reglamento hace posible la implementación efectiva de la ley 20.418.

Violencia contra las mujeres

- Ley N° 20.005⁹, que tipifica y sanciona el acoso sexual, modificando el Código del Trabajo.
- Ley N° 20.066¹⁰, que establece la Ley de Violencia Intrafamiliar.
- Ley N° 20.480¹¹, que modifica el Código Penal y la ley 20.066 sobre violencia intrafamiliar, estableciendo el “Femicidio”, aumentando las penas aplicables a este delito y reformando las normas de parricidio.
- Ley N° 20.507¹², Que tipifica el delito de tráfico de niños y personas adultas, estableciendo normas para su prevención y más efectiva persecución criminal.

Las mujeres y la economía

- Ley N° 20.338¹³, que establece el Subsidio al empleo joven.
- Ley N° 20.336¹⁴, que reconoce el derecho a descansar en días festivos a las trabajadoras “puertas adentro”.
- Ley N° 20.340¹⁵, que autoriza a cualquier cónyuge a renegociar deudas respecto de viviendas adquiridas con el respaldo de los programas habitacionales estatales.
- Ley N° 20.348¹⁶, sobre igualdad de remuneraciones entre hombres y mujeres, la cual incorporó este principio al Código del Trabajo de la República de Chile.
- Ley N° 20.399¹⁷, que extiende el derecho de sala cuna al padre trabajador y otros trabajadoras/es, que tengan la tuición de un niño menor de dos años.

⁶ Publicada en el Diario Oficial el 05 de agosto de 2000.

⁷ Publicada en el Diario Oficial el 28 de enero de 2010.

⁸ Publicada en el Diario Oficial el 13 de septiembre de 2011.

⁹ Publicada en el Diario Oficial el 18 de marzo de 2005.

¹⁰ Publicada en el Diario Oficial el 7 de octubre de 2005.

¹¹ Publicada en el Diario Oficial el 18 de diciembre de 2010.

¹² Publicada en el Diario Oficial el 8 de abril de 2011.

¹³ Publicada en el Diario Oficial el 1 de abril de 2009.

¹⁴ Publicada en el Diario Oficial el 3 de abril de 2009.

¹⁵ Publicada en el Diario Oficial el 25 de abril de 2009.

¹⁶ Publicada en el Diario Oficial el 19 de junio de 2009.

- Ley N° 20.545¹⁸, que modifica las normas de protección a la maternidad, e incorpora el permiso posnatal parental.
- Ley N° 20.680¹⁹, que Introduce modificaciones al código civil y a otros cuerpos legales, con el objeto de proteger la integridad del menor en caso de que sus padres vivan separados. Esta ley incorpora expresamente el criterio de corresponsabilidad parental en el cuidado de los hijos e hijas.

Los derechos humanos de las mujeres

- Ley N° 19.611²⁰, que establece la igualdad jurídica entre hombres y mujeres, modificando la Constitución Política de la República.
- Ley N° 20.383²¹, sobre salida de menores de edad de Chile. Si uno de los padres incumple la relación directa y regular con su hijo/a, el otro puede salir del país con éste con autorización judicial.
- Ley N° 20.609²², establece medidas contra la discriminación.

v) Leyes y/o reglamentos que siguen aplicándose (o se han introducido) que podrían influir negativamente en la promoción de la igualdad entre los géneros y el empoderamiento de las mujeres en el país.

La mujer y la salud

- Penalización del aborto en toda circunstancia. Esta normativa, contenida tanto en el Código Penal (artículos 342 a 345) como en el Código Sanitario (artículo 119), no establece excepciones ni siquiera cuando existe peligro de vida de la madre, en caso de violación e inviabilidad fetal.
- Ley N° 18.933²³ que, junto con crear la superintendencia de Instituciones de Salud Previsional, regula el sistema privado de salud que permite a las instituciones de Salud Previsional o ISAPRES cobrar más a las mujeres por encontrarse en edad fértil que a los hombres que se encuentran en el mismo momento vital.

Las mujeres y la economía

- El artículo 203 del Código del Trabajo establece que en las empresas donde hayan 20 o más trabajadoras, el empleador deberá asumir los costos de las salas cunas de los hijos o hijas de ellas. Esto implica que, en la práctica, contratar a una mujer en edad reproductiva puede ser efectiva o potencialmente más caro que a un hombre en la misma condición, pues la ley asigna todos los costos del cuidado de los niños y niñas menores de dos años a las mujeres. Esta norma opera como un desincentivo a la contratación de mujeres.
- El artículo 349 del Código de Comercio impide ejercer actividades comerciales en igualdad de condiciones, al exigir a la mujer casada que no esté totalmente separada de bienes una autorización especial para celebrar una sociedad colectiva.

¹⁷ Publicada en el Diario Oficial el 23 de noviembre de 2009.

¹⁸ Publicada en el Diario Oficial el 17 de octubre de 2011.

¹⁹ Publicada en el Diario Oficial el 21 de julio de 2013.

²⁰ Publicada en el Diario Oficial el 16 de junio de 1999.

²¹ Publicada en el Diario Oficial el 24 de septiembre de 2009.

²² Publicada en el Diario Oficial el 24 de julio de 2012.

²³ Publicada en el Diario Oficial el 09 de marzo de 1990.

Los derechos humanos de las mujeres

- Se encuentran vigentes las normas de la sociedad conyugal que establecen que el marido es el jefe de ésta y limita la posibilidad de las mujeres de administrar su propio patrimonio y el social. La vigencia de esta norma representa un incumplimiento del Estado de la solución amistosa alcanzada ante la Comisión Interamericana en el caso de Sonia Arce Esparza.
- La migración en Chile se encuentra regulada principalmente por el Decreto Ley N° 1094 de 1975, que establece la Ley de Extranjería. Esta normativa es tributaria de una perspectiva que conceptualiza en forma negativa la migración, situación muy propia de la época, pero que no se hace cargo de las obligaciones del Estado en materia de respeto de los derechos fundamentales consagrados en la Constitución Política y en los tratados internacionales de derechos humanos, ratificados y vigentes en Chile. Considerando que los flujos migratorios hacia nuestro país han aumentado fuertemente en los últimos años y que éstos, además, han estado marcados por una fuerte migración de mujeres (feminización de la migración), urge contar con una legislación que se haga cargo de esta realidad y que responda a principios tales como la prohibición de discriminación, la reunificación familiar, el respeto de los derechos laborales y, en general el respeto y garantía de todos los derechos humanos de las personas migrantes.

II. SEGUNDA SECCIÓN: PROGRESOS EN LA APLICACIÓN DE LAS PRINCIPALES ESFERAS DE PREOCUPACIÓN DE LA PLATAFORMA DE ACCIÓN DESDE 2009

A. Las Mujeres y la Pobreza

Logros: El Ministerio de Desarrollo Social (MDS) dio continuidad al proceso de desarrollo de los programas regulares y concluyó compromisos del Programa de Mejoramiento de la Gestión de Equidad de Género propuestos previamente al año 2010. Estos informes se relacionan con los productos estratégicos de las Subsecretarías de Evaluación Social y Servicios Sociales, vinculados al Ingreso Ético Familiar, a la Evaluación de Programas Sociales, al Informe de Políticas Sociales (IPOS), la Encuesta Casen, la Encuesta EANNA y el Informe indicadores de género de la encuesta CASEN (Ver Anexo N°02).

Lo más relevante en el apoyo a las medidas propuestas tiene que ver con el programa del Ingreso Ético Familiar, en donde se realizó una caracterización de las beneficiarias jefas de hogar dentro del programa (Ver Anexo N°03 en que se adjunta estudio). Asimismo, las acciones relacionadas con encuestas como la EANNA y la caracterización de la población femenina en la CASEN, si bien fueron bastante descriptivas, constituyeron un aporte al diagnóstico de las mujeres a nivel nacional en el empleo, el salario y en evidenciar las principales causales de la baja participación laboral femenina.

Desafíos:

En el año 2000, la pobreza afectaba al 16,3% de los hogares del país. En ese año los hogares encabezados por hombres o mujeres no presentaban diferencias estadísticamente significativas en la incidencia de la pobreza. En el año 2011, el porcentaje de hogares en situación de pobreza bajó a 12,1%. Sin embargo, los hogares con jefatura femenina no experimentaron una baja significativa en la tasa de pobreza, generando una brecha significativa con respecto a los hogares con jefatura masculina.

Porcentaje de pobreza en hogares, por sexo del jefe(a) de hogar

Año	Hombre	Mujer	Total
2000	16,3	16,5	16,3
2003	14,9	16,3	15,3
2006	10,1	14,1	11,3
2009	10,8	16,6	12,7
2011	9,6	16,0	12,1

Fuente: Encuestas Casen, Observatorio Social, Ministerio de Desarrollo Social

La brecha de la pobreza mide la "profundidad" de la pobreza e indica la distancia promedio entre los ingresos de las personas que se encuentran en condición de pobreza y la línea de la pobreza ponderada por la incidencia de la pobreza. En la siguiente Tabla se presenta el coeficiente de la brecha según el sexo del jefe de hogar. Se puede observar, que para las jefas de hogar no sólo la incidencia de la pobreza es más alta sino que su profundidad es también mayor, es decir, sus ingresos están más lejos de alcanzar el valor de la línea de pobreza.

Coefficiente de la brecha de pobreza en hogares, por sexo del jefe(a) de hogar

Año	Hombre	Mujer	Total
2000	6,7	8,4	7,0
2003	5,8	7,9	6,3
2006	3,7	6,2	4,4
2009	4,1	7,3	5,1
2011	3,5	6,3	4,5

Fuente: Encuestas Casen, Observatorio Social, Ministerio de Desarrollo Social

En el año 2011, el coeficiente de la brecha en los hogares con jefatura masculina fue de 3,5% mientras que en los hogares con jefatura femenina llega a 6,3%. Además, aunque el indicador muestra una tendencia declinante para ambos sexos, en el caso de los hombres bajó desde 6,7% en 2000 a 3,5% en 2011, mientras que para las mujeres el descenso es más lento, pasando de 8,4% a 6,3%.

Tasa de pobreza en hogares biparentales con jefatura femenina y aporte de ingresos de la cónyuge

Año	Pobreza con aporte conyuge	Pobreza sin aporte conyuge
2000	19,7	28,2
2003	17,7	27,2
2006	11,9	23,4
2009	12,3	24,8
2011	11,7	27,4

Fuente: Encuestas Casen, Observatorio Social, Ministerio de Desarrollo Social

La siguiente Tabla muestra la evolución de la incidencia de la pobreza en hogares biparentales, considerando y sin considerar el aporte de ingresos que realiza la cónyuge del jefe de hogar. En este tipo de hogares, la tasa de pobreza se reduce desde 19,7% en 2000 a 11,7% el año 2011. Sin embargo, si se excluyen del ingreso del hogar los ingresos aportados por la cónyuge del jefe de hogar, tales tasas habrían sido de 28,2% en 2000 y 27,4% en 2011. Como se puede apreciar, la contribución del segundo ingreso, aportado por la cónyuge, permite que una proporción importante de hogares no se encuentre en situación de pobreza. Adicionalmente, la reducción de la pobreza observada en los hogares biparentales habría sido mucho menor sin la presencia del ingreso de la cónyuge.

Porcentaje de la población por situación de pobreza e indigencia, por género

Año	Indigencia		Pobreza no Indigente		Total pobreza	
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
2000	5,4	5,7	14,6	14,7	20,0	20,4
2003	4,5	4,8	13,8	14,2	18,3	19,0
2006	3,0	3,4	10,0	10,9	13,1	14,3
2009	3,6	3,9	10,9	11,8	14,5	15,7
2011	2,6	2,9	10,7	12,5	13,3	15,5

Fuente: Encuestas Casen, Observatorio Social, Ministerio de Desarrollo Social

Entre el año 2000 y 2011 el país experimenta una reducción estadísticamente significativa en el número de hombres y de mujeres en situación de pobreza. En el caso de los hombres, la incidencia de la pobreza cae desde 20,0% en 2000 a 13,3% en 2011, mientras que entre las mujeres la disminución es de 20,4% a 15,5% en el mismo período. Durante todo el período la tasa de pobreza femenina se mantiene por sobre la de los hombres. Esta diferencia aumenta a 2,2 puntos porcentuales en el año 2011, y es estadísticamente significativa.

B. Educación y Capacitación de la Mujeres

Logros: Entre los avances en educación se puede señalar el acceso igualitario a ésta de hombres y mujeres. La relación entre niñas/niños en Educación Básica está muy cerca de ser igualitaria, de acuerdo a la CASEN 2011, la relación es 0,95. La relación niñas/niños en Educación Media es 1 a 1, alcanzada en el año 1990, situación que se ha mantenido hasta el 2011. En Chile la relación de mujeres y hombres en educación superior ha tenido una evolución positiva, avanzándose significativamente desde 1990, cuando esta relación era de 0,81. Se alcanzó la paridad en el año 2009 y la relación subió a 1,1 el 2011. En cuanto a la tasa de alfabetización de mujeres/hombres en la población de 15 a 24 años, ya se ha cumplido. Ésta se ha mantenido en torno al 1,0 desde el año 1990 hasta el 2011.

Actualmente una reconocida inequidad de género en la permanencia en el sistema educativo, deriva de la situación de embarazo o maternidad/paternidad pues, además del conflicto de roles para conciliar “vida familiar y de formación” (estudios formales) que se instala en la vida del y la adolescente/joven, el sistema educacional históricamente no consideraba espacios para dar cuenta de esta realidad, lo que se traducía en altas tasas de deserción de alumnas madres y alumnos padres. Con el objeto de retener a escolares embarazadas y/o madres, se implementa la Red de Protección a Estudiantes Embarazadas y/o Madres y Padres, que brinda igualdad de oportunidades a las/os adolescentes y a sus hijos/as en términos de acceso a estudios superiores o fuentes laborales que califican sólo para quienes han terminado los 13 años de escolaridad. Se logró institucionalizar la temática, y se elaboraron estrategias que permitan cumplir con su objetivo, tales como Programa Retención Escolar que busca apoyar pedagógica y psicológicamente a estudiantes vulnerables que están en riesgo de desertar del sistema escolar; Registro de Estudiantes Embarazadas, Madres y Padres; Beca de Apoyo a la Retención Escolar (BARE), aporte

económico para favorecer la permanencia en el sistema escolar; y Programa para que Estudie Contigo (PEC), que consiste en salas cuna al interior y cercanas al establecimiento educacional que atienden a hijos/as de estudiantes embarazadas y/o madres; Programa de reinserción y retención escolar, cuyo objetivo es buscar e inscribir adolescentes que abandonaron el sistema escolar. Cabe señalar que la Ley General de Educación, estipula que los establecimientos educacionales deben resguardar el derecho a la educación de estudiantes embarazadas y/o madres, y las sanciones respectivas si ello no se cumple.

Otra inequidad de género, se relaciona con las diferencias en los resultados de la trayectoria escolar de hombres y mujeres, lo que condiciona sus opciones profesionales y laborales con un marcado sesgo de género; hombres y mujeres estudian y luego trabajan en actividades económicas asociadas a estereotipos de género, lo que se traduce en brechas de ingreso, de poder y de prestigio social entre ambos a lo largo de sus vidas. La escuela reproduce lo que ha sido tradicional de cada género en la sociedad, lo que se materializa a través del currículo, los materiales educativos y las prácticas docentes. Con respecto a disminuir la reproducción de los estereotipos de género, se trabaja para que el material educativo y los textos de enseñanza usen lenguaje inclusivo y no usen imágenes estereotipadas. Durante el año 2013 se realizaron talleres con jefaturas de los equipos curriculares por asignatura para incluir género, lo que permitió que las bases curriculares incorporasen enfoque de género con algunas mínimas indicaciones a docentes de aula que implementan este currículum.

Otras medidas destacables que han abordado la igualdad entre hombres y mujeres, han sido:

-Suscripción del Convenio de colaboración entre el Servicio Nacional de la Mujer y el Ministerio de Educación, para garantizar la matrícula de mujeres participantes del Programa Mujeres Trabajadoras Jefas de Hogar de SERNAM en la modalidad flexible de Educación de Adultos.

-La Comisión Nacional de Investigación Científica y Tecnológica (CONICYT) destinó más recursos económicos para cónyuges, hijos/as y para salud. En relación a las Becas otorgadas entre el período 2006 – 2012, 231 becarias contaron con pre y pos natal, de las cuales 131 corresponden a Becas Nacionales (57%), y 100 becarias en el Extranjero (43%).

-La Dirección de Bibliotecas, Archivos y Museos (DIBAM) aborda la variable de género desde la generación de contenidos culturales y patrimoniales con enfoque de género y la investigación y puesta en valor de sus colecciones bibliográficas, archivísticas y museográficas en estas perspectivas, fomentando el conocimiento de la producción de las mujeres chilenas en los campos del arte, la literatura, la educación, la ciencia, la historia y la memoria. Lo anterior se realiza mediante visitas guiadas, seminarios, ciclos, charlas, talleres y la recopilación y/o publicación de libros, artículos, documentos, obras e imágenes que relevan el aporte de las mujeres y los debates en torno al sistema sexo género en ámbitos públicos y privados. Sus desafíos son la circulación y uso de la gran variedad de materiales producidos en diversos circuitos y espacios. Por otra parte DIBAM hace un esfuerzo por mantener y ampliar la cobertura de la alfabetización digital de las mujeres a través de su programa Biblioredes en funcionamiento en más de 450 Bibliotecas públicas chilenas.

En relación al ejercicio de la profesión docente, el Centro de Perfeccionamiento, Experimentación e Investigaciones Pedagógicas del MINEDUC (CPEIP), contiene compromisos relacionados con la aplicación del enfoque de género en los criterios de evaluación de las propuestas de perfeccionamiento de las universidades y en las evaluaciones docentes. Dado que el universo de alumnas y alumnos que atiende el servicio es aproximadamente de 3.410.178 (año 2012), el

impacto que dichas directrices tienen en el sistema escolar es muy significativo. Es vital continuar con la transversalización de género en las políticas, planes y programas destinados al sistema escolar, ya que si el currículo está alineado con la inclusividad, aplica el enfoque de género y reduce las discriminaciones, entonces, el perfeccionamiento y la formación docente, los textos y materiales didácticos serán permeados por este enfoque de manera esencial.

Desafíos:

-Incidir en la cultura organizacional del Ministerio de Educación actuando desde el punto de vista formal y simbólico, de modo de hacer visible la temática de género y romper la estigmatización que pudiese haber y las barreras de contenidos culturales.

-Retomar el trabajo coordinado con la Unidad de Currículum y Evaluación (UCE) para la inclusión de género en los programas de estudio de forma más explícita, de tal forma que incida en el currículum oculto.

-Transversalizar la perspectiva de género en otras acciones y productos destinados a los actores y actrices del Sistema Escolar, si bien hubo un avance al incorporar la variable género en los indicadores de desempeño interno, se requiere abordar las inequidades y brechas de género en el sistema escolar, de tal forma que las/os actores de las comunidades educativas tengan claridad sobre este tema; por lo tanto, es significativo que se incorpore género en otras acciones, tales como difusión de campañas, buenas prácticas e instrumentos jurídicos, alfabetización de educadores, material de formación en sexualidad y afectividad, entre otros. De lo contrario es una inconsistencia de la Institución hablar de género como una constante en sus productos.

-Iniciar acciones que se hagan cargo de los datos en el sistema escolar. La aplicación de la desagregación por sexo en la recolección de información, análisis y uso de datos para la toma de decisiones del proceso de todas las políticas públicas.

-Iniciar un trabajo sistemático e integral de la formación en sexualidad, afectividad y género. El propósito del MINEDUC es que los establecimientos educacionales tengan su propio programa de sexualidad; no obstante, falta que ellos sean quienes asuman la responsabilidad más allá de un mandato legal, como un mandato social de formadores de sus estudiantes y familias, para lo cual es necesario que para una mayor comprensión y conocimiento de la temática, ésta se incluya en el perfeccionamiento de las y los docentes.

-Es imperativo fortalecer los contenidos y módulos de género en la formación permanente y levantar una estrategia que impacte en la formación inicial docente.

-Entre los ocho criterios de calidad adicionales que servirán para clasificar a los colegios en alto, medio, medio-bajo e insuficiente, se incorpora el factor de equidad de género, el que se calculará en base al promedio nacional que obtienen hombres y mujeres en el Sistema Nacional de Evaluación de Resultados de Aprendizaje (SIMCE).

C. Las Mujeres y la Salud

Logros: En relación a la mortalidad materna, el Ministerio de Salud (MINSAL) cuenta entre sus avances, la actualización de la Norma General Técnica N°100: "Procedimiento para registro de las auditorías de muertes maternas, fetales, neonatales e infantiles"²⁴, que obliga a reportar antecedentes básicos en 24 horas hábiles de producida una muerte materna y/o muerte fetal mayor o igual a 28 semanas de edad gestacional. Para analizar estas defunciones, se constituyó una Comisión Nacional de Auditoría de Mortalidad Materna y Perinatal. Por otra parte, en Chile el 99% de los partos son atendidos por personal médico especializado y el 99% de las embarazadas

²⁴ Revisar: <http://www.deis.cl/wp-content/uploads/2012/07/Untitled001.pdf> visitada el 30 de abril, 2014.

se controla al menos una vez antes de parir. Las maternidades públicas se han abierto al apoyo psicoemocional, aumentando el número de mujeres que son acompañadas durante el parto. En 2011, el acompañamiento del padre u otra persona significativa durante el pre-parto y parto alcanzó un 83,19%, aumentando un 2,87% respecto del 2010.

El aborto en Chile aún es penalizado, motivo por el que se presume un sub registro de las cifras que se manejan en Salud (ver Anexo N° 04). El MINSAL distribuyó en 2011 a los servicios de salud, las “Orientaciones técnicas para las mujeres que presentan un aborto y otras pérdidas reproductivas”²⁵ (ver Anexo N°05).

En relación al embarazo adolescente, la meta al 2020, establecida en la Estrategia Nacional de Salud para el cumplimiento de los Objetivos Sanitarios de la Década 2011-2020²⁶, es disminuir en 10% la tasa de fecundidad proyectada en población menor de 19 años, y promover conductas sexuales seguras en adolescentes de 15 a 19 años sexualmente activos, aumentando en 20% la prevalencia del uso de condón. Las estrategias utilizadas son: Los Espacios Amigables para la Atención de Adolescentes, existen desde 2008 a la fecha (112 en el país); Control del Joven Sano, como puerta de entrada al sistema público de salud (2011); Visita Domiciliaria Integral, estrategia desplegada desde el sistema de protección de la Infancia Chile Crece Contigo, para la prevención de segundo embarazo en adolescentes; desde el 2011 se reinstala el Consejo Consultivo de Adolescentes y Jóvenes en Salud, para prevenir el embarazo en adolescentes y fortalecer la abogacía para mejorar el acceso a servicios y prestaciones de salud sexual y reproductiva.

El Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial del sistema de protección integral a la infancia Chile Crece Contigo, tiene por objeto vigilar la trayectoria del desarrollo infantil desde la gestación hasta los cuatro años de edad, para lo cual cuenta con un Catálogo de Prestaciones anual que asegura la ejecución de intervenciones biopsicosociales para el apoyo al desarrollo infantil y de las familias. Para promover la corresponsabilidad, se elaboró la Estrategia de Paternidad Activa²⁷.

En relación a la salud de las Mujeres, el Plan Auge²⁸ considera a la fecha 80 patologías con atención garantizada. En el 2013 se integró el cáncer de ovario epitelial, que se suma a las otras prestaciones garantizadas específicas para las mujeres como lo son: la analgesia en el parto, parto prematuro, cáncer de mamas, cáncer cérvico uterino, depresión y salud dental.

Según la Encuesta Nacional de Salud 2009-2010, las mujeres presentan una prevalencia mayor de síntomas depresivos en todos los grupos etarios. La prevalencia de síntomas depresivos de la población es de 17,2% (25,7% en mujeres, 8,5% en hombres), siendo el período de edad fértil donde se presenta con mayor frecuencia. Desde 2006, el tratamiento de la depresión en mayores de 15 años es AUGE y considera el enfoque de género. Con el objeto de aumentar la pesquisa y el tratamiento de los cuadros depresivos en embarazadas y púerperas, se elaboró un protocolo para la detección y atención de la depresión en mujeres durante el embarazo y post parto. Entre las acciones recomendadas está la aplicación de la escala de depresión de Edimburgo en el ingreso a control prenatal. A diciembre de 2012, fueron atendidas 225.066 mujeres mayores de 15 años con síntomas depresivos.

²⁵ Revisar: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/b53faf5d1d527a52e04001011e010ef5.pdf> visitada el 24 de abril, 2014.

²⁶ Revisar: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/c4034eddbc96ca6de0400101640159b8.pdf> visitada el 25 de abril 2014.

²⁷ Para ver detalles del funcionamiento visitar <http://www.crececontigo.gob.cl/empapate/> revisada 01 mayo, 2014.

²⁸ Revisar http://web.minsal.cl/AUGE_INTRODUCCION para ver patologías incluidas, visitada el 28 de abril, 2014.

En cuanto a la Salud Sexual y Reproductiva, en el 2010 se promulga la Ley 20.418, y el año 2013 se promulga el Reglamento que instruyó a la estructura sanitaria de la aplicación de la Ley, asegurando la provisión de métodos anticonceptivos de emergencia. Entre 2010 y 2013, MINSAL elaboró documentos regulatorios para mejorar la atención de salud de las mujeres. Durante 2013, se trabajó en la actualización de las Normas Nacionales de Regulación de la Fertilidad del Ministerio de Salud (2007) en actual proceso de consulta social, que regulan los servicios de salud sexual y reproductiva que se entregan en el país. Estas normas reconocen el derecho de las mujeres a la información, atención, a decidir libremente si desean o no utilizar los servicios, a elegir debidamente informadas los métodos anticonceptivos que desean usar, a acceder a métodos anticonceptivos seguros y registrados en el país, a la privacidad, confidencialidad y dignidad en la atención. En la actualidad se distribuyen 10 tipos de métodos anticonceptivos en el sistema público de salud.

La píldora de anticoncepción de emergencia (PAE), debe estar disponible –por efecto de la Ley 20.418- en todos los servicios de salud del país para quien la solicite, sin distinción de sexo y edad. Se deberá informar a los padres o a un adulto responsable si la requieren menores de 14 años. La matrona efectúa la entrega de la PAE, sin intermediar consulta ni receta médica. No obstante, hay muchos reclamos de usuarias que aseguran que no se les entregó la píldora en distintos consultorios del país, aduciendo falta de stock o reticencias morales del funcionario encargado.

La prevención del VIH/SIDA forma parte de los Objetivos Sanitarios del Sector Salud para la década 2011-2020. La meta establecida en este ámbito es incrementar la prevalencia del uso consistente del preservativo en población sexualmente activa entre 15 y 19 años. En Chile está garantizado el acceso universal de las mujeres a servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos los relativos a VIH/SIDA. Sin embargo, ha habido muchos reclamos de mujeres que dicen ser discriminadas por el personal de salud cuando declaran ser portadoras del virus. Debido a lo anterior, en el 2013 se trabajó un Protocolo de Atención en Salud Sexual y Reproductiva a Mujeres Viviendo con VIH²⁹ que permitirá un adecuado acompañamiento a las decisiones que deben tomar las mujeres que viven con VIH, relativas a su salud sexual y reproductiva, tales como: prevención, pre-concepcional, la decisión o postergación de un embarazo, el acceso a la anticoncepción de emergencia y a todas las demás prestaciones disponibles ajustadas a los requerimientos propios de la patología VIH/SIDA.

La Estrategia Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA e ITS se desarrolla en 4 niveles simultáneos, dirigidos a facilitar procesos progresivos de cambio en los comportamientos, actitudes y conocimientos de las personas, grupos y sociedad: nivel individual (consejería), grupal comunitario (prevención entre pares), masivo (campañas de comunicación social) e institucional (colaboración entre organismos del Estado).

En relación al abuso sexual y maltrato, se publicó en 2011 y 2013 respectivamente, en conjunto con Unicef, una “Guía clínica de atención de niños, niñas y adolescentes menores de 15 años víctimas de abuso sexual”³⁰ y una “Guía clínica de detección y primera respuesta a niños, niñas y adolescentes víctimas de maltrato por parte de sus cuidadores/as”³¹ y se capacitó en ellas para entregar herramientas a los equipos de atención primaria para avanzar en la detección y primera

²⁹ Revisar: <http://web.minsal.cl/sites/default/files/files/PROTOCOLOMUJERESVIH.pdf> visitada 21 de abril, 2014.

³⁰ Revisar: http://www.unicef.cl/unicef/public/archivos_documento/357/Guia%20Victimas%20de%20Abuso%20Sexual.pdf visitada el 22 de abril, 2014.

³¹ Revisar: http://web.minsal.cl/sites/default/files/files/Guia_maltrato_Valente26dic2013.pdf visitada el 22 de abril, 2014.

respuesta en chicos/as con situación de abuso sexual y maltrato. Estas acciones han permitido visualizar estos problemas e intervenir más tempranamente para evitar su perpetuación en el tiempo.

En relación a la Participación de la Sociedad Civil, el Consejo Consultivo de Género y Salud de las Mujeres se crea por resolución exenta en octubre de 2007, como un aporte a la agenda de transparencia y participación ciudadana del anterior gobierno de Michelle Bachelet. Expresa la voluntad gubernamental de acoger propuestas de la ciudadanía para tomar mejores decisiones en la formulación de las políticas de salud con enfoque de género. El Consejo Consultivo tiene carácter asesor del ministro/a de Salud, y el objetivo declarado es “contribuir desde la diversidad de la sociedad civil a la definición de las políticas sobre género y salud de las mujeres, y a las normas de calidad de atención en salud” y monitorear los avances de dichas políticas. A la fecha, este Consejo Consultivo está integrado por 26 organizaciones sociales de mujeres, todas vinculadas con salud.

En cuanto a la Salud de las mujeres indígenas, se implementó Programa de Salud y Pueblos Indígenas, el que ha desarrollado en los servicios de salud en que opera, una diversidad de modelos de atención de salud intercultural, sobre la base de las características de los pueblos indígenas de los distintos territorios urbanos y rurales en que están inmersos. En ellos, los prestadores institucionales públicos acogen, reconocen y promueven los sistemas médicos indígenas, sus conocimientos y prácticas. A través de un convenio con CONADI se instruyen las acciones necesarias para evitar la doble discriminación en la atención de salud a las personas que viven con VIH y que pertenecen a pueblos indígenas, así como para reforzar la promoción de la prevención y control del VIH/Sida y las infecciones de transmisión sexual hacia esta población.

Como parte del trabajo realizado en Salud tendiente a la “humanización del parto”, se han habilitado espacios de atención culturalmente pertinentes en los hospitales de Arica e Iquique, fomentando el parto natural, disminuyendo el parto en domicilio en las comunidades rurales, con el consiguiente mayor riesgo de morbi mortalidad materna y perinatal. El Programa Chile Crece Contigo publicó una guía de gestación en idioma español y de pueblos originarios que está disponible en versiones Mapudungún, Aymara, Rapa Nui y Huilliche. Durante 2013, se elaboró material educativo con pertinencia cultural sobre embarazo, parto, puerperio y crianza para 10 Servicios de Salud del país, situados en las regiones con mayor población indígena, como parte del trabajo de transversalización que realiza el Programa de Salud de Pueblos Indígenas del MINSAL.

Se han tomado acciones para supervisar el seguimiento de la salud de las mujeres, como lo es por ejemplo la modificación al Decreto 594, que obliga a los empleadores a informar del riesgo de la exposición diaria de radiación UV de origen solar e informar sobre las medidas de protección. El presente año se comenzará a aplicar el “Protocolo de vigilancia de riesgos psicosociales en el trabajo”³², que será obligatorio para los sectores productivos de retail, financiero y transporte en una primera etapa, para luego extenderse progresivamente a otros sectores.

Desafíos:

Desarrollar el plan “Más Sonrisas para Chile” para ampliar la cobertura de atención odontológica para mujeres de grupos socioeconómicos vulnerables que buscan empleo, apoyándolas en sus esfuerzos de integración laboral y en el fortalecimiento de su autoestima.

³² Revisar: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/e039772356757886e040010165014a72.pdf>, visitada el 24 de abril, 2014.

Además, de acuerdo a lo establecido en el actual programa de gobierno, se trabajará por la adopción de una ley de derechos sexuales y reproductivos acorde a las realidades y opciones de las personas; acceso a servicios de salud sexual y reproductiva; disponibilidad efectiva de métodos anticonceptivos, incluyendo la anticoncepción de emergencia; y despenalización de la interrupción voluntaria del embarazo en caso de peligro de la vida de la madre, violación o inviabilidad del feto. Además, se espera crear un programa integral de Calidad de Vida y Autocuidado de las mujeres que considere mayor prontitud en el acceso a la atención preventiva en salud física y mental, programas recreativos, de autocuidado, cultura y deportes en las comunas.

D. Violencia contra las Mujeres

Logros: La erradicación de la violencia contra las mujeres en nuestro país ha sido un tema relevante para la política pública, atendiendo al hecho de que el 31,9% de las mujeres en Chile reporta haber sufrido alguna forma de violencia por sus familiares, pareja o ex pareja en algún momento de su vida (Encuesta Nacional de Victimización por VIF y Delitos Sexuales, Ministerio del Interior, 2013³³). También da cuenta de ello el número de femicidios consumados en el ámbito de pareja que se siguen cometiendo anualmente (ver Anexo N°06).

En esta materia, desde la última cuenta del año 2009 se ha avanzado legislativamente, destacando que el año 2010 se publica la Ley de Femicidio (Ley N° 20.480³⁴) que incluye la figura del femicidio en el Código Penal y establece normas sobre la violación como delito contra la libertad sexual de las mujeres. Asimismo, en el año 2011 se publica la Ley que tipifica el delito de tráfico ilícito de migrantes y trata de personas (Ley N° 20.507³⁵) conforme al estándar del Protocolo de Palermo.

El Servicio Nacional de la Mujer es la institución encargada de diseñar, proponer y coordinar planes, medidas y reformas legales para garantizar la igualdad entre mujeres y hombres. Siendo la violencia contra las mujeres una de las más graves manifestaciones de tales desigualdades, la Unidad de Prevención, Protección y Atención de Violencia Contra la Mujer-Programa Chile Acoge, implementa y coordina los modelos y programas de intervención en este ámbito.

Desde el 2009 a la fecha, ha ampliado su ámbito de acción, no sólo centrándose en la violencia intrafamiliar, sino cubriendo otras manifestaciones de violencia contra las mujeres. Así, junto a los Centros de la Mujer (96 en todo el país, inicialmente levantados con un foco preventivo que posteriormente avanzó hacia un modelo que también potencia la atención) y las Casas de Acogida (23), el programa ha incorporado Centros de Reeducción de hombres que Ejercen Violencia de Pareja (15), Centros de Atención a Mujeres Víctimas de Violencia Sexual (3) y una Casa Nacional de Acogida para Mujeres Vulneradas por el delito de Trata de Personas. Además, se ha creado un dispositivo intercultural en la región de la Araucanía para enfrentar la violencia en zonas rurales y apartadas, habitadas principalmente por población Mapuche, y en 2014 se ha instalado un centro en la región del Biobío para atención a mujeres Pehuenches víctimas de violencia. Asimismo, se ha creado el Fono Ayuda Violencia, servicio de call center para contribuir a la atención y protección remota, apoyando a todas las líneas de la Unidad. Por otra parte, se impulsó el trabajo preventivo desde la primera infancia y mediante campañas comunicacionales para avanzar en el cambio cultural en torno a las creencias y actitudes sobre la violencia.

³³ Revisar los principales resultados en http://www.seguridadpublica.gov.cl/filesapp/Presentacion%20VIF_adimark_final.pdf, visitada el 30 de abril, 2014.

³⁴ Revisar Ley en <http://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=1021343>, visitada el 01 de mayo, 2014.

³⁵ Revisar Ley en <http://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=1024319>, visitada el 01 de mayo, 2014.

En cuanto a la cobertura de atención presencial directa por parte de los modelos de intervención ha habido variabilidad del número de personas atendidas en las diferentes formas (ver Anexo N°07).

En cuanto al avance de los resultados de las intervenciones, durante este período se han levantado diversos indicadores de la atención otorgada (ver Anexo N°08).

En lo referente a la evaluación de los programas y dispositivos, cabe también resaltar el nivel de satisfacción expresado por las personas usuarias. En el caso de la atención entregada por los Centros de la Mujer, en 2013 el 91% de las ex usuarias tiene una opinión general del Centro que es buena o muy buena. En las Casas de Acogida, un 75% de ex usuarias considera satisfactorios los servicios entregados. En cuanto a los Centros para Hombres, los servicios entregados son considerados como buenos o muy buenos por un 99% de los hombres encuestados. Finalmente, VCM (Unidad de Prevención de la Violencia contra la Mujer, SERNAM) realiza acciones de capacitación interna y externa. Por medio de la capacitación interna se instalan competencias en las/los profesionales de atención directa de los diversos modelos de intervención de SERNAM. Por su parte, la capacitación externa tiene por objetivo formar a agentes claves en materia de VCM que operan en las redes intersectoriales, ya sea que pertenezcan a la oferta pública o privada en materia de violencia. En ambos casos se han usado estrategias presenciales y e-learning.

La estrategia de capacitación e-learning se enmarca en un convenio suscrito con el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), de carácter trianual (2011-2013). Durante 2013 se llevaron a cabo dos cursos:

1. "Curso de intervención con Mujeres Víctimas de Violencia de Pareja". Curso de profundización para los equipos profesionales de los dispositivos de intervención de la Unidad (Centros de la Mujer, Casas de Acogida, etc.). Durante 2013 se certificaron 352 personas.
2. "Yo me sumo. Herramientas Básicas sobre Violencia Intrafamiliar". Curso introductorio a la temática de VIF para agentes externos que tienen un rol estratégico en la detección, pesquisa, derivación y/o atención de víctimas (salud, educación, policías, justicia, etc.). Durante 2013 se certificaron 290 personas.

Del total de 642 personas certificadas, un 93,8% evaluaron satisfactoriamente los contenidos entregados.

En el trabajo intersectorial, desde el 2009 hasta la fecha se han consolidado diversas instancias de coordinación y estrategias en el abordaje de la violencia contra las mujeres. Entre ellas, destacan la Red de Atención a Víctimas de Delitos Violentos contra las Personas (RAV), la Mesa Intersectorial sobre la Trata de Personas, el Circuito Intersectorial de Femicidio y la Red de Atención a Violencia Intrafamiliar Migrante. En cumplimiento del mandato de la Ley N° 20.066, desde el año 2011 se ha desarrollado en conjunto con organismos públicos y de la sociedad civil un Plan Nacional de Prevención de la Violencia Intrafamiliar con dos Mesas Intersectoriales: una que convoca a las instituciones abocadas a la atención y protección de víctimas de VIF y agresiones sexuales, y otra que convoca a las instituciones vinculadas a la prevención y capacitación (coordinada desde el SERNAM).

La Red de Asistencia a Víctimas (RAV), liderada por el Ministerio del Interior, integra a todas las instancias que toman contacto con las víctimas una vez ocurrido diversos delitos. Su objetivo es optimizar la respuesta de las instituciones que forman parte del circuito por el cual debe transitar una persona que ha sido víctima, con el fin que reciba un trato adecuado en todas las etapas, es decir, desde que interpone una denuncia, hasta que recibe apoyo y atención psicológica, social y jurídica

El Circuito de Femicidio está integrado por representantes de SERNAM, SENAME, Carabineros de Chile y Ministerio del Interior y Seguridad Pública. El rol del Circuito nacional de femicidio implica: a) Velar por el adecuado funcionamiento del protocolo a nivel nacional y regional; b) Elaborar los lineamientos y orientaciones técnicas respecto a la implementación del “protocolo intersectorial de atención a víctimas de femicidio”; c) Otorgar información oficial respecto a la ocurrencia de casos de femicidio a nivel país. Para estos efectos, cada institución deberá proporcionar los antecedentes necesarios según el rol y función que cumplen, implementar sistemas de registro, análisis y seguimiento de casos; evaluar anualmente el funcionamiento del protocolo y elaborar informe anual.

En cuanto a la política de salud en violencia de género, a partir del 2004, se implementa el Programa de Atención Integral para Mujeres que viven Violencia Intrafamiliar, el que actualmente se implementa en establecimientos de Atención Primaria municipal y en establecimientos dependientes de los Servicios de Salud del país. En 2013, 21.183 mujeres mayores de 15 años víctimas de violencia de género accedieron a atención psicosocial, lo que les permitirá mejorar sus condiciones de vida, contar con redes de apoyo y enfrentar la posibilidad de denunciar y disminuir así las consecuencias más graves de la violencia de género.

Desafíos: Entre los desafíos del actual gobierno, destaca el impulso de políticas públicas para la violencia de género y una ley que contemple otras manifestaciones de violencia contra las mujeres, además de la intrafamiliar. Asimismo, se implementarán otras medidas como duplicar el número de Casas de Acogida, aumentar los Centros de la Mujer en las comunas con mayores índices de violencia, crear un registro único de casos de violencia contra las mujeres y un programa de capacitación a fiscales y actores/actrices judiciales. Además, se plantea la necesidad de enfatizar la prevención de la violencia a través de campañas y discursos comunicacionales, así como la coordinación, capacitación y especialización de las instituciones vinculadas al trabajo con las mujeres que viven violencia, para dar así como país una respuesta más coordinada, oportuna y eficaz.

E. Las Mujeres y los Conflictos Armados

Logros: En Chile la carrera militar es igualitaria para mujeres y hombres³⁶. El proceso de integración de mujeres al Ejército se inició formalmente a partir de 1974, encontrándose afectos a las mismas condiciones en los procesos de obtención, mantención, exclusión o retiro. La normativa no hace distinción, tanto las mujeres como los hombres tienen los mismos derechos, responsabilidades, beneficios previsionales y de seguridad social. Acceden en igualdad de oportunidades y condiciones a los procesos formativos de capacitación, especialización y perfeccionamiento. No existe discriminación remuneracional dado que pertenecen a las plantas de las instituciones militares, forman parte de las jerarquías militares y transitan la misma carrera durante toda la permanencia en las instituciones (ver Anexo N°09).

³⁶ Conforme a la Ley Orgánica Constitucional sobre las Fuerzas Armadas, N° 18.948, y Constitución Política del Estado el art. 105.

Desde el Ministerio de Defensa Nacional han sido apoyadas todas las medidas legales, políticas nacionales, estrategias, planes, programas y/o proyectos desarrollados y ejecutados desde el 2009 en la temática de género. Ejemplo es lo sucedido con la Ley de Post Natal Parental, oportunidad en la que el Ministerio despachó oficios a cada Institución con las Instrucciones de la Superintendencia de Seguridad Social; fueron realizados dos seminarios para su instalación y en la actualidad, se hace seguimiento a través de los informes estadísticos y narrativos enviados por la cada Institución una vez al año. En enero de 2014, se logró, luego de casi dos años, que el cálculo para el post natal parental se rijan por la normativa legal de las Fuerzas Armadas, ya que el habitual cálculo les producía perjuicio a las funcionarias.

Respecto de la Resolución 1325 del Consejo de Seguridad de Naciones Unidas, el año 2009 se formuló el Plan de Acción para su implementación. En las Instituciones de Defensa, este Plan se cumplió en su totalidad y se comprobó mediante seguimiento a través de informes anuales, pese a que el Plan no tenía indicadores.

El año 2013 una mesa técnica compuesta por el Ministerio de Defensa, Relaciones Exteriores y SERNAM, redactó el II Plan de Acción que tiene por finalidad establecer un diagnóstico con perspectiva de derechos y de género en la situación de las mujeres, paz y seguridad en las áreas destacadas en la Resolución 1325 y mirando prospectivamente la realidad nacional y regional. Para lograrlo se determinó el desarrollo en fases que se construirán cada cuatro años. En la primera fase 2014-2018 (que corresponde al II Plan) se generaron una serie de indicadores que medirán diversos ámbitos de acción y que servirán como base para un siguiente Plan. Actualmente se encuentra en las últimas revisiones para su implementación.

Desafíos: El año 2013, en cumplimiento con los compromisos de género con el SERNAM y con Consejo de Defensa de la UNASUR, se solicitó a las tres Instituciones de la Defensa, que se enviara al Ministerio toda la normativa de Género con el objeto de detectar normas de carácter discriminatorio o que fueran contrarias a la equidad de género. Revisada esta normativa se pudo comprobar que a raíz de la Ley N° 20.609, que establece medidas contra la discriminación, se eliminó toda norma contraria a derecho. Sin embargo, se pudo detectar que existen algunos puntos que pueden ser discutidos, tales como:

- 1.- Apertura a todos los escalafones de armas a las mujeres: en la actualidad existen escalafones de armas que no están abiertas a las mujeres en el Ejército y en la Armada, como infantería por ejemplo. El fundamento a no abrir estos escalafones a las mujeres radica en la diferencia física existente entre hombres y mujeres. Para el año 2014 se ha determinado iniciar un diálogo con las Instituciones sobre el tema.
- 2.- Requisitos de ingreso a las Escuelas Matrices, soltera/o sin hijos y permanecer en ese estado durante toda la carrera: Situación que a la fecha no se cumple, precisamente porque si una mujer queda embarazada, se le suspenden sus estudios y se le concede un plazo para volver. Para el año 2014 se ha determinado iniciar un diálogo y una revisión de estos requisitos, con las Instituciones.

Las estrategias para eliminar las desigualdades de género en la proyección de la carrera Militar, están contenidas en diferentes instructivos emanados de las Direcciones de Personal y de Recursos Humanos de las Instituciones. Con el objeto de canalizar de mejor manera la información referente a desigualdades de género, discriminación y posibles abusos, existe el reto de crear oficinas de Género en las Instituciones Militares.

F. Las Mujeres y la Economía

Logros en el ámbito del Ministerio de Economía, Fomento y Turismo: se han promulgado 2 reformas legales desde 2009 cuyo impacto es transversal a hombres y mujeres:

- i. Ley Constitución de Empresas en un día: que reduce el procedimiento de constitución y modificación de sociedades a 1 día, impulsando el emprendimiento y el desarrollo de nuestro país. Además, permite el acceso público y gratuito a la información del estado de empresas y sociedades a través del portal del Registro de Empresas y Sociedades. Desde su entrada en vigencia en mayo 2013 hasta abril de 2014, cerca de 31.613 sociedades se constituyeron a través del portal www.tuempresaenundia.cl, de las cuales un 32% fueron constituidas por mujeres.
- ii. Ley SERNAC Financiero: que fortalece los derechos de los/as consumidores/as a través del acceso a la información sobre los productos y servicios, impone nuevas obligaciones a las empresas y da más facultades a Sernac. Esta nueva ley, que lleva por número 20.555, viene a complementar la Ley de Protección al Consumidor. Desde su entrada en vigencia en Marzo 2012 hasta octubre de 2013, el 51% de 33.772 reclamos recibidos, fueron realizados por mujeres (17.224).

El Ministerio de Economía, Fomento y Turismo, ha desarrollado –principalmente- 3 líneas de acción a nivel sectorial:

- i. Fortalecer el emprendimiento femenino a través de acciones de difusión focalizada y/o capacitación que permitan la mejora de competencias de las mujeres y el fomento de desarrollo de emprendimientos realizados por mujeres:
 - Talleres de Capacitación en temas de educación financiera y seguridad de productos, para mujeres microempresarias (SERNAC): 175 mujeres capacitadas en periodo 2012-2013.
 - Diplomado en gestión turística para trabajadoras turísticas (SERNATUR): 192 mujeres empresarias del sector turismo cursaron el diplomado (2013).
 - Seguimiento y Acompañamiento del Programa Capital Semilla y Abeja (SERCOTEC): 11.282 mujeres ganadoras de Capital Semilla y Capital abeja han recibido acompañamiento y seguimiento en la implementación de su planes de negocio durante el periodo 2009-2013.
 - Talleres de Emprendimiento Digital para nivelar competencias digitales de emprendedoras y emprendedores (SERCOTEC): 8.924 mujeres accedieron a este programa durante el periodo 2009-2012.
 - Difusión focalizada de los productos disponibles a mujeres con enfoque de género (SERCOTEC): más de 6.500 mujeres han accedido a charlas de información de la oferta de servicios del Servicio, durante el periodo 2009-2013.
 - Programa de Formación Empresarial (SERCOTEC): durante el periodo 2011-2013 15.579 mujeres participan de dicho programa.
 - Charlas sobre temáticas de formalización de empresas, microempresa familiar y constitución de empresas en 1 día a emprendedoras (Subsecretaría de Economía): 703 mujeres accedieron a charlas informativas durante el periodo 2011-2013.
 - Difusión focalizada de los productos disponibles a mujeres con enfoque de género (CORFO): más de 12.000 mujeres participaron en los talleres de difusión del instrumental y de las Ferias Arribamipyme, durante el periodo 2010-2013.
- ii. Promover el liderazgo y la participación femenina en los distintos espacios y niveles de tomas de decisiones a través de charlas, talleres y/o capacitaciones para promover la participación

de mujeres Cooperativas y Asociaciones Gremiales (Subsecretaría de Economía): 2.223 mujeres accedieron a charlas informativas durante el periodo 2009-2013.

iii. Desarrollo de Programas Específicos para mujeres:

- Desarrollo de la primera incubadora de negocio con foco en el emprendimiento liderado por mujeres (CORFO): En mayo de 2013 se lanza primera incubadora de negocios desarrollados por mujeres con una inversión de MM\$1.243.
- Cuota de participación para mujeres (40%) en el instrumento Programa de Emprendimientos Locales –PEL (CORFO): 5.210 mujeres accedieron al Programa entre los años 2010-2013 (41% del total).
- Desarrollo llamado especial en la línea Programa PAE para potenciar habilidades de mujeres que deseen emprender (2011). A partir de 2012 se realizó difusión focalizada del programa a entidades que trabajan con la temática Emprendimiento Femenino (CORFO): 6.020 mujeres beneficiadas directamente y 16.420 indirectamente con un monto de inversión de MM\$1.787 durante el periodo 2011-2013.
- Creación Instrumento exclusivo para mujeres: Capital Abeja (SERCOTEC): El 2012 se crea el instrumento Capital Abeja. Dicho programa ha beneficiado a 4.830 mujeres en sus líneas Empresa y Emprendimiento durante el periodo 2012-2013. Además en sus líneas Capital Semilla Empresa y Emprendimiento, se benefició a 12.168 mujeres durante el periodo 2009-2013, logrando una cobertura total de 16.998 mujeres.

Desafíos planteados por el Ministerio de Economía, Fomento y Turismo: el principal desafío consiste en fortalecer la recopilación de datos desagregados por sexo de los organismos gubernamentales, para que el rol de las mujeres en la economía se entienda mejor.

Logros identificados por el Ministerio del Trabajo y Previsión Social se han desarrollado proyectos de ley, promulgando la siguiente legislación:

i. Ley 20.348 sobre igualdad salarial entre hombres y mujeres: Este cuerpo legal, vigente desde de junio de 2009, establece que todo empleador debe dar cumplimiento al principio de igualdad de remuneraciones entre hombres y mujeres que presten un mismo trabajo, no siendo consideradas arbitrarias las diferencias objetivas en las remuneraciones que se funden, entre otras razones, en las capacidades, calificaciones, idoneidad, responsabilidad o productividad.

ii. Ley N° 20.545 (Posnatal): Es Ley de la República desde el 17 de octubre de 2011, el permiso de posnatal extendido hasta seis meses. Con esta ampliación de la cobertura, se permite otorgar este beneficio a mujeres que nunca antes lo obtuvieron. Por ejemplo, una temporera que trabaja cuatro meses en el año, y que hoy no tiene derecho a absolutamente a nada en materia de pre y posnatal, ahora si tiene acceso, simplemente en la medida que cotice ocho meses durante dos años.

En Chile, la pobreza tiene mucha relación con el empleo femenino. De hecho, en el quintil de menores recursos de nuestra población cerca de un 20% de las mujeres trabaja, mientras que en el quintil más alto, lo hace aproximadamente un 60%. Esta ley de posnatal, por tanto, al permitir que los hombres asuman responsabilidades en el cuidado del hogar y de los niños, debiera posibilitar un incremento de la participación laboral femenina.

iii. Proyecto de ley de financiamiento de Salas cuna: Este proyecto de ley, enviado al Congreso Nacional 22 de agosto de 2013, tiene como objetivo aumentar la fuerza laboral femenina y propender a la igualdad de género en el mercado laboral.

En la actualidad cada empresa con 20 trabajadoras o más debe proveer sala cuna a sus trabajadoras, lo que hace más caro contratar mujeres. Esta regla afecta los sueldos de las mujeres. Esto, porque los empleadores traspasan gran parte del costo de la sala cuna a las mujeres pagándoles sueldos más bajos.

El proyecto establece un seguro social de salas cuna mediante la creación de un fondo, que se financiará con una cotización mensual del 1% del sueldo imponible de todos los trabajadores y que será de cargo del empleador. No obstante, esto no significará un aumento de costo, ya que, por otro lado se reducirá la cotización del seguro de cesantía de un 3% a un 2%. Todas las mujeres con contrato de trabajo regido por el Código laboral tendrán acceso al beneficio, sin importar el número de trabajadoras que tenga la empresa. Se financiará un arancel mensual de hasta \$160.000 por cada niño menor de dos años que asista al nivel sala cuna y de hasta \$130.000 por cada niño mayor de dos años y menor de tres años que asista al nivel medio menor del jardín infantil. También incluye el pago de matrícula.

iv. Proyecto de ley que reduce la jornada laboral de trabajadora de casa particular: En mayo de 2012 ingresó al Congreso Nacional un proyecto de ley que modifica la jornada, descanso y composición de la remuneración de las trabajadoras de casa particular. Se propone reducir la jornada para quienes laboran “puertas afuera”, es decir, para quienes residen o pernoctan en la casa de sus empleadores. Actualmente, la jornada puede llegar a 72 horas semanales. Lo que propone el proyecto es reducir la jornada a un máximo de 45 horas semanales, igualándolo al resto de los trabajadores y trabajadoras de nuestro país, la que se podrá distribuir hasta en un máximo de seis días. Esta reducción se hará en un período transitorio de 2 años y 3 meses.

Generación de empleo para las mujeres

De acuerdo a las cifras entregadas por el INE, los empleos creados entre 2010 y 2013 alcanzan a los 989.855. De estos, 551 mil han sido para mujeres. Es decir, un 55,7% del total de empleos creados. Además, se ha elevado la participación de las mujeres en el mercado laboral alcanzando un 48,5% durante la actual administración, la más alta desde que se aplica la actual encuesta.

Desafíos: Un desafío pendiente en materia de trabajo es la necesaria aprobación del Convenio 189 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) sobre trabajo decente para las trabajadoras y los trabajadores domésticos. Sobre el punto, el Ministerio del Trabajo y Previsión ya confirmó que la actual administración hará efectivo este compromiso asumido por la Presidenta Michelle Bachelet.

Por otra parte, es un desafío que la Ley 20.348 sobre igualdad salarial entre hombres y mujeres sea divulgada y utilizada por las mujeres. Existen escasas denuncias entre 2010 y 2013.

2010 08 denuncias

2011 16 denuncias

2012 06 denuncias

2013 13 denuncias (primer semestre)

Capacitación

Desde el año 2010 a la fecha, se ha habilitado laboralmente un total de 67.269 mujeres y accedieron a capacitación laboral 40.328 mujeres. En especial, el año 2013 en el ámbito de apoyo a la inserción laboral, fueron beneficiadas más de 31.000 trabajadoras y jefas de hogar;

habilitándose laboralmente a 17.145. En tanto, 4.442 participaron en cursos de capacitación en oficios en la línea mujeres jefas de hogar y administración de empresa y 3.303 recibieron apoyo al emprendimiento (Convenio entre SERNAM y FOSIS, SERCOTEC y Capital Semilla).

Logros identificados por el Servicio Nacional de la Mujer (SERNAM): se han implementado programas para el empoderamiento económico de las Mujeres, los que se detallan a continuación:

Programa Mujer Trabajadora y Jefa de Hogar (PMTJH): El PMTJH responde a un contexto socio-demográfico que ha reflejado un aumento significativo en la jefatura de hogar femenina. En 2011, dos de cada cinco hogares estuvo encabezado por una mujer, lo que equivale a dos millones de hogares. En 20 años las jefaturas de hogar femeninas se duplicaron, pasando de 20% en 1990, a 39%, en 2011. En los hogares más vulnerables la proporción es mayor. El 55% de los hogares en extrema pobreza o indigencia está encabezado por una mujer, mientras que en situación de pobreza, esta cifra alcanza el 51%. En 2009, era el 41,4%, es decir, es un fenómeno que se acrecienta. Dichos hogares, al depender de un sólo ingreso, tienen más dificultades para superar la pobreza, e incluso tienen un riesgo mayor de volver a caer en ella. Esto, porque se les dificulta el acceso a oportunidades para mejorar sus capacidades, como cursos de capacitación, nivelación de estudios y/u otros. Por esta razón, esta inaccesibilidad las aleja de reales posibilidades para insertarse al mercado laboral y/o para acceder al mercado laboral de calidad.

A partir del año 2007 el Servicio Nacional de la Mujer (SERNAM) comienza a implementar el Programa Mujer Trabajadora y Jefa de Hogar (PMTJH) (ver Anexo Nº 10). Este Programa constituye una estrategia de intervención social que combina el fortalecimiento y desarrollo de capacidades y habilidades laborales de las participantes, con la articulación de la oferta de las redes institucionales de apoyo en forma coordinada, oportuna y pertinente. Su principal propósito es Contribuir a la inserción laboral de calidad de las mujeres, entregando herramientas para enfrentar las principales barreras de acceso al mercado del trabajo (ver Anexo Nº 11).

Programa 4 a 7, Mujer Trabaja Tranquila: En el año 2010, el Banco Interamericano del Desarrollo (BID), reconociendo la experiencia de SERNAM en el tema del cuidado infantil para hijos e hijas de mujeres trabajadoras, ofreció a SERNAM recursos económicos para el diseño de un Programa que se implementaría posterior a la jornada escolar. La comprensión de esta relación, permitirá fortalecer la capacidad del BID y de los gobiernos de la región, en el diseño de políticas públicas. La oferta pública de servicios de cuidado infantil en Chile, si bien ha crecido en forma significativa en la atención de los menores de 6 años es escasa para niños y niñas escolares entre 6 y 13 años, y constituye una demanda permanente de las mujeres en edad de trabajar.

A partir del año 2011, sobre la base del diseño construido, el SERNAM coordina una iniciativa de cuidado infantil después de la jornada escolar, denominada Programa 4 a 7, para ello se coordina con Ministerio de Educación, la Junta Nacional de Auxilio y Becas y con Municipalidades del país. El Programa busca contribuir a la inserción y/o permanencia laboral, capacitación y/o nivelación de estudios de mujeres que tienen bajo su responsabilidad el cuidado de niños y niñas entre 6 y 13 años de edad, luego de terminar su jornada escolar, para ello se realizan diversos tipos de talleres, a los que se les incorpora enfoque de género (ver Anexo Nº12).

Asimismo, el Programa realiza talleres con las mujeres beneficiarias para el fortalecimiento de su perfil laboral y su desarrollo personal.

La ejecución del Programa, se realiza en los establecimientos educacionales municipales. El SERNAM transfiere a las municipalidades presupuesto para la contratación de monitores y monitoras, y para la compra de materiales adecuados a los distintos tipos de talleres.

Programa Buenas Prácticas Laborales (BPL) con Equidad de Género: Es un aporte a las políticas de igualdad que tienen por objetivo contribuir a eliminar las prácticas discriminatorias por razón de sexo, que se producen y reproducen en las relaciones laborales al interior de las organizaciones públicas y privadas. Promueve las BPL con Equidad de Género y la conciliación de la vida laboral, familiar y personal para mujeres y hombres con corresponsabilidad. Busca la visibilización de brechas de género en el empleo y la sensibilización, difusión e intercambio en temáticas relacionadas (segregación ocupacional, representación equilibrada en cargos directivos, brecha salarial, acoso laboral y sexual, violencia de género, prácticas discriminatorias, entre otras). A objeto de contar con un instrumento para la equidad de género en las organizaciones, a partir de la experiencia del Modelo Iguala, se mandató al Instituto Nacional de Normalización (INN), en el desarrollo e implementación de una Norma chilena certificable: NCh3262-2012 "Sistemas de gestión: Gestión de igualdad de género y conciliación de la vida laboral, familiar y personal-Requisitos". SERNAM entregará el "Sello de Certificación Iguala-Conciliación, Vida laboral, familiar y personal" a las organizaciones que se certifiquen en la NCh3262. A la fecha, alrededor de 17 organizaciones, públicas y privadas, aspiran a obtener su certificación en los próximos meses. Por otra parte, en la lógica de alianza público-privada, se realizan acciones de sensibilización tales como talleres, seminarios y charlas, entre las que destaca un Encuentro Internacional efectuado el 2013, organizado en conjunto con INN, PNUD, OIT, Confederación de la Producción y el Comercio y diferentes Cámaras de Comercio, que contó con la presencia de analistas internacionales de la OECD y del BID. La actividad incluyó la presentación del Estudio Regional de OIT y PNUD sobre "El cuidado compartido: hacia una propuesta de parentalidad", además del lanzamiento regional de la "Guía para Organizaciones: responsabilidades compartidas. Acciones laborales de conciliación con corresponsabilidad social".

Programa Emprendimiento: Contribuye a la superación de brechas de género de las mujeres al emprender: acceso a la información, a capital financiero, a mercados, a redes y asociatividad, y al uso de TIC's. El SERNAM instaló la temática del Emprendimiento Femenino mediante un componente programático que en los últimos 3 años atendió a más de 10.000 emprendedoras que han sido beneficiarias de acciones de sensibilización a los actores del ecosistema del emprendimiento sobre las brechas de género.

Se generó una Red Nacional de Mujeres Emprendedoras que tiene registradas más de 4.000 mujeres. En el acceso al financiamiento se han gestionado más de 7.000 millones de pesos de los GOREs que se han entregado a mujeres de todo el país para potenciar no sólo su autonomía económica y su participación en el desarrollo económico local.

En el acceso a nuevos mercados, SERNAM, gestionó a través de la alianza público-privada, espacios comerciales para que más de 400 mujeres comercialicen sus productos y con ello aumenten sus posibilidades de inversión y sus volúmenes de producción y utilidades netas.

Desafíos: El desafío es dar una estructura formal a este componente de manera que los esfuerzos no se limiten a la coordinación sectorial con las redes de fomento productivo, que si bien es importante no es suficiente.

Uno de los ejes del trabajo en los últimos años ha sido potenciar la autonomía económica de las mujeres, pues se tiene la convicción de que la autonomía económica determina el acceso a recursos, potencia las decisiones, garantiza condiciones para liberarse de situaciones de violencia y es fundamental para el empoderamiento en todos los niveles.

Sin duda, el desafío central en este tiempo fue acelerar y potenciar el ingreso de las mujeres al mercado de trabajo remunerado a través de distintas estrategias y es posible sostener que las estrategias han sido exitosas en el cumplimiento de este objetivo. Mientras en 1996 la participación laboral femenina alcanzaba un 35% en el año 1996, fue aumentando a 37% para el 2006 y a 46% en el 2010, alcanzando en el 2013 el 48,3% (años respectivos, INE).

¿Cómo se ha logrado este aumento en la participación laboral femenina? Ha sido una estrategia combinada entre entregar herramientas para la inserción al mercado laboral a través de: capacitación, adecuando las mismas a los requerimientos y condiciones de las mujeres, programas de habilitación laboral, fondos para emprendimiento.

Por otra parte, se han tomado distintas medidas y se han generado acciones con el objetivo eliminar barreras que enfrentan las mujeres para acceder y/o permanecer en el mercado laboral. Estas barreras van desde aspectos culturales, como el estereotipo de mujer dueña de casa exclusivamente y considerar como algo normal y positivo la división sexual del trabajo socialmente necesario; a responsabilidades asignadas a las mujeres, (también culturalmente, pero que tienen una cierta manifestación material), sobre todo, en relación al cuidado, que generan condiciones que dificultan a las mujeres el poder trabajar remuneradamente.

G. Las Mujeres en el ejercicio del poder y la adopción de decisiones

Logros: Las cifras en materia de participación política de las mujeres dejan de manifiesto que Chile debe avanzar en la materia, para lo que se han concretado una serie de proyectos de fortalecimiento de la democracia que incentivan la participación más activa de las mujeres, como la inscripción automática y voto voluntario que permitió que mujeres llegaran a ser alcaldesas en comunas importantes del país. También destacan las primarias obligatorias y la elección directa de los Consejeros Regionales, abriendo más espacios de participación y transparencia del sistema.

SERNAM, en conjunto con el PNUD y ONGs como la corporación Humanas, ejecutaron el Programa “600 Líderes Políticas para Chile”. Este proyecto estuvo dirigido a mujeres líderes, representantes de todo el espectro político y de todas las regiones del país.

Desafíos: La participación de mujeres en cargos de elección popular, ha ido avanzando en cada proceso electoral. Sin embargo, aún no se alcanzan los niveles deseados de representación, ni los niveles internacionales a los cuales se aspira llegar. En las todas las elecciones parlamentarias que han tenido lugar desde 1993, el número en la nómina de candidatas mujeres al parlamento nunca ha superado el 20%. Su participación, en la legislatura actual (2010-2014), alcanza un 14,1% en la Cámara de Diputados y un 13,1% en el Senado. Una situación similar se constata con el porcentaje de representantes mujeres en los gobiernos locales y en la Corte Suprema de Justicia. La escasa participación de las mujeres en política y/o en el mundo público, implica una pérdida de valor enorme y deslegitima la democracia, pues las mujeres -que constituyen un poco más de la mitad de la población- no están debidamente representadas en los debates de las políticas públicas.

A fin de enfrentar este desafío, con fecha 06 de mayo de 2014, se ingresó al Congreso Nacional el Proyecto de Ley que sustituye el Sistema Electoral Binominal por un Sistema Electoral proporcional inclusivo que fortalece la representatividad del Congreso Nacional (Boletín N° 9326-07), mediante el cual se pretende asegurar la participación política de las mujeres, proponiéndose la incorporación de una cuota de género (40% mínimo - 60% máximo) y el establecimiento de incentivos financieros para los partidos en función de las mujeres electas. Ambas medidas tienen carácter transitorio (temporal), y se aplicarían –de ser aprobado el proyecto- a las próximas 4 elecciones (hasta las elecciones parlamentarias de 2029).

H. Mecanismos Institucionales para el Adelanto de la Mujer.

Logros: El Servicio Nacional de la Mujer (SERNAM) es el organismo creado por el Gobierno de Chile para promover la igualdad de oportunidades entre mujeres y hombres, creado por la Ley N°19.023 publicada el 03 de enero de 1991. Desde su creación, su presupuesto público ha aumentado progresivamente (ver Anexo N°13) para la ejecución de sus líneas de acción.

Asignaciones presupuestarias y la planificación a nivel nacional asociadas al logro de la igualdad entre los géneros y el empoderamiento de las mujeres

El SERNAM, en gran medida, está orientado a coordinar las políticas y programas que, desde el sector público, se llevan adelante para transversalizar el enfoque de género. Sin embargo, al ser su misión coordinar y propiciar acciones en otros ministerios, servicios y sectores, los programas y medidas que se ejecutan en esas entidades no forman parte del presupuesto del SERNAM, sino de la institución respectiva donde se ejecutan.

Por otro lado, en materia de gestión, un indicador importante del esfuerzo que se realiza desde las distintas entidades e instituciones del Estado, lo constituye el Sistema de Programa de Gestión de Género (PMG de Género). El PMG es un instrumento que desde 1998 (Ley 19.553) entrega incentivos monetarios a funcionarios y funcionarias cuando los objetivos anuales de gestión se cumplen. A partir de 2002 se incorporó obligatoriamente el enfoque de género a los PMG. Entre 2002 y 2013 el porcentaje de instituciones que han comprometido objetivos con enfoque de género ha estado entre 82% y 90% (el 2010 es una excepción con 71%). Así, si bien esta información no constituye en sí misma un indicador monetario, la existencia de este instrumento en ese periodo debe considerarse.

El sistema PMG contempló varias etapas y fue evaluado por el Banco Mundial en 2007 (el sistema completo, no sólo el de género). El organismo hizo un conjunto de sugerencias tras lo cual el programa de mejora de gestión evolucionó y se redefinió. El 2011 se egresó del sistema “Enfoque de Género” y se pasó a un nuevo sistema de “Equidad de Género”. Los compromisos de gestión transitaban de instalar metodologías de trabajo o prácticas regulares, a ejecutar actividades orientadas a incidir en las inequidades, brechas y/o barreras entre hombres y mujeres priorizadas por las instituciones.

Siguiendo un cronograma definido previamente con los insumos de años anteriores, a partir de 2014, el PMG está constituido por un único “Sistema de Monitoreo del Desempeño Institucional”, cuyo objetivo es realizar el monitoreo de los indicadores de resultado y producto cuya entrega constituye la tarea permanente de la institución. Este sistema incorpora además una lista pre

definida (centralmente) de indicadores transversales, permitiendo a cada institución o servicio seleccionar algunos de ellos para incorporar al Sistema de Monitoreo.

En este marco, se desarrollaron indicadores en materia de género, que los Servicios voluntariamente pueden comprometer para el incentivo (“Porcentaje de iniciativas para la igualdad de género implementadas en el año³⁷” y “Porcentaje de funcionarios/as capacitados en temas de género en el año³⁸”). Aún es pronto para evaluar estos cambios y sacar conclusiones respecto al esfuerzo que de este en año en adelante realizarán ministerios, servicios y sectores. Dicho lo anterior, se cuantifican algunas líneas del Presupuesto Público sobre las que se tiene información y que efectivamente apuntan al logro de la igualdad entre los géneros y el empoderamiento de las mujeres:

- En el año 2013 \$ 712.562.920.-
- En el año 2009 \$ 463.568.776.-

En términos reales el esfuerzo presupuestario ha crecido 53,71% en los últimos cuatro años. Mientras tanto, en términos del Presupuesto Total del Sector Público, ha pasado del 2,24% en 2009 al 2,13% en 2013.

Respecto a los esfuerzos que se han realizado en los últimos 11 años, como se señaló previamente, ha sido el sistema de PMGs de Género. Por otra parte, un elemento importante fue la Reforma Previsional de 2008 que se realizó con enfoque de género y que tuvo una medida clave para reducir brechas de ingresos en la vejez: el Bono por Hijo Nacido Vivo.

En cuanto a la elaboración de presupuestos a nivel regional/provincial y local, cabe destacar que las posibilidades son limitadas en todas las áreas, tal como los investigadores Sergio Granados y Jorge Rodríguez (2013) sostienen en un trabajo reciente (ver referencias), requiriéndose cambios estructurales en esta materia, los cuales están siendo estudiados por la Comisión Asesora Presidencial para la Descentralización y Desarrollo Regional recientemente convocada.

Desde la década del 90 a la fecha, se han definido los siguientes Mecanismos e instrumentos institucionales, políticos y técnicos, para el desarrollo de la tarea encomendada:

i. Publicación e implementación del tercer Plan de Igualdad de Oportunidades período 2011 – 2020.

Instrumento marco para incorporar, a largo plazo, la igualdad de oportunidades entre mujeres y hombres en el conjunto de las políticas públicas de Chile.

ii. Publicación e implementación de la Agenda de Género 2011-2014.

Instrumento de carácter político-técnico que señala las prioridades del gobierno en materia de género a corto y mediano plazo. Identifica las inequidades de género más importantes y orienta la acción de los sectores públicos en la materia. La Agenda de Género es de responsabilidad

³⁷ Las iniciativas por la igualdad de género son todas aquellas acciones, programas y/o líneas de trabajo que se implementan para abordar alguna inequidad y/o brecha de género, en el ámbito de acción de las instituciones.

³⁸ Son cursos, programas formativos y talleres cuyos objetivos se orienten a transferir conocimientos y estrategias metodológicas para disminuir y/o eliminar inequidades de género en el marco de acción de las políticas públicas. Los temas considerados son: violencia contra la mujer, prevención embarazo adolescente, u otras temáticas relativas al avance de la mujer en distintos ámbitos de la vida social, económica y cultural.

compartida de toda la administración pública para el logro de la igualdad de oportunidades entre hombres y mujeres, constituyendo un mandato para los Ministerios y Servicios.

iii. Instalación del Consejo de Ministros y Ministras por la Igualdad de Oportunidades entre Hombres y Mujeres por Instructivo Presidencial, período 2011 a 2014.

El Consejo fue ratificado para el período 2011-2014. La convocatoria a este Consejo recae en la Presidenta de la República y su coordinación ejecutiva se encuentra a cargo del SERNAM. El Consejo representa una instancia transversal y de alto nivel político avocada a lograr la igualdad de oportunidades entre hombres y mujeres en Chile, siendo un espacio de reflexión con capacidad de decisión sobre los diversos sectores del Estado. El Consejo se reúne una a dos veces al año con presencia de la Presidenta para definir las estrategias y contenidos a abordar en materia de género y políticas de igualdad de oportunidades. El Consejero se ratificará y constituirá nuevamente para el período presidencial 2014 – 2018.

iv. Implementación y funcionamiento de 15 Comisiones Regionales de Igualdad de Oportunidades – Comisiones PRIO (desde 1995 a la fecha).

Representa una instancia transversal y de decisión política en el ámbito regional cuyo propósito es la instalación de la equidad de género en la región. Estas Comisiones “PRIO” funcionan en las 15 regiones del país, presididas por el/la Intendente/a Regional, con la participación de los Secretarios Regionales Ministeriales y la Directora Regional del SERNAM, quien está a cargo de la Secretaría Ejecutiva. El marco de acción está dado por la Agenda de Género del Gobierno y Regionales.

v. Implementación, seguimiento y evaluación de Compromisos Ministeriales de Género (desde 2000 a la fecha).

Son formulados año a año por cada Ministerio, siendo su principal marco de referencia el Plan de Igualdad y la Agenda de Género del Gobierno. Su finalidad es garantizar la igualdad de oportunidades y la equidad de género en las políticas del sector, involucrando y comprometiendo a todos sus servicios dependientes.

vi. Implementación del Programa de mejoramiento de la Gestión (PMG) Sistema Equidad de Género (2001 a 2013).

Durante el período 2009 – 2013 se han comprometido un total de 358 Compromisos Gubernamentales de Igualdad de Oportunidades: 121 el año 2009 (21 ministerios); 41 el año 2010 (16 ministerios); 50 el año 2011 (15 ministerios); 69 el año 2012 (21 Ministerios); y 77 el año 2013 (21 Ministerios). De los 358 compromisos, 327 fueron implementados en su totalidad.

Junto con eso, un total de 176 servicios el año 2009; 173 servicios el año 2010; 175 servicios el año 2011; 171 servicios el año 2012; y 166 servicios el año 2013, implementaron el Sistema Equidad de Género del PMG.

En el nivel regional, se ha institucionalizado y fortalecido el establecimiento de compromisos de equidad de género en la Agenda Regional Género, que abordan inequidades, brechas y barreras de acuerdo a la real situación de las mujeres en las regiones, provincias y comunas. A partir de este proceso se levantaron compromisos regionales 2011-2013 en las 15 regiones del país, llegando a 690 compromisos; de los cuales el 30% debía ser cumplido al año 2011; un 63% acumulado al año 2012 y un 100% acumulado al año 2013, meta que fue cumplida totalmente.

15 Direcciones Regionales elaboraron e implementaron Planes de Gestión Estratégicos, durante los años 2010-2013, que identificaron ámbitos de gestión, instrumentos, nuevos actores y/o

espacios e hitos estratégicos regionales relevantes, para el cumplimiento de los objetivos institucionales.

La implementación de estos instrumentos de gestión, a nivel central y regional, ha permitido avanzar en la implementación de medidas cuyo objetivo disminuir las inequidades, brechas y barreras de género presentes en el marco de acción de los ministerios y servicios públicos.

El Servicio Nacional de la Mujer cuenta además con las siguientes líneas de trabajo:

- i. Unidad Violencia Contra la Mujer. Dependencia encargada, en virtud de la Ley N°20.066 del año 2005 con sus modificaciones, de prevenir, sancionar y erradicar la violencia intrafamiliar, otorgando protección a las víctimas de la misma.
- ii. Área Mujer y Trabajo. Cuenta con cuatro Programas que tienen por objeto la inserción laboral de la Mujer. Estos son: Programa Mujer Trabajadora y Jefa de Hogar, Programa Buenas Prácticas Laborales, Programa 4 a 7 Mujer Trabaja Tranquila y Programa Emprendimiento: Mujer Emprende.
- iii. Área Mujer y Maternidad. Área que apoya la maternidad, dirigida a mujeres que se encuentran en situaciones de vulnerabilidad ligadas a su maternidad, desde el período de gestación en adelante, con el fin de ofrecerles información, orientación, apoyo, acompañamiento, derivación vinculada y atención psicosocial presencial a través de distintos programas. Apoya además la prevención de las principales enfermedades y causas de muerte en las mujeres de nuestro país. El Área se compone de dos programas: Atención y Apoyo a Madres Adolescentes (AMA) y Salud de la Mujer.
- iv. Departamento de OIRS Mujer y Gestión de Proyectos. Las oficinas de información, reclamos y sugerencias, son oficinas ubicadas en todas las Direcciones Regionales, donde se entrega atención personalizada, oportuna y responsable sobre derechos de las mujeres, oferta pública y oferta específica del SERNAM con el objeto de evitar o disminuir la ocurrencia de situaciones que limitan o afectan los derechos de las mujeres.

Desafíos: Para enfrentar el desafío de seguir fortaleciendo los mecanismos institucionales para el adelanto de las mujeres, es que con fecha 01 de abril de 2014 se ha ingresado al Congreso Nacional, mediante Mensaje Presidencial, el proyecto de ley que crea el Ministerio de la Mujer y de la Equidad de Género (Boletín N° 9287-07), que tiene por principal objeto fortalecer la institucionalidad de género, a partir de la consagración de una Secretaría de Estado que cuente con las capacidades normativas para desarrollar políticas y programas públicos intersectoriales y con pertinencia territorial, que se hagan cargo de las principales discriminaciones y desventajas que experimentan las mujeres.

I. Los Derechos Humanos de las Mujeres

Logros: A continuación se señalan algunas iniciativas multilaterales que ha efectuado Chile, consolidando el compromiso del Estado con los Derechos Humanos de las Mujeres. Chile desde el 2009 organiza paneles de “Integración de los derechos humanos de la Mujer y perspectiva de género en el trabajo de los diferentes mecanismos y procedimientos de las Naciones Unidas”, (Res. 6/30 Consejo de Derechos Humanos). En relación con este compromiso, Chile es copatrocinador de las resoluciones sobre la materia que se adoptan en el marco de este órgano y es coordinador de dos paneles anuales:

- i. Paneles Derechos de la Mujer
 - 4 junio 2009/ Sesión 11°: "Equality before the Law"
 - 7 junio 2010/ Sesión 14°: Empowering women through education
 - 10 junio 2011/ Sesión 17°: "Good practices and remaining gaps in the prevention of violence against women" and "Conflict-related violence against women"
 - 25-26 junio 2012/ Sesión 20°: "Remedies and reparations for women who have been subjected to violence" and "Women Human Rights Defenders"
 - 5 junio 2013/ Sesión 23°: "Taking stock of efforts to eliminate violence against women, from the Vienna Declaration and Programme of Action to the 57th session of the Commission on the Status of Women (CSW)" and "Setting Priorities for the Future: Strengthening the Work of the Human Rights Council and other Inter-governmental Bodies and Processes in the area of violence against women"

- ii. Paneles Integración de la perspectiva de género en los trabajos de NN.UU
 - 28 septiembre 2009/ Sesión 12°: "Integrating a gender perspective in the Universal Periodic Review (UPR)"
 - 24 septiembre 2010/ Sesión 15°: "Integrating a gender perspective in the work of the Human Rights Council: lessons-learned, shortcomings and future challenges – 2007-2010"
 - 26 septiembre 2011/ Sesión 18°: Promoting gender equality as institutional practice: from policy to action
 - 20 septiembre 2012/ Sesión 21°: "Economic, social and cultural rights of women". Organizado por Chile y Portugal
 - 12 septiembre 2013 Sesión 24°: "Civil society's contribution to the integration of a gender perspective in the work of the Human Rights Council and its mechanisms". Organizado por Chile e Irlanda.

Resoluciones adoptadas por el Consejo de Derechos Humanos (CDDHH) con voto de Chile desde 2009

- A/HRC/RES/11/2, (2009): "Accelerating efforts to eliminate all forms of violence against women". Chile: copatrocinio (aprobada por consenso).
- A/HRC/RES/11/3 (2009): "Trafficking in persons, especially women and children". Chile: copatrocinio (aprobada por consenso).
- A/HRC/RES/12/17 (2009): "Elimination of violence against women". Chile: copatrocinio (aprobada por consenso)
- A/HRC/DEC/13/117 (Decisión), año 2010: "Trafficking in persons, especially women and children". Chile: copatrocinio (aprobada por consenso)
- A/HRC/RES/14/2, (2010): "Trafficking in persons, especially women and children: regional and sub-regional cooperation in promoting a human rights-based approach to combating trafficking in persons". Chile: copatrocinio (aprobada por consenso)
- A/HRC/RES/14/12 (2010): "Accelerating efforts to eliminate all forms of violence against women: ensuring due diligence in prevention". Chile: copatrocinio (aprobada por consenso)
- A/HRC/RES/15/23 (2010): "Elimination of violence against women". Chile: copatrocinio (aprobada por consenso)
- A/HRC/RES/17/11 (2011): "Accelerating efforts to eliminate all forms of violence against women". Chile: copatrocinio (aprobada por consenso)

- A/HRC/RES/20/1 (2012): "Trafficking in persons, especially women and children: access to remedies for trafficked persons and their effective remedy for human rights". Chile: apoyo simple (aprobada por consenso)
- A/HRC/RES/20/4 (2012): "The right to a nationality: women and children". Chile: apoyo simple (aprobada por consenso)
- A/HRC/RES/20/6 (2012): "Elimination of violence against women". Chile: copatrocinio (aprobada por consenso)
- A/HRC/RES/20/12 (2012): "Accelerating efforts to eliminate all forms of violence against women: remedies for women who have been subjected to violence". Chile: copatrocinio (aprobada por consenso)
- A/HRC/RES/23/25 (2013): "Accelerating efforts to eliminate all forms of violence against women: preventing and responding to rape and other forms of sexual violence". Chile: apoyo simple (aprobada por consenso)
- A/HRC/RES/23/5 (2013): "Trafficking in persons, especially women and children: efforts to combat human trafficking in supply chains of business". Chile: apoyo simple (aprobada por consenso)
- A/HRC/RES/23/2 (2013): "The role of freedom of opinion and expression in women's empowerment". Chile: copatrocinio (aprobada por consenso)
- A/HRC/RES/23/7 (2013): "Elimination of discrimination against women". Chile: copatrocinio (aprobada por consenso)
- A/HRC/RES/24/23 (2013): "Strengthening efforts to prevent and eliminate child, early and forced marriage: challenges, achievements, best practices and implementation gaps". Copatrocinio (consenso)
- A/HRC/RES/24/117 (2013): "Panel para identificar las mejores prácticas en el combate a la mutilación genital femenina". Copatrocinio (consenso)

Resoluciones adoptadas en Asamblea General de Naciones Unidas (AGNU) con voto de Chile, desde 2012

- A/RES/67/148 (2012): "Seguimiento de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer y plena aplicación de la Declaración y la Plataforma de Acción de Beijing y de los resultados del vigésimo tercer período extraordinario de sesiones de la Asamblea General. Chile: apoyo simple (aprobada sin votación)
- A/RES/67/147 (2012): Apoyo a los esfuerzos para erradicar la fístula obstétrica. Chile: apoyo simple (aprobada sin votación)
- A/RES/67/146 (2012): Intensificación de los esfuerzos mundiales para la eliminación de la mutilación genital femenina. Chile: apoyo simple (aprobada sin votación)
- A/RES/67/145 (2012): Trata de mujeres y niñas. Chile: apoyo simple (aprobada sin votación).
- A/RES/67/144 (2012): Intensificación de los esfuerzos para eliminar todas las formas de violencia contra la mujer. Chile: apoyo simple (aprobada sin votación), con Declaración de Chile:
- A/RES/68/137 (2013): Violencia contra las trabajadoras migratorias. Chile: copatrocinio (aprobada sin votación).
- A/RES/68/227 (2013): La mujer en el desarrollo. Chile: (aprobada sin votación).
- A/RES/68/191 (2013): Adopción de medidas contra el asesinato de mujeres y niñas por razones de género. Chile: (aprobada sin votación).
- A/RES/68/140 (2013): Seguimiento de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer y plena aplicación de la Declaración y la Plataforma de Acción de Beijing y de los resultados

- del vigésimo tercer período extraordinario de sesiones de la Asamblea General. Chile: apoyo simple (aprobada sin votación)
- A/RES/68/139 (2013): Mejoramiento de la situación de la mujer en las zonas rurales. Chile: (aprobada sin votación).
 - A/RES/68/138 (2013): Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer. Chile: copatrocinio (aprobada sin votación)
 - A/RES/68/181 (2013) Promoción de la Declaración sobre el Derecho y el Deber de los Individuos, los Grupos y las Instituciones de Promover y Proteger los Derechos Humanos y las Libertades Fundamentales Universalmente Reconocidos: protección de las defensoras de los derechos humanos. Chile: apoyo simple con explicación de voto (aprobada sin votación).

La Institucionalidad de Derechos Humanos del Estado de Chile se fortaleció el 24 de noviembre de 2009, cuando en su primer mandato la Presidenta Michelle Bachelet, encabezó la ceremonia de promulgación de la Ley 20.405 que crea el Instituto Nacional de Derechos Humanos (INDH). El INDH nace como una corporación autónoma de derecho público, destinada a promover y proteger los Derechos Humanos de todos los chilenos y chilenas establecidos en las normas constitucionales y legales; en los tratados internacionales suscritos y ratificados por Chile y que se encuentran vigentes, así como los emanados por los principios generales del derecho, reconocidos por la comunidad internacional. Es un espacio que observa, reflexiona y revisa la historia de nuestro país con el objeto de instalar los Derechos Humanos en el presente de Chile e impulsarlos con fuerza y permanencia hacia el futuro. El INDH tiene patrimonio propio y su accionar es fiscalizado por la Contraloría General de la República.

Desafíos: Establecer la Subsecretaría de Derechos Humanos en el Ministerio de Justicia y formular un Plan Nacional de acción de derechos humanos.

J. Las Mujeres y los Medios de Difusión

Logros: El Servicio Nacional de la Mujer, a través de su Departamento de Comunicaciones, desde el 2010 a la fecha, potenció el uso de las tecnologías de la información, particularmente de las redes sociales (Facebook y Twitter), para la difusión e interacción con las usuarias y mujeres en general, lo que ha permitido transmitir la acción institucional, contenidos relevantes para las mujeres y potenciar la interacción con las usuarias/os de manera directa, ya que les ha sido posible emitir opiniones, hacer consultas y aportes mediante estas vías. Actualmente se cuenta con 70.634 seguidoras/es en la cuenta de Twitter @SernamChile y 33.758 en la Fan Page de Facebook <https://www.facebook.com/sernamchile>.

A partir del año 2012, se llevaron a cabo campañas en materia de salud de las mujeres, para crear conciencia sobre la detección precoz del cáncer de mama, bajo eslóganes como “Hazte la Mamografía Ya!”, “A todas nos puede pasar”, lo que estuvo acompañado de dispositivos móviles en todo el país para la realización de mamografías gratuitas en sectores aislados.

Entre el 2010 y 2013, se continuaron llevando a cabo programas radiales institucionales en una emisora nacional y en radios de alto alcance y audiencia regional, en cada una de las 15 regiones del país, a través de las Direcciones Regionales del SERNAM.

K. Las Mujeres y el medio ambiente

Logros: El Ministerio del Medio Ambiente, ha adquirido compromisos respecto a las Mujeres, considerando la relevancia de su participación activa en decisiones medio ambientales. El Ministerio ha incorporado a través de programas y proyectos medidas que hoy entregan información de la participación de la mujer en materia ambiental, e incorpora el lenguaje inclusivo en el Servicio a través de capacitaciones a sus funcionarios/as.

Se ha trabajado principalmente en 5 ámbitos:

1. Oportunidad y distribución equitativa: esta iniciativa concretamente se ha materializado a través del Programa que subsidia el recambio de calefactores de forma equitativa a mujeres y hombres.
2. Enfoque de Género: a través del programa comunicacional, Educación y conciencia Pública que ejecuta la Fundación de Sendero de Chile; carta de compromiso Institucional; material de Difusión OIRS y Participación Ciudadana.
3. Levantamiento de información de género: se levanta información de género a través de encuestas realizadas en la ejecución del Programa CEPA, en la región metropolitana y 10 regiones administrativas, además se realizan talleres de difusión de Planes y Normas Ambientales.
4. Equidad de Género: el Servicio de Evaluación Ambiental (SEA), realiza curso e-learning del SEA sobre la Institucionalidad ambiental, con énfasis en la participación ciudadana con consideraciones de equidad de Género. Asimismo, se implementó una aplicación en la página web, que permite generar un listado voluntario de organizaciones ciudadanas con intereses en la participación ambiental, difundiendo la invitación a incorporarse en el listado voluntario a organizaciones de mujeres.
5. Lenguaje inclusivo: el Servicio de Evaluación Ambiental (SEA) ha realizado capacitaciones a casi todos los funcionarios/as a objeto de incorporar este ámbito en todos los documentos que genera el Servicio.

El Ministerio del Medio Ambiente inició sus funciones a partir de Octubre del año 2010 y la institucionalidad ambiental aún no está implementada en su totalidad, es por ello que actualmente no hay programas específicos hacia las mujeres, sino más bien se motiva y se invita a las mujeres a participar de las iniciativas y programas que este Ministerio impulsa de modo de incluirlas en las temáticas ambientales.

L. Las Niñas.

Logros: El Servicio Nacional de Menores, en adelante el SENAME, es el organismo público encargado del diseño, desarrollo, supervisión y evaluación de la política pública especializada dirigida a la infancia vulnerada en sus derechos y de adolescentes infractores de ley. En coherencia con la ley N° 20.032 y su misión institucional, ha concretado los siguientes avances:

- i. Atención directa a niñas víctimas de violencias. Se realiza a través de una oferta de proyectos especializados desarrollados en conjunto con organismos colaboradores acreditados, para contribuir a la protección de las víctimas y a la resignificación de las experiencias vividas: maltrato grave constitutivo de delito, víctimas de explotación sexual comercial y otras graves vulneraciones a las que están expuestas, tales como la utilización para la comisión de ilícitos y conductas transgresoras.
- ii. En los últimos años, el SENAME ha realizado importantes esfuerzos técnicos y financieros aumentando la cobertura de los proyectos especializados. En efecto, de 14 proyectos focalizados

en explotación sexual comercial y 63 proyectos de reparación del maltrato disponible en el año 2009, se logra llegar a diciembre de 2013 a 16 y 109 proyectos respectivamente. Asimismo, la oferta de proyectos de intervención integral especializada se amplía de 51 a 93. Complementariamente, dispone de una oferta dirigida a la representación judicial de las víctimas ante los tribunales de justicia, y para la protección de víctimas de violencias y otras vulneraciones (incluyendo también a niños), por orden de un tribunal de familia a través de centros residenciales. No obstante, esta última modalidad ha disminuido progresivamente en los últimos diez años, para contribuir a la desinternación y favorecer medidas alternativas, como las familias de acogida. Ello, sumado al desarrollo de programas adicionales a las residencias para reforzar las intervenciones familiares (ver Anexo N°14).

ii. Atención directa a la adolescente embarazada vulnerada en sus derechos, protegiendo a la madre y la vida del niño en gestación (ver Anexo N°15).

iii. Fortalecimiento del enfoque de género en el diseño de la oferta y en su implementación. Todas las bases técnicas que guían las licitaciones de proyectos y respectiva ejecución, recomiendan a los equipos técnicos el desarrollo de intervenciones con las niñas, niños o adolescentes vulnerados en sus derechos, aplicando el enfoque de género con el fin de perfeccionar la calidad y oportunidad de las intervenciones. En este marco se han diseñado manuales para la incorporación de género en los proyectos especializados en maltrato (año 2009) y en explotación sexual (año 2013) y se han levantado diferentes mesas técnicas.

iv. Participación de las niñas. En los últimos años SENAME ha impulsado diversas iniciativas dirigidas al fortalecimiento de la participación de los niños y niñas. Destaca entre ellas el Primer Consejo Asesor de Niños, Niñas y Adolescentes del Servicio formalizado en el año 2013, y cuyo objetivo es prestar asesoría directa al/a la Director/a Nacional en materias de protección de derechos. Dicha instancia la componen 24 niños y niñas, siendo el 58,3% mujeres, dos de las cuales ocupan cargos en la estructura directiva. Del grupo de 8 voceros/as de regiones la mitad son niñas. Por otra parte, el mismo año, 2 integrantes del Consejo participaron en su representación, en el Seminario de Empoderamiento de Niñas, organizado por los gobiernos de Brasil y Estados Unidos, realizado en Río de Janeiro.

v. Contribución al perfeccionamiento de la política pública en materia de infancia vulnerada en sus derechos. En el año 2013 se diseña una guía de prevención para abusos sexuales en el sistema residencial. En acuerdo con el Ministerio de Justicia y un conjunto de organismos públicos, sociedad civil y organismos internacionales, se formula el Segundo Marco para la Acción contra la Explotación Sexual Comercial, período 2012-2014, y con la OIT encargan la ejecución de un estudio para la estimación de la explotación sexual comercial infantil (año 2013). Por otra parte, con el objetivo de identificar inequidades de género en las prestaciones brindadas a las víctimas de explotación sexual comercial, se aplica una encuesta a una muestra de víctimas atendidas en cuatro regiones, de las cuales el 82.6 % eran niñas. Los resultados refieren que, en más del 80%, no se detectan inequidades de género en las prestaciones brindadas por los programas especializados, ni por el sector educación ni salud.

vi. Cooperación y coordinaciones intersectoriales para la prevención y protección de las víctimas vulneradas en sus derechos. En este contexto, en el año 2009, el SENAME -junto al Ministerio del Interior, Carabineros de Chile y el Servicio Nacional de la Mujer-, suscribe un Convenio Intersectorial para la oportuna atención de las víctimas colaterales de femicidio. Al

respecto, en el año 2011, se atendieron 21 niñas por esta causa; en el año 2012 la cifra asciende a 96 y en el 2013 a 98, considerando la ampliación de esta política pública a las -y los- menores de edad hijas/os de mujeres víctimas de femicidio frustrado y del agresor

Por otra parte, en el año 2013, veinte organismos públicos -incluido el SENAME-, y la sociedad civil formalizan un “Convenio Intersectorial para aprobar e implementar el Plan de Acción Nacional Contra la Trata de Personas”, incluyendo el compromiso de brindar atención integral a las víctimas, incluidas las niñas. De acuerdo a la estadística proporcionada por el Departamento de Crimen Organizado de Ministerio del Interior, en el marco de la ley de trata aprobada en el año 2011, existe 1 condena, habiendo entre las víctimas una niña de 17 años. Por otra parte, en el año 2012, se suscribe un convenio con el Servicio Nacional de la Mujer, dirigido a prestar atención y acompañamiento a las niñas-adolescentes embarazadas o que ejercen su maternidad, vulneradas en sus derechos, considerando la diada madre-hijo/a.

vii. Formación de equipos directivos y técnicos. Se destaca la alianza desarrollada con organismos internacionales con el objetivo de fortalecer los conocimientos y las herramientas disponibles para la intervención con niñas y niños. Con el Instituto Interamericano del Niño se han capacitado 114 directivos y técnicos en explotación sexual comercial, y con la OIM -en el año 2009- se formaron 116 profesionales y más de 42 actores sectoriales, enfatizando contenidos en las víctimas mujeres.

viii. Acciones para la sensibilización social. Anualmente el SENAME refunda la campaña contra la explotación sexual comercial infantil denominada “No hay excusas”. En los años 2012 y 2013 se realizan campañas de sensibilización para el “buen trato de los niños y niñas”.

ix. Defensa de los derechos de las niñas, niños y adolescentes, según avances legislativos. La Ley 20.507 del año 2010 introdujo los artículos 411 bis y 411 quater del Código Penal, estableciendo los delitos de trata de migrantes y trata de personas, en los cuales se busca la protección de los niños, niñas y adolescentes. La Ley 20.526 del año 2011 introdujo el inciso 4° al artículo 366 quater del Código Penal, estableciendo el delito de grooming o ciber acoso, para proteger a las niñas, niños y adolescentes, que navegan por internet o utilizan sus computadores como plataforma de comunicación social. La Ley 20.536 del año 2011, por otra parte, modificó el artículo 15 del D.F.L 2 del año 2010 del Ministerio de Educación, estableciendo la prohibición y sanciones al Bullying.

SENAME, mediante la acción de sus 15 Direcciones Regionales supervisa técnica y financieramente todos los proyectos ejecutados con organismos colaboradores acreditados a fin de cautelar el cumplimiento de los convenios establecidos y, por ende, las intervenciones oportunas y de calidad hacia la población atendida.

Obstáculos y deficiencias:

- Persistencia de creencias socioculturales y comportamientos asociados sobre la condición y situación de las niñas que genera abusos y violencias contra ellas: maltratos y abusos sexuales, explotación sexual, entre otras graves vulneraciones.
- Valores imperantes como el consumismo, y la niña vista como valor de mercancía.

- Tiempos implicados en reparaciones psicosociales para niñas que no son coherentes con los tiempos jurídicos-legales respecto de las denuncias y de los procesos para quienes ejercen violencia, en sus distintas modalidades.
- Existencia de ciertas complejidades jurídicas que exponen a las víctimas a procesos legales que podrían resultar revictimizantes.
- Existencia de respuestas sectorializadas respecto de los requerimientos asociados a la situación de las niñas al no existir un sistema integrado de protección hacia la infancia y adolescencia, y una ley de protección que lo regule.
- Recursos limitados para el desarrollo de campañas de sensibilización y promoción de derechos de las niñas e infancia y adolescencia en general.
- Insuficiente desarrollo de registros de víctimas compartidos.
- Existencia de una brecha de oferta para atender necesidades de reparación de víctimas de delitos sexuales respecto de las niñas y adolescentes, en sus distintas expresiones.

Retos a nivel de país:

- Establecimiento de una ley de protección de derechos de la niñez y adolescencia.
- Diseño de una nueva institucionalidad de la infancia vulnerada en sus derechos y de adolescentes infractores de ley.
- Disponer de un Plan de Acción Nacional contra el Trabajo Infantil y sus Peores Formas.
- Introducir modificaciones legales que permitan la ampliación del tiempo de protección de las medidas cautelares a niños, niñas y adolescentes en materia proteccional y violencia intrafamiliar.
- Avanzar hacia la materialización de entrevistas videograbadas en delitos sexuales a víctimas menores de edad.

Retos a nivel del SENAME:

- Fortalecimiento de la transversalización del enfoque de género en las intervenciones de los proyectos de la oferta de la red de SENAME: 1148 proyectos a nivel nacional.
- Continuar la ampliación de la oferta de proyectos especializados de la red, y Oficinas de Protección de Derechos, para la alerta oportuna de situaciones de violencia y abusos a nivel territorial.
- Fortalecer la participación de las niñas en sus procesos de intervención.
- Continuar apoyando y participando en el diseño y/o desarrollo de estrategias intersectoriales para el combate de las violencias hacia las niñas.

N. Otros aspectos. Descripción de la aplicación de medidas contracíclicas desde el año 2009 para mitigar las consecuencias de la crisis económica y financiera mundial, especialmente medidas de protección social y de empleo hacia mujeres.

La crisis financiera de 2007/2008 golpeó fuertemente a la economía chilena debido a su alta exposición externa. Efectivamente, el país es una de las economías más integradas en cuanto a lo que a comercio exterior refiere. Adicionalmente, la integración financiera también es alta.

La demanda mundial cayó y el valor de las exportaciones también disminuyó. El costo del crédito aumentó y también las restricciones de liquidez a nivel internacional y también nacional (mercado de capitales y sistema bancario).

En ese contexto, el país aplicó una política contracíclica que fue exitosa. Esta política permitió compensar la reducción del consumo, consecuencia de la reducción de la riqueza, el ingreso y el aumento de las restricciones de liquidez.

El paquete de estímulos (Plan de Estímulo Fiscal) se financió con recursos del Fondo de Estabilización Económica y Social. Se comprometieron 4.000 millones de dólares. En términos del PIB ese monto significó 2,8%, constituyéndose en el quinto más grande a nivel mundial.

Concomitantemente, y en un lapso de siete meses, el Banco Central redujo en 775 puntos básicos la Tasa de Política Monetaria, consolidando así un ambicioso programa contracíclico. Entonces, de modo coordinado se incluyó un fuerte impulso fiscal (2,8% del PIB) y un importante estímulo monetario.

Las mujeres fueron beneficiadas a través de mejoras a los programas de capacitación, seguro de cesantía, fomento del emprendimiento, levantamiento de restricciones bancarias y para la vivienda, etc.

Sin embargo, entre los elementos del paquete que específicamente contemplaban a las mujeres como grupo prioritario cabe destacar algunas que se encuentran en el subgrupo de medidas de protección social y en el subgrupo de medidas de empleo.

- Se entregaron recursos adicionales a SERCOTEC para que aumentara la incidencia de sus programas de emprendimiento, que es un instrumento a través del cual micro emprenden las mujeres.
- En materia de becas para micro y pequeñas empresas para jefas de hogar se duplicó el presupuesto del programa de apoyo al emprendimiento, focalizándose en trabajadoras de baja calificación laboral, cesantes o aquellas que hayan iniciado un micro emprendimiento.
- Se entregaron transferencias directas a los hogares más vulnerables mediante un bono de \$40.000 pesos chilenos por carga familiar, entregado en agosto de 2009. Este bono benefició de modo importante a las mujeres, al tener ellas una incidencia mayor en la pobreza y vulnerabilidad (especialmente las con hijos/as que recibieron un bono por carga).
- Se realizó inversión extraordinaria en Salas Cuna.
- Los Programas de Emergencia de Empleo priorizaron en jefas/as de hogar con períodos más largos de cesantía (la tasa de desempleo femenina se encuentra por encima de la masculina en dos puntos porcentuales o más por largos períodos). Cabe destacar que el porcentaje de jefas de hogar ha aumentado de modo progresivo en las últimas encuestas Casen, hasta alcanzar 39%

en 2011. Situación análoga se produjo en los Programas de Inversión en la Comunidad (programas de empleo de emergencia pero a diferencia de los anteriores territorialmente focalizados) que enfatizaron en jefes/as de hogar cesantes.

- A las mujeres que estaban participado (o lo hubiesen hecho) en los programas Jefas de Hogar del Servicio Nacional de la Mujer y que pertenecían al 40% más vulnerable de los hogares se las incluyó como grupo prioritario en las medidas especiales de fomento del emprendimiento.
- Se llevó adelante un programa de Competencias Laborales de Chile Solidario que entregaba capacitación y herramientas para incorporarse al mercado laboral dependiente o por cuenta propia a mujeres desempleadas.
- Por otra parte, una de las políticas más novedosas (que perduró más allá del paquete de estímulo diseñado para enfrentar la crisis y que actualmente está vigente), fue el Subsidio del Empleo Joven que contempló enfoque de género. Para el general de la población, este subsidio aplica para personas entre 18 y 25 años, pero si la joven trabajadora tuvo hijos/as nacidos/as vivos/as automáticamente se extiende.

No fueron introducidas medidas/políticas de austeridad, como aumentos de los impuestos, recortes en el gasto público o reducción del sector público a raíz de la crisis financiera de 2007/2008.

III. TERCERA SECCIÓN: DATOS Y ESTADÍSTICAS DE GÉNERO

El Estado de Chile, a través de la Cuarta Conferencia de Beijing, dio un importante paso en el reconocimiento de las estadísticas de género porque este instrumento internacional trató en extenso el asunto de la producción y difusión de éstas, y los gobiernos acordaron un conjunto de acciones importantes con el fin de «generar y difundir datos desglosados por género e información para la planificación y evaluación», tal como lo expresa el Objetivo Estratégico H.3 de la PAB. Desde entonces, los trabajos internacionales sobre estadísticas de género han cobrado relevancia y Chile ha adquirido un compromiso en esta área.

Conforme a registros del Instituto Nacional de Estadísticas (INE), a nivel de estadísticas generales el país posee datos y estadísticas sectoriales descentralizadas, válidas y constantes en el tiempo. Sin embargo, una falencia de estos sistemas de información es que no dialogan ni complementan entre sí, lo que impide generar un diagnóstico coherente y completo de la situación de las mujeres y hombres en Chile.

El INE da respuesta a peticiones puntuales de información recibidas desde organismos internacionales y nacionales.

La recolección de datos y producción estadística en el país es descentralizada (INE, 2014), lo que quiere decir que el levantamiento de datos obedece a las atribuciones financieras y especializaciones temáticas de cada sector. De esta manera, si se requieren datos referidos a, por ejemplo, Empleo y Participación en el Mercado Laboral de mujeres y hombres, la institución encargada es el Instituto Nacional de Estadísticas; si se requieren datos sobre Salud y Género, la Institución encargada es el Ministerio de Salud, etc.

La compilación y validación de estos datos en un sistema centralizado correspondería al Instituto Nacional de Estadísticas, en tanto la normativa del Sistema Estadístico Nacional le otorga el rol de rector sobre la producción de estadística nacional.

Conforme a lo señalado por el INE la inexistencia de un Sistema Estadístico Nacional se ha producido a partir de la falta de una estrategia coordinada del Sector Público, la falta de visibilización de la relevancia de las estadísticas, a nivel de productores y/o usuarios y de voluntad política. Consecuentemente, la participación del INE se ha remitido a iniciativas puntuales que no han logrado constituir equipos estables que se especialicen en la producción de este tipo de indicadores, pues no ha existido un mandato claro a nivel de organismo del Estado, que haga que el tema se establezca como prioridad institucional o nacional. A su vez, se ha recibido poca retroalimentación desde otros organismos estatales para avanzar en que el INE sea la Institución encargada de establecer y coordinar el seguimiento de estos indicadores.

Han existido esfuerzos sistemáticos desde el 2001 para disponer, utilizar y mejorar continuamente las estadísticas desglosadas por sexo en el país. Primero, a través del Programa de Mejoramiento de la Gestión para la equidad de género. En el período 2001-2005 se sensibilizó y solicitó mediante este instrumento la desagregación por sexo de la información. Si bien hubo avances, las resistencias culturales frente a los temas de género y las basadas en el desconocimiento de la utilidad de este desglose han permanecido hasta el día de hoy. Un Decreto del año 2010 del

Ministerio de Economía, Fomento y Turismo, ordena la incorporación de la variable sexo en la producción de estadísticas y generación de registros administrativos (ver Anexo N°16).

La Nueva Encuesta Nacional de Empleo (NENE) que se comenzó a utilizar el 2010, se encuentra desagregada por sexo a nivel nacional y regional, por sector económico, categoría ocupacional, y se adecua a estándares internacionales de medición, permitiendo la comparabilidad con otros países. La Nueva Encuesta Suplementaria de Ingresos (NESI) es un módulo de la NENE que se aplica en el trimestre octubre-diciembre de cada año, cuyo objetivo es proveer indicadores de los ingresos que perciben las personas y los hogares, provenientes tanto del trabajo como de otras fuentes, permitiéndonos visibilizar las brechas salariales existentes.

IV. CUARTA SECCIÓN: NUEVAS PRIORIDADES**Igualdad y no discriminación**

- Se adoptará una definición jurídica general de todas las formas de discriminación contra las mujeres que abarque la discriminación directa e indirecta, estableciéndola en la Constitución de conformidad con el artículo 2 de la CEDAW, con miras a lograr la igualdad formal y sustantiva entre las mujeres y los hombres.
- Se encuentra en el Congreso el Proyecto de Ley N°7567-07, que modifica el Código Civil y otras disposiciones legislativas que regulan el régimen económico del matrimonio, asegurando que el nuevo régimen económico del matrimonio garantice la igualdad de derechos entre las mujeres y los hombres, tanto durante el matrimonio como a la hora de su disolución, y asegure que se facilite información a las mujeres que le permita hacer una elección informada con arreglo a la nueva legislación que regule el régimen económico del matrimonio.
- Se brinda apoyo a la nueva legislación sobre las uniones de hecho y aseguramiento de las disposiciones que respetan plenamente el principio de no discriminación e igualdad entre las mujeres y los hombres.

Educación

- Se mejorará la calidad de la educación.
- Se enfrentará el sexismo en la educación que refuerza estereotipos de género y provoca la segregación de las mujeres, situaciones que las estimulan a estudiar carreras feminizadas.
- Se abordará la educación en derechos humanos con enfoque de igualdad entre mujeres y hombres como contenido obligatorio de todo el proceso educativo.
- Se incluirán contenidos de igualdad de género y que visibilicen el aporte de las mujeres al desarrollo del país en los textos escolares, programas de formación y perfeccionamiento docente, así como en los procesos de evaluación docente.
- Se proporcionará formación en materia de género a los/as docentes de todos los niveles del sistema educativo, eliminando del contenido de todos los programas sobre educación sexual, los estereotipos en razón del género o el sexo.
- Se incluirán criterios de equidad de género en los procesos de acreditación universitaria y será aplicado el Código de Buenas Prácticas Laborales en las Universidades públicas.
- Se intensificarán los esfuerzos para que las estudiantes embarazadas permanezcan en la escuela durante el embarazo y regresen a ella después del parto, estableciendo mecanismos de supervisión que permitan cursar sanciones. Se informará a las estudiantes embarazadas de sus derechos con arreglo a la nueva legislación, intensificando las campañas de sensibilización.
- Se incluirá dentro de los programas escolares ordinarios y en las escuelas de formación profesional, programas generales sobre salud y derechos sexuales y reproductivos, prestando especial atención a la prevención de los embarazos adolescentes.
- Se intensificarán los esfuerzos para establecer programas especialmente destinados a erradicar el analfabetismo de las mujeres de las zonas rurales y las mujeres indígenas, estableciendo un sistema de igualdad de oportunidades en la educación para las niñas de las zonas rurales y las niñas indígenas.

Autonomía en la sexualidad y las decisiones reproductivas

- Se promoverá una Ley de Derechos Sexuales y Reproductivos acorde a las necesidades, realidades y opciones de las personas.
- Se legislará para despenalizar el aborto bajo tres causales: en casos de riesgo para la vida de la madre, inviabilidad del feto y violación.

- Se reinstalarán políticas de educación sexual laicas y humanistas, y de prevención del embarazo adolescente en escuelas, Consejería en consultorios y Centros de salud familiar.
- Se asegurará la cobertura de salud reproductiva en los servicios públicos, con métodos anticonceptivos que permitan vivir la sexualidad sin riesgos.
- Se adoptarán las medidas necesarias para proporcionar un acceso adecuado a servicios de planificación de la familia y anticonceptivos, incluida la anticoncepción de emergencia, a fin de evitar los embarazos prematuros y garantizar la debida aplicación de la legislación por parte de las municipalidades.
- Se velará porque el personal médico solicite el consentimiento plenamente informado antes de realizar esterilizaciones, sancionando a los profesionales que realicen esterilizaciones sin dicho consentimiento. Se ofrecerá reparación e indemnización monetaria a las mujeres víctimas de esterilizaciones no consentidas.
- Se velará porque la Circular NºA/15/47 sea debidamente cumplida y hecha cumplir por el personal médico, informando a las embarazadas sobre la posibilidad que se les realice la prueba del VIH/SIDA.

Democracia Paritaria

- Se incluirá en la Reforma al Sistema Electoral la participación equilibrada de mujeres y hombres en todos los cargos de representación.
- Se restablecerá el criterio de representación equilibrada en la conformación del gabinete ministerial, subsecretarías y gobiernos regionales.
- Se promoverá la Reforma de la Ley de Partidos Políticos que permita asegurar la participación equilibrada de mujeres y hombres en todos los cargos de decisión.
- Se desarrollarán programas de difusión de derechos para promover su pleno ejercicio.
- Se generará un Fondo Nacional para apoyar la formación de dirigentas y gestoras sociales, y se crearán iniciativas enfocadas en fortalecer la asociatividad y liderazgo de las mujeres.
- Se garantizará que la Nueva Constitución política del Estado incorpore y garantice la igualdad efectiva y la no discriminación a mujeres y hombres.
- Se promoverá una Ley de Igualdad que consagre la equidad de género como principio orientador y objetivo de todas las políticas públicas y del quehacer público y privado.
- Se promoverá la ratificación del Protocolo Facultativo de la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer (Cedaw, por su sigla en inglés).
- Se creará el Ministerio de la Mujer, con presencia en todas las regiones del país. Este nuevo organismo será el encargado de impulsar políticas y reformas legislativas pro-igualdad.
- Se impulsará la creación de Oficinas de la Mujer en todos los municipios del país.
- Se fomentará la corresponsabilidad social en el cuidado de las personas. Se instalarán las bases de un Sistema Integral de Cuidado de niños(as), personas adultas mayores, discapacitadas y enfermas, que contemplará el aumento de salas cunas y jardines infantiles con extensión horaria, programas de "jornada alterna" en los colegios, centros de larga estadía, sistemas de cuidadoras y asistencia domiciliaria. El cuidado será reconocido como un trabajo.
- Se modificará el artículo 203 del Código del Trabajo para extender el derecho a salas cunas a todas(os) las(os) trabajadoras(es).
- Se reorganizará el funcionamiento de los servicios públicos para adaptarlos a las necesidades de las personas con responsabilidades familiares o de cuidado.

Autonomía económica y trabajo decente

- Se mejorará la empleabilidad, el acceso y la permanencia de las mujeres de menores ingresos en el mundo laboral mediante un sistema de capacitación pertinente a los requerimientos del mercado de trabajo, de intermediación y de certificación de competencias.
- Se ampliará la participación laboral de las mujeres, en condiciones de trabajo decente, es decir, en empleos de calidad, con seguridad social, derechos laborales y mejor representación sindical.
- Se fortalecerán las atribuciones fiscalizadoras de la Dirección del Trabajo para garantizar los derechos laborales de las(os) trabajadoras(es).
- Se desarrollarán programas integrales de apoyo al emprendimiento de mujeres para que mejoren su productividad e ingresos, reduciendo las brechas de género.
- Se reducirá la brecha salarial perfeccionando la Ley 20.348 y estableciendo procedimientos efectivos de difusión, denuncia, fiscalización y aplicación de sanciones por su incumplimiento.
- Se desarrollarán políticas de corresponsabilidad social (Estado, empresas, trabajadores/as) que favorezcan la conciliación entre el desempeño laboral, la vida familiar y personal.
- Se reformulará el Código del Trabajo para asegurar la igualdad y no discriminación de las trabajadoras, incluyendo la corresponsabilidad en la crianza y los permisos postnatales para madres y padres.
- Se crearán mecanismos que aseguren que las instituciones y empresas públicas apliquen integralmente las directrices del Código de Buenas Prácticas laborales, incluyendo la participación equilibrada de mujeres y hombres en sus cargos directivos y directorios.
- Se promulgará el proyecto de ley N°8292-13 relativo al número máximo de horas de trabajo a la semana de los/as trabajadores/as de casa particular, velando porque tanto los trabajadores puertas adentro y puertas afuera, gocen de los mismos derechos a este respecto.
- Se adoptarán las medidas necesarias para lograr una mejor aplicación de la legislación laboral con los/as trabajadores/as de casa particular, realizando inspecciones laborales sistemáticas y actividades de sensibilización dirigidas en particular, a las mujeres migrantes.
- Se intensificarán los esfuerzos para establecer medidas y programas encaminados a mejorar la situación de las mujeres en el mercado laboral, incluyendo la integración de las mujeres migrantes e indígenas.

Eliminación de la violencia de género

- Se propondrá una legislación que reconozca y sancione la violencia de género en todos los espacios donde se ejerce, y no sólo en el contexto de la familia.
- Se modificará la Ley de violencia intrafamiliar (Ley N°20.066) incluyendo una tipificación concreta de la violencia doméstica como delito que abarque la violencia física y psicológica, eliminando el requisito de "maltrato habitual", con el objeto de realizar las investigaciones penales de todos los actos de violencia doméstica y se procese a los autores.
- Se promulgará legislación para tipificar como delito el abuso sexual.
- Se ampliará el número de las Casas de Acogida y los Centros de la Mujer. Se asignarán los recursos adecuados para asegurar la protección, prevención y sanción de la violencia.
- Se establecerán fiscales especializados/as en violencia intrafamiliar y violencia contra las mujeres, que otorguen protección a las víctimas y tramiten de forma expedita sus demandas.
- Se reforzará el sistema judicial para garantizar que todas las mujeres, en especial aquellos grupos desfavorecidos, tengan acceso efectivo a la justicia.

- Se desarrollarán programas educativos para la prevención de la violencia contra las mujeres desde el nivel preescolar hasta la enseñanza media, así como campañas de comunicación social para promover su erradicación.
- Se adoptarán medidas para alentar a las mujeres a denunciar todos los incidentes de violencia, dentro y fuera del entorno familiar, incluida la violencia sexual;
- Se establecerá una estrategia y un plan de acción general para impedir y eliminar todas las formas de violencia contra las mujeres, con inclusión de las comunidades mapuches y otras comunidades indígenas, así como un mecanismo institucional eficaz para coordinar, supervisar y evaluar la eficacia de las medidas adoptadas.
- Se estudiarán todos los casos de Femicidio a fin de mejorar la efectividad de las medidas de protección de las mujeres víctimas de violencia doméstica.
- Se establecerá un sistema de unificación de datos de todas las formas de violencia contra las mujeres, que dé cuenta del número de procesamientos y condenas, fallos y medidas disciplinarias impuestas en los casos de violencia cometida por agentes estatales.
- Se velará porque todas las formas de violencia que den lugar a acciones u omisiones de agentes estatales de todos los niveles, incluida la policía, o resultantes de tales acciones u omisiones, sean sistemática y debidamente investigadas, se procese efectivamente a los culpables, se impongan a éstos condenas y medidas disciplinarias adecuadas y se proporcione a las víctimas, especialmente a las mujeres indígenas, reparaciones o indemnizaciones.
- Se generará una normativa nacional sobre Trata de Personas que incluirá la trata interna y la explotación laboral, lo que permitirá luchar de manera más eficaz contra este delito.
- Se aplicará la legislación sobre trata, particularmente en lo concerniente a la investigación, el procesamiento y el castigo de los que se dedican a ella. Supervisar y evaluar periódicamente su aplicación, generar y analizar datos sobre la trata interna y transfronteriza, y de la explotación de las mujeres en el marco de la prostitución.
- Se establecerán mecanismos efectivos de remisión e identificación de las víctimas de trata.
- Se proporcionará formación sistemática a los miembros de la judicatura, los/as funcionarios/as encargados/as de hacer cumplir la ley, de vigilar las fronteras, y los/as trabajadores/as sociales, que permita asegurar la aplicación rigurosa de las nuevas disposiciones penales pertinentes, el procesamiento y castigo de quienes se dedican a la trata. Asimismo se informará sistemáticamente a las víctimas acerca de sus derechos durante las actuaciones judiciales.
- Se aumentará el número de centros de acogida temporal públicos para mujeres y niñas víctimas de trata, proporcionando protección y asistencia adecuada que incluya programas de rehabilitación y reinserción social.
- Se intensificará la labor de cooperación internacional, regional y bilateral con los países de origen, tránsito y destino para prevenir la trata mediante el intercambio de información, armonizando los procedimientos legales para el procesamiento y el castigo de quienes se dedican a la trata.

Prestaciones económicas y sociales.

- Se adoptarán las medidas necesarias para revisar el sistema público de pensiones a fin de eliminar los elementos que discriminan a las mujeres.
- Se velará porque en todos los programas y estrategias adoptadas en respuesta a terremotos y otros desastres naturales, se integre una perspectiva de género a fin de asegurar que las mujeres, en particular aquellas que habitan zonas rurales, se beneficien plenamente de tales medidas con arreglo a sus necesidades.

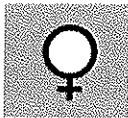
Grupos desfavorecidos de mujeres.

- Se adoptarán las medidas necesarias para mejorar la situación económica de mujeres migrantes, terminando de esta forma con su vulnerabilidad a la explotación y a los que se benefician de la trata, así como su acceso a prestaciones sociales y servicios de atención de la salud, independiente de cuál sea su condición, en particular en el caso de las mujeres embarazadas.
- Se pondrá en marcha mecanismos para vigilar sistemáticamente la repercusión de las políticas sociales y económicas en las mujeres migrantes.
- Generar información y datos estadísticos acerca de la situación de los grupos desfavorecidos de mujeres, en particular las mujeres migrantes, de las zonas rurales e indígenas.
- Se velará porque la reforma del sistema penitenciario incluya una perspectiva de género y prevea instalaciones y servicios de salud adecuados para todas las mujeres privadas de libertad del país.
- Se revisará y modificará la legislación para que los/as hijos/as de las mujeres migrantes en situación irregular nacidos en Chile, puedan adquirir la nacionalidad chilena por nacimiento cuando esas mujeres no puedan transmitir su nacionalidad a sus hijos.
- Se iniciarán conversaciones con los demás sectores para estudiar la posibilidad de ser parte de los instrumentos internacionales que se ocupan de la situación de los apátridas, tales como la *Convención para reducir los casos de apatridia (1954)* y la *Convención sobre el Estatuto de los Apátridas (1961)*.

ANEXO N°01

Informe ODM, 2013

**Objetivo 3: Promover la Igualdad de Género en el Empoderamiento de la Mujer
“Brecha Salarial por igual trabajo entre hombres y mujeres”**



OBJETIVO 3: PROMOVER LA IGUALDAD DE GÉNERO Y EL EMPODERAMIENTO DE LA MUJER

Meta 4: Eliminar las desigualdades entre los sexos en la enseñanza primaria y secundaria, preferiblemente para el año 2005, y en todos los niveles de la enseñanza para el 2015.

Indicadores Mínimos		1990	2000	2006	2009	2011	Meta 2015
1	Relación entre niñas/niños en Educación Básica.	1.00	0,97	0,94	0,95	0,95	1.00
2	Relación entre niñas/niños en la Educación Media	1.05	1,02	1,01	1,02	1,00	1.00
3	Relación mujeres/ hombres en Educación Superior.	0.81	0,87	0,97	1,00	1,1	0.97
4	Relación tasa de alfabetización mujeres/hombres (15 a 24 años).	1.04	0,99	1,01	1,00	1,00	1.00
5	Proporción de mujeres de la categoría ocupacional asalariado no agrícola.	31.5	41,1	41,4	41,9	38,5	40 %
6	Porcentaje de mujeres en el parlamento	6.0	9,5	12,6	13,9	14,0	40 %
Indicadores Adicionales							
1	Tasa de conclusión de enseñanza media de la mujer.	54,4	68,8	80,6	79,4	85,5***	91,3%
2	Proporción de mujeres en cargos locales de elección popular (Concejales).	N/E	17,0%	21,5%	23,2%	24,9% ¹	40,0%
3	Tasa de participación laboral de las mujeres. *	31,7	35,0	38,5	41,3	47,3 ²	45,0%
4	Participación económica de las mujeres que pertenecen al primer quintil de ingreso.	18,0	26,4	27,5	25,5	27,6	35,0%
5	Cobertura pre-escolar para hijos de mujeres económicamente activas.	29,9	42,8	51,8	52,8	52,1	65,0%
6	Participación de mujeres en puestos de responsabilidad y/o decisión a nivel de empresa. *	N/D	18,0	N/D	27,3	27,6%	25,0%
7	Índice de calidad del empleo femenino	N/D	35,7	32,6	34,2	N/D	40,0
8	Diferencia de salarios medios por igual trabajo entre hombres y Mujeres.*	38,0	31,0	22,8	26,3	34,5%	25,0%
9	Participación de mujeres en los programas de capacitación, a través de franquicia tributaria u otras modalidades.*	20,1	30,1	39,4	41,1	41,5%	45,0%
10	Acceso de la población femenina al sistema financiero.	N/D	38,0	41,0	42,0	44%	45,0%

* Los datos cuya fuente correspondan al INE, serán revisados en una reunión con el técnico que trabajará en la preparación del cuarto informe ODM.

** El indicador "**índice de calidad del empleo femenino**" ya no se produce, motivo por el que ha sido reemplazado por "**Porcentaje de mujeres que cuentan con contrato de trabajo definido**". Las cifras de años anteriores serán corroboradas con el INE.

*** Información preliminar.

¹ Servicio Electoral, SERVEL, Información correspondiente al año 2012.

² Encuesta NENE, INE. Información correspondiente al año 2012.

ANEXO N°02

A. La Mujer y la Pobreza

Informe Final de Indicadores de Género en Encuesta Casen

Ministerio de Desarrollo Social
Subsecretaría de Evaluación Social
Observatorio Social

Informe Final de Indicadores de Género en Encuesta Casen¹

**Evolución de Indicadores de Educación, Empleo y
Pobreza por Género, Casen 2000-2011**

Santiago, Septiembre 2013.

¹ Se incluye anexo estadístico en excel.

Evolución de Indicadores de Educación, Empleo y Pobreza por Género, Casen 2000-2011

Resumen

Según la Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (Casen), en sus versiones 2000, 2003, 2006, 2009 y 2011, la evolución de la escolaridad de la población, la cobertura escolar, la participación laboral y el porcentaje de población en pobreza han mostrado tendencias claramente positivas. A pesar de los avances observados en el período, la desigualdad de género en estos aspectos ha sido persistente en el país, pues la posición relativa de las mujeres sigue siendo inferior a la de los hombres.

En el área de educación es donde se detecta un mayor nivel de paridad tanto en el acceso como en el nivel educacional alcanzado. Las mujeres han aumentado su escolaridad y, en el 2011, no hay diferencias significativas en la tasa de alfabetismo, el porcentaje de hombres y mujeres que han alcanzado más de 12 años de escolaridad, ni en el promedio de escolaridad.

En el ámbito del trabajo, la situación es más desfavorable pues aún se observan diferencias estadísticamente significativas en la participación laboral, especialmente en las mujeres con baja escolaridad y pertenecientes a hogares del primer quintil de ingreso autónomo per cápita. Además, la brecha salarial entre hombres y mujeres - que afecta más fuertemente a las mujeres con mayor escolaridad-, no muestra signos de disminución. En el año 2011, el ingreso promedio por hora de las mujeres equivale al 83 por ciento de lo que perciben los hombres.

En relación a la situación de pobreza, ésta disminuye tanto en hombres como en mujeres, pero lo hace con más lentitud para estas últimas, y el porcentaje de población femenina que se encuentra en situación de pobreza se mantiene sobre el porcentaje de hombres en tal condición. Además, se muestra que la pobreza afecta a una proporción mayor y es más profunda entre los hogares con jefatura femenina.

1. Antecedentes

El año 1995, la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer celebrada en Pekín define una nueva forma de trabajar hacia la igualdad de oportunidades. La Plataforma para la

Acción de la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer (Pekín, 1995)² dedica un objetivo estratégico (H.3) a la necesidad de preparar y difundir datos e información destinados a la planificación y la evaluación desglosados por sexo y/o específicos de las realidades de mujeres. Más específicamente, se recomienda:

- “Recoger, compilar, analizar y presentar periódicamente datos desglosados por edad, sexo, indicadores socioeconómicos y otros pertinentes, incluido el número de familiares a cargo, para utilizarlos en la planificación y aplicación de políticas y programas”.
- “Promover el desarrollo ulterior de métodos estadísticos para mejorar los datos relacionados con la mujer en el desarrollo económico, social, cultural y político”.

Los primeros pasos en la producción de indicadores sensibles al género se producen en las áreas del Desarrollo, siendo impulsores de su creación los organismos internacionales como el Banco Mundial (BM), la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) y el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). Este último promueve, a partir del año 1995, dos indicadores que sitúan a los distintos países en un ranking que los clasifica según el mayor o menor grado de desigualdad entre sexos. Estos dos indicadores son el IDG (índice de desarrollo de género) y el IPG (Índice de potenciación de género). Por su parte, la CEPAL crea una guía para el seguimiento y evaluación del Programa de Acción Regional para las Mujeres de América Latina y el Caribe 1995-2001 y la Plataforma de Beijing.

En el caso de Chile, el Plan de Igualdad de Oportunidades 2011-2020 plantea dentro de sus objetivos: “Eliminar o reducir las brechas que existen entre hombres y mujeres, pero también aquellas que existen entre mujeres, como son la brecha de aquellos que viven en el campo y la ciudad, entre las mujeres indígenas y las que no lo son, entre las de sectores populares y las de sectores sociales de mayor escolaridad, entre las jóvenes y mayores; entre las mujeres que tiene alguna discapacidad y las que no la tienen”.

Asimismo, el Comité de Expertas de la Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación Contra la Mujer³, suscrita por Chile, el año 2012 recomendó a nuestro país que amplíe los esfuerzos por establecer un sistema unificado y completo de datos desglosados por sexo en todos los ámbitos recogidos en la Convención. Adicionalmente, recomendó que Chile incluya en su próximo informe datos y análisis estadísticos, desglosados por sexo y por zonas rurales y urbanas, indicando la repercusión de las medidas adoptadas y los resultados obtenidos a fin de ilustrar de manera más completa la situación de la mujer en varias esferas.

² Declaración y Plataforma de Acción de Beijing (1995).

³ Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (2012).

A partir de estos antecedentes y considerando la gran riqueza de información disponible a partir de los sucesivos levantamientos de la Encuesta Casen, el Ministerio de Desarrollo Social ha generado un conjunto de indicadores, en las áreas de Educación, Trabajo, y Pobreza, que permitan identificar brechas entre hombres y mujeres y, a la vez, detectar aquellos grupos de mujeres que presentan un mayor rezago en relación al resto de las mujeres. Mientras el análisis del comportamiento pasado de estos indicadores, diseñados según estándares internacionales, entrega una línea base 2000 y un diagnóstico de la evolución histórica de los mismos en la primera década del siglo XXI, su seguimiento futuro permitirá al Observatorio Social identificar las brechas por género que persistan en determinadas áreas, aportando así al diseño y evaluación de políticas públicas en Chile y su comparación en el contexto internacional.

2. Objetivos

El Observatorio Social del Ministerio Social se propuso generar, como uno de los desafíos que se planteó el año 2013 en el marco del Programa de Mejoramiento de Gestión (PMG) de Género, un conjunto de indicadores basados en la Encuesta Casen, que den cuenta y permitan a futuro realizar un seguimiento a la evolución de la desigualdad entre mujeres y hombres en distintos ámbitos, haciendo especial énfasis en la identificación de grupos desfavorecidos de mujeres y su evolución en el tiempo. En particular, este informe se centra en la primera etapa de generación de indicadores, y en el diagnóstico de su evolución, en las áreas específicas de Educación, Trabajo y Pobreza. La lista detallada de los indicadores calculados se presenta en anexo.

Específicamente, se espera identificar las brechas de género existentes en cada una de las áreas específicas en estudio (considerando diferencias estadísticamente significativas al 95% de confianza), identificar grupos desfavorecidos de mujeres en las áreas definidas, y realizar un seguimiento de la evolución de las brechas detectadas.

Siguiendo a la Organización Internacional del Trabajo (OIT), la brecha de género es la diferencia que existe en cualquier esfera entre las mujeres y los hombres en cuanto a nivel de participación, acceso a los recursos, derechos, poder e influencia, remuneración y beneficios. El análisis de las brechas de género permite ver el alcance de las desigualdades en todos los ámbitos.

3. Metodología

Las desigualdades de género se expresan en gran variedad de dimensiones que incluyen aspectos culturales y políticos. Como primera etapa de la generación de indicadores de género de Casen, y como foco de este informe, se seleccionaron tres ámbitos a estudiar, en consideración a su relevancia en términos de las políticas públicas y a la disponibilidad de la información requerida para su cálculo. Las áreas seleccionadas son Educación, Trabajo y Pobreza.

En el ámbito de la Educación, se definen y estiman indicadores de años de escolaridad, alfabetización y asistencia, desagregados por grupo de edad, zona y número de hijos, y se comparan sus resultados entre hombres y mujeres.

En la dimensión del Trabajo, se presentan indicadores de tasa participación, tasa de desocupación, coberturas de seguridad social, ingresos promedio, entre otros, con una desagregación que incluye grupo de edad, escolaridad y zona.

En cuanto a la Pobreza, se entregan resultados de la incidencia de la pobreza, el coeficiente de la brecha de pobreza, situación de pobreza con y sin el aporte del cónyuge, considerando desagregaciones por sexo del jefe de hogar y presencia o no de menores en el hogar.

Se analizan indicadores del período 2000-2011, contruidos utilizando la Encuesta Casen en sus versiones 2000, 2003, 2006, 2009 y 2011. Se selecciona este período, por el interés por contar con una visión actualizada de lo que ha sucedido con la igualdad de género en la primera década del siglo XXI.

La mayor parte de los indicadores fueron calculados con desagregación regional. En los casos en que los cruces realizados generan celdas con menos de 50 observaciones, se entregan resultados a nivel nacional. Las tablas de indicadores son acompañadas de sus respectivos cuadros de casos muestrales.

5. Evolución de indicadores de Educación, Trabajo y Pobreza por género, 2000-2011

En este capítulo se resumen los principales resultados obtenidos en el análisis de indicadores de Educación, Trabajo y Pobreza por género en el período de estudio, haciendo énfasis en la situación de la brecha de género vigente al año 2011 y su evolución desde el año 2000.

5.1. Educación y capacitación de la mujer

El objetivo de esta sección es describir el nivel y la evolución durante el período 2000-2011 de las brechas de género existentes en el acceso y los resultados alcanzados en el ámbito de la educación.

5.1.1. Población de 15 años de edad y más según años de escolaridad

La Tabla 1 muestra que el porcentaje de población de 15 años y más que supera los 12 años de escolaridad aumentó en ambos géneros entre 2000 y 2011, pasando respectivamente de 22,0% a 24,9% del total de hombres de esa edad y de 19,5% a 23,8% en las mujeres de ese tramo etario. La brecha entre hombres y mujeres en este indicador era estadísticamente significativa en el año 2000, pero la diferencia observada en el año 2011 no lo es.

Con respecto al porcentaje de la población con menos de 6 años de escolaridad, se observa también una evolución positiva, pues el indicador ha disminuido en ambos sexos. Sin embargo, en este caso, la reducción ha sido más rápida para los hombres y, en consecuencia, la brecha ha aumentado de 1,6 puntos porcentuales en 2000 a 2 puntos porcentuales en 2011, diferencias que son estadísticamente significativas.

Tabla 1: Porcentaje de la población de 15 años de edad y más con menos de 6 años o más de 12 años de escolaridad, por sexo

(Porcentaje)

Año	Menos de 6 años		Más de 12 años	
	de escolaridad		de escolaridad	
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
2000	14,5	16,1	22,0	19,5
2003	12,9	15,1	23,1	21,2
2006	13,1	14,9	22,1	20,7
2009	12,3	14,1	23,7	22,7
2011	11,5	13,5	24,9	23,8

Fuente: Encuestas Casen, Observatorio Social, Ministerio de Desarrollo Social.

5.1.2 Población de 25 a 59 años de edad según años de escolaridad

La Tabla 2 presenta los mismos indicadores que la Tabla 1, esta vez referidos a la población de 25 a 59 años. Para este segmento de edad, el porcentaje de población con menos de 6 años de escolaridad muestra que, en términos absolutos, las brechas entre hombres y mujeres son menores en la población de 25 a 59 que en población de 15 años y más. Por su parte, el porcentaje de mujeres que alcanza más de 12 años de escolaridad, en este grupo de edad, aumenta en más de 3 puntos porcentuales entre 2000 y 2011, reduciendo la brecha de género existente. Las diferencias que se observan entre ambos sexos en el año 2011 no son estadísticamente significativas.

Tabla 2: Porcentaje de la población de 25 a 59 años de edad con menos de 6 años o más de 12 años de escolaridad, por sexo

(Porcentaje)

Año	Menos de 6 años		Más de 12 años	
	de escolaridad		de escolaridad	
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
2000	12,8	13,2	25,6	23,4

2003	10,8	12,0	26,4	24,7
2006	10,2	10,8	25,3	23,9
2009	9,3	9,6	26,4	25,8
2011	8,2	8,4	27,6	26,5

Fuente: Encuestas Casen, Observatorio Social, Ministerio de Desarrollo Social.

5.1.3 Promedio de años de escolaridad de la población, por tramo etario

El promedio de años de escolaridad aumentó entre 2000 y 2011, tanto para hombres como mujeres de 15 años y más, pasando de 10,1 a 10,6 años, en el caso de los hombres, y de 9,8 a 10,4 años, entre las mujeres. Aunque el promedio de escolaridad de los hombres es superior al de las mujeres, la diferencia observada no es estadísticamente significativa, en todas las mediciones realizadas desde año 2000 al 2011. Específicamente, en el tramo etario de 25 a 59 años, tampoco se observan diferencias significativas en la escolaridad alcanzada por hombres y mujeres.

Tabla 3: Promedio de años de escolaridad población de 15 años y más y de 25 a 59 años por género

(Porcentajes)

Año	15 años y más		25 a 59 años	
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
2000	10,1	9,8	10,5	10,3
2003	10,3	10,0	10,8	10,5
2006	10,3	10,0	10,8	10,6
2009	10,5	10,3	11,1	10,9
2011	10,6	10,4	11,2	11,1

Fuente: Encuestas Casen, Observatorio Social, Ministerio de Desarrollo Social.

5.1.4 Tasa de alfabetización⁴ de las personas de 15 y más

La tasa de alfabetización aumenta entre 2000 y 2011, desde 96,3% a 96,9% entre los hombres de 15 años y más, y de 96,0% a 96,5% entre las mujeres de tal tramo de edad. Las diferencias que se observan entre hombres y mujeres en este indicador no son estadísticamente significativas, tanto en el año 2000 como el 2011 (ver Tabla 4).

Tabla 4: Tasa de alfabetización de las personas de 15 años por género

(Porcentaje)

Año	Hombre	Mujer
2000	96,3	96,0
2003	96,3	95,8
2006	96,3	95,9
2009	96,7	96,3
2011	96,9	96,5

Fuente: Encuestas Casen, Observatorio Social, Ministerio de Desarrollo Social.

5.1.5 Tasa neta de asistencia escolar⁵ por quintil de ingreso per cápita del hogar

La tasa neta de asistencia escolar aumentó en ambos sexos entre 2000 y 2011. En particular, en el grupo de las mujeres este indicador crece de 64,6% a 67,7% en el período analizado, mientras que entre los hombres aumenta de 65,8% a 68,5% (véase Tabla 5). Las diferencias de género que se observan en este indicador, en el año 2000 y 2011, no son estadísticamente significativas.

Al descomponer este indicador por quintil de ingreso autónomo per cápita del hogar de pertenencia, se observa que, el año 2011, la diferencia entre hombres y mujeres se concentra entre quienes pertenecen a los quintiles de menores ingresos.

⁴ Porcentaje de la población de 15 años y más que declara saber leer y escribir.

⁵ Razón entre el número de personas de 0 a 24 años que asisten a algún establecimiento educacional y la población total de ese grupo etario. No incluye educación especial. Expresada como porcentaje.

En términos de evolución, cabe mencionar que la asistencia escolar aumenta de manera importante en el quintil de menores ingresos en el período 2000-2011 (7,8 puntos porcentuales en hombres y 6,8 puntos porcentuales en mujeres), sin embargo, la brecha de género es estadísticamente significativa en este quintil y se mantiene muy sobre el promedio, llegando a casi 3 puntos porcentuales en el año 2011. En el quinto quintil, en cambio, la diferencia no es significativa tanto el año 2000 como el 2011.

Tabla 5: Tasa neta de asistencia escolar por quintil de ingreso autónomo per cápita del hogar (I y V) y género

(Porcentaje)

Año	Total		I quintil		V quintil	
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
2000	65,8	64,6	63,0	61,1	75,9	78,0
2003	67,2	66,6	66,6	63,9	77,9	78,4
2006	68,4	68,2	68,5	66,7	76,2	77,5
2009	67,7	67,4	67,1	64,6	76,0	76,6
2011	68,5	67,7	70,8	67,9	76,3	75,9

Fuente: Encuestas Casen, Observatorio Social, Ministerio de Desarrollo Social.

5.1.6 Tasa neta de asistencia escolar por grupo de edad

Al desagregar el indicador de asistencia escolar por grupo de edad se observa que las diferencias de género se concentran en el grupo de 18 a 24 años pues entre los 14 y 17 años no se observan diferencias significativas entre hombres y mujeres. Además, entre 2000 y 2011, la asistencia escolar del grupo de 18 a 24 años aumenta de manera importante, especialmente entre las mujeres, para quienes registra un crecimiento superior a los 8 puntos porcentuales. De esta forma, la brecha existente en el 2000 en este grupo (18-24), deja de ser significativa en el 2011.

Tabla 6: Tasa neta de asistencia escolar por grupo de edad y género

(Porcentaje)

Año	Total		14 a 17 años		18 a 24 años	
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
2000	65,8	64,4	90,3	90,7	38,5	35,3
2003	67,2	66,4	92,8	93,0	41,1	38,3
2006	68,4	68,1	92,3	92,5	41,3	40,5
2009	67,7	67,4	93,1	92,9	40,6	42,6
2011	68,5	67,7	93,0	94,0	45,1	43,9

Fuente: Encuestas Casen, Observatorio Social, Ministerio de Desarrollo Social.

5.2. Trabajo

5.2.1 Tasa de participación laboral⁶ por tramo de edad

A nivel nacional, la tasa de participación en el mercado laboral presenta una diferencia estadísticamente significativa entre hombres (70,1%) y mujeres (43,5%) que, en el año 2011, alcanza los 26,6 puntos porcentuales. Sin embargo, este valor representa una disminución con respecto al año 2000, cuando la diferencia entre hombres y mujeres supera los 30 puntos porcentuales. La tendencia observada entre 2000 y 2011 es una sistemática reducción de la brecha, debido al crecimiento de la participación femenina mientras la masculina declina en el mismo período.

La desagregación por tramos de edad muestra que la mayor diferencia por género en la participación laboral se produce en el grupo de 25 a 59 años. En este tramo de edad, en 2001, la brecha de participación laboral entre hombres y mujeres llegaba a 31,8 puntos porcentuales. Este valor constituye un avance pues en el año 2000 existía una diferencia superior a los 40 puntos porcentuales.

⁶ Porcentaje de la fuerza de trabajo o población económicamente activa (ocupados y desocupados) de 15 años y más con respecto a la población total de 15 años y más.

Tabla 7: Tasa de participación laboral por tramo de edad y género

(Porcentaje)

Año	15 a 24 años		25 a 59 años		60 años y más		Total 15 años y más	
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
2000	40,6	27,3	93,0	51,7	41,9	11,8	73,4	39,8
2003	41,7	30,1	93,0	54,5	42,6	13,0	73,1	42,2
2006	42,9	29,7	92,8	57,0	43,0	15,4	72,6	43,2
2009	42,7	30,2	92,1	57,2	40,1	13,4	70,7	42,3
2011	42,3	28,7	91,7	59,9	40,4	14,1	70,1	43,5

Fuente: Encuestas Casen, Observatorio Social, Ministerio de Desarrollo Social.

5.2.2 Tasa de participación laboral según años de escolaridad

La tasa de participación laboral tiende a ser más alta en la población que ha alcanzado mayor escolaridad, como se informa en Tabla 8. Esta tendencia es más marcada en el caso de las mujeres, las que el año 2011 registran tasas de participación laboral de 19,1% en el grupo que no alcanzó los 6 años de escolaridad y 60,3% entre aquellas que superan los 12 años de escolaridad. Sin embargo, el grupo más escolarizado de mujeres no muestra cambios significativos en el período.

El único grupo de mujeres que presenta avances importantes en la participación laboral corresponde aquellas que alcanzan entre 10 y 12 años de escolaridad, cuya tasa de participación aumenta desde 41,9% en 2000 a 47,0% en 2011, sin embargo, este último año aún mantiene una brecha estadísticamente significativa (de 28,1 puntos porcentuales) con respecto a los hombres en el mismo tramo de escolaridad.

Las mayores brechas en la tasa de participación se observan en los niveles más bajos de escolaridad. En el año 2011, las mujeres con menos de 6 años de escolaridad tienen una participación laboral 31 puntos porcentuales inferior a la de los hombres, mientras que en grupo de 6 a 9 años de escolaridad, la diferencia llega a 35 puntos porcentuales.

Tabla 8**Tasa de participación laboral según años de escolaridad y género**

(Porcentaje)

Año	0 a 5 años		6 a 9 años		10 a 12 años		13 y más años	
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
2000	65,4	20,6	74,3	31,8	73,5	41,9	76,9	61,6
2003	61,6	21,9	73,5	32,5	75,0	44,9	75,9	62,4
2006	58,3	21,7	71,9	33,5	74,9	46,5	77,4	63,6
2009	53,2	19,7	68,5	32,0	74,5	45,2	75,1	61,2
2011	50,3	19,1	68,5	33,6	75,1	47,0	72,4	60,3

Fuente: Encuestas Casen, Observatorio Social, Ministerio de Desarrollo Social.

5.2.3 Tasa de participación laboral por quintil de ingreso autónomo per cápita del hogar

La tasa de participación laboral es mayor en los quintiles de mayor ingreso autónomo per cápita, tal como ilustra la Tabla 9. Las mujeres del primer quintil, en el año 2011, registran una tasa de participación laboral de 27,6% (comparado con 26,4% el año 2000), mientras que entre las que pertenecen al quinto quintil tal tasa es de 59,9% en el mismo año (frente a 52,5% el año 2000). Además la tasa de participación femenina del primer quintil se mantiene prácticamente constante entre 2000 y 2011, mientras que en el quinto quintil aumenta más de 7 puntos porcentuales.

Tabla 9: Tasa de participación laboral por quintiles de ingreso autónomo per cápita del hogar

(Porcentaje)

Año	I		V		Total	
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
2000	71,8	26,4	76,5	52,5	73,3	39,0
2003	65,3	26,3	77,0	56,6	73,1	41,6
2006	60,7	27,5	79,7	59,9	72,6	42,9

2009	54,6	25,5	80,4	58,7	70,7	42,1
2011	53,0	27,6	79,7	59,9	70,1	43,3

Fuente: Encuestas Casen, Observatorio Social, Ministerio de Desarrollo Social.

5.2.4 Tasa de participación laboral por zona

La inserción laboral femenina presenta diferencias importantes entre mujeres residentes en zonas urbanas y rurales (véase Tabla 10). Para las primeras en el 2011, la tasa de participación llegó a 45,2%, mientras que en las zonas rurales era de 30,8%. Sin embargo, es en las zonas rurales donde la tasa de participación registra el mayor crecimiento, al pasar desde 22,2% en 2000 al mencionado 30,8% en 2011.

La tasa de participación masculina no presenta diferencias importantes entre zonas rurales y urbanas, y en ambas zonas muestra una tendencia declinante.

Tabla 10: Tasa de participación laboral por zona y género

(Porcentaje)

Año	Urbano		Rural		Total	
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
2000	73,2	42,3	74,1	22,2	73,4	39,8
2003	73,1	44,6	73,5	24,9	73,1	42,2
2006	72,9	45,4	70,6	27,7	72,6	43,2
2009	71,1	44,1	68,6	29,2	70,7	42,3
2011	70,2	45,2	69,7	30,8	70,1	43,5

Fuente: Encuestas Casen, Observatorio Social, Ministerio de Desarrollo Social

5.2.5 Tasa de desempleo por tramo de edad

A nivel nacional, durante el período analizado la tasa de desocupación femenina supera sistemáticamente a la de los hombres. En el año 2011, la diferencia entre ambas tasas es estadísticamente significativa y llega a 3 puntos porcentuales, lo que representa una diferencia de más de 50% con respecto a la tasa de desocupación masculina (véase Tabla 11). Esta brecha se repite en todos los tramos de edad y no se observa una tendencia clara a la disminución entre 2000 y 2011.

Tabla 11: Tasa de desempleo por tramo de edad

(Porcentaje)

Año	15 a 24 años		25 a 59 años		60 y mas		Total	
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
2000	21,0	23,6	8,0	9,9	6,8	5,1	9,6	11,7
2003	17,9	26,0	6,6	9,9	5,7	3,8	8,2	12,1
2006	15,1	21,3	4,5	7,5	3,7	3,0	6,0	9,4
2009	22,4	28,3	6,9	9,5	4,1	6,0	8,9	12,2
2011	17,0	24,1	4,7	7,4	2,9	4,6	6,4	9,6

Fuente: Encuestas Casen, Observatorio Social, Ministerio de Desarrollo Social

5.2.6 Tasa de desempleo según tramo de años de escolaridad

Al igual que lo observado en los tramos de edad, las diferencias en la tasa de desocupación entre hombres y mujeres persisten, con distinta intensidad, en todos los tramos de escolaridad analizados. En el año 2011, las mujeres con menos de 6 años de escolaridad registran una tasa de desocupación que casi duplica la de los hombres (4 puntos porcentuales de diferencia). En el grupo de mayor escolaridad, 13 y más años, la diferencia se reduce a 20% en el mismo año (1,3 puntos porcentuales) (véase Tabla 12).

Tabla 12: Tasa de desempleo según tramo de años de escolaridad y género

(Porcentaje)

Año	0 a 5 años		6 a 9 años		10 a 12 años		13 y más años	
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
2000	10,6	11,7	12,1	13,1	9,9	14,0	5,9	7,7
2003	8,6	10,2	8,6	11,4	8,9	14,8	6,3	9,6
2006	6,0	7,0	5,3	9,4	6,6	11,1	5,7	7,3
2009	7,1	9,5	8,5	12,8	9,9	13,8	8,1	10,3
2011	4,4	8,4	5,7	10,0	7,1	11,1	6,4	7,7

Fuente: Encuestas Casen, Observatorio Social, Ministerio de Desarrollo Social

5.2.7 Tasa de desempleo por quintil de ingreso autónomo per cápita del hogar

La Tabla 13 muestra la tasa de desocupación de hombres y de mujeres del primer y quinto quintil de ingreso autónomo per cápita del hogar. Las tasas registradas en el primer quintil son considerablemente superiores a las del quinto quintil (aproximadamente 10 veces). Si se comparan además hombres y mujeres al interior de cada quintil, se observa que la tasa de desocupación de las mujeres alcanza siempre valores más altos que la de los hombres.

En el año 2011, la tasa de desocupación de las mujeres del primer quintil llega a 26,8% mientras que los hombres de ese quintil registran una tasa de 18,4%. En el quintil de mayores ingresos, la tasa de desocupación femenina se ubica en 3,1%, en tanto que la de los hombres es 2,3%.

Tabla 13: Tasa de desempleo por quintil de ingreso autónomo per cápita del hogar y género

(Porcentaje)

Año	I		V		Total	
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
2000	23,1	33,2	2,1	3,5	9,6	12,1
2003	21,8	34,7	2,3	3,3	8,2	12,4
2006	16,4	25,9	2,3	3,5	6,0	9,5
2009	24,7	32,6	3,3	5,6	8,9	12,3
2011	18,4	26,8	2,3	3,1	6,4	9,7

Fuente: Encuestas Casen, Observatorio Social, Ministerio de Desarrollo Social

5.2.8 Tasa de desempleo por zona

La tasa de desocupación tiende a ser más alta en las zonas urbanas que en las rurales, tanto para hombres como mujeres (véase Tabla 14). Asimismo, la brecha entre hombres y mujeres se manifiesta en ambas zonas, aunque tiende a ser mayor en las zonas rurales. En el año 2011, las mujeres urbanas anotan una tasa de desocupación de 9,6% en comparación con un 6,6% de los hombres residentes en la misma zona, es decir, se observa una diferencia de 3 puntos porcentuales. En las zonas rurales, estas tasas para mujeres y hombres llegan a 10,1% y 5,4%, respectivamente, es decir, presentan una diferencia de 4,7 puntos porcentuales.

Tabla 14: Tasa de desempleo por zona y género

(Porcentaje)

Año	Urbano		Rural		Total	
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
2000	10,2	11,8	6,6	10,5	9,6	11,7
2003	8,5	12,4	6,0	8,6	8,2	12,1
2006	6,3	9,5	4,1	7,7	6,0	9,4
2009	9,2	12,3	6,6	11,8	8,9	12,2
2011	6,6	9,6	5,4	10,1	6,4	9,6

Fuente: Encuestas Casen, Observatorio Social, Ministerio de Desarrollo Social

5.2. 9 Distribución de la población ocupada por categoría ocupacional

Además de las diferencias en participación laboral y desocupación, los hombres y las mujeres presentan diferencias en la forma en que se insertan en el mercado del trabajo. La Tabla 15 muestra la participación relativa de hombres y mujeres ocupados en distintas categorías ocupacionales. La mayor parte de los ocupados se desempeña como obrero o empleado: el 74,5% de los hombres y el 65,4% de las mujeres, en el año 2011. Esta diferencia, en torno a 10 puntos porcentuales, se mantiene en las cinco mediciones Casen realizadas desde el año 2000.

El menor peso de las mujeres en la categoría "Obrero o Empleado" se explica, en primer lugar, por su participación en el servicio doméstico y, especialmente a comienzos del período, como familiar no remunerado. Aunque estas dos categorías han venido disminuyendo desde 2000, en año 2011, en conjunto representan 13,1% de la ocupación femenina y menos del 1% de la ocupación masculina.

En el año 2011, también se observa una significativa menor participación de las mujeres en la categoría Empleador o patrón. El 1,6% de las ocupadas se desempeña en esta categoría mientras que para los hombres la cifra sube a 2,1%.

Tabla 15: Distribución de los ocupados por principales categorías ocupacionales⁷ y sexo

(Porcentaje)

	Empleador o Patrón		Trabajador Cuenta Propia		Obrero o Empleado		Servicio Domestico		Familiar no Remunerado	
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
2000	5,2	2,5	21,1	17,0	70,8	61,4	0,1	16,2	0,9	2,5
2003	4,5	3,0	21,9	17,1	70,6	60,8	0,2	16,3	0,8	2,5
2006	3,6	2,3	21,0	19,4	73,3	62,2	0,2	14,3	0,5	1,5
2009	3,6	2,3	20,7	19,2	74,0	65,5	0,2	12,0	0,4	0,6
2011	2,1	1,6	21,0	19,3	74,5	65,4	0,6	12,5	0,3	0,6

⁷ No se incluye la categoría Fuerzas Armadas.

5.2.10 Cotización de ocupados y asalariados en sistemas de seguridad social

El porcentaje de ocupados y asalariados que cotizan en un sistema de seguridad social es mayor en los hombres que en las mujeres, verificándose una brecha cercana a los 5 puntos porcentuales en el año 2011. En ese año, el 70,2% de los hombres ocupados cotizan en la seguridad social mientras sólo el 65,7% de las mujeres ocupadas lo hace, con una brecha de 4,5 puntos porcentuales. Entre los asalariados, los porcentajes suben a 83,9% y 78,0%, respectivamente, manteniendo una brecha de 5,9 puntos porcentuales. Ambas diferencias son estadísticamente significativas.

Aunque el porcentaje de cotizantes aumenta tanto para hombres como mujeres, la brecha en esta dimensión no ha experimentado reducciones entre 2000 y 2011.

Tabla 16: Porcentaje de ocupados y asalariados que cotizan en sistemas de seguridad social por género

(Porcentaje)

Año	Total ocupados		Asalariados	
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
2000	64,4	61,7	78,1	71,5
2003	64,5	60,5	78,5	70,3
2006	67,4	61,5	80,6	72,7
2009	64,9	59,5	76,7	69,6
2011	70,2	65,7	83,9	78,0

Fuente: Encuestas Casen, Observatorio Social, Ministerio de Desarrollo Social

5.2.11 Relación de salarios por hora de mujeres y hombres por tramos de años de escolaridad

Este indicador muestra el porcentaje que representa el salario promedio percibido por hora por las mujeres en relación al salario promedio por hora de los hombres. En el

año 2011, este indicador se ubica en 83,0%, lo que significa que, en promedio, las mujeres ganan por hora el 83% de lo que reciben los hombres. Entre el 2000 y 2006 se registra un aumento en este indicador desde 86,9% a 90,7%. Sin embargo, esta tendencia se revierte a partir del 2009, para llegar al mencionado 83,0% en 2011 (véase Tabla 17).

Al desagregar por años de escolaridad, para controlar por diferencias en salario por hora atribuibles a diferencias en años de estudio alcanzados, se observa que la brecha de salario es mayor en los tramos de mayor escolaridad. En el año 2011, las mujeres con menos de 5 años de escolaridad perciben el equivalente al 84,9% del salario de los hombres con la misma escolaridad, comparado con 95,6% del año 2000. Entre las mujeres que tienen entre 10 y 12 años de escolaridad, la relación es de 78,3%, el año 2011, mientras que entre las mujeres con más de 12 años de estudio, el salario promedio equivale al 70,3% del que perciben hombres con igual nivel de educación. En estos últimos casos, tampoco se exhibe una tendencia clara en el período, pues mientras el indicador cae para personas de 10 a 12 años de escolaridad, se mantiene entre aquellos con 13 y más años de escolaridad.

Tabla 17: Relación de salarios por hora de la ocupación principal entre mujeres y hombres por tramo de años de escolaridad

(Porcentaje)

Año	0 a 5 años	6 a 9 años	10 a 12 años	13 años y más	Total
2000	95,6	88,8	83,5	70,7	86,9
2003	102,3	87,9	88,2	71,7	88,4
2006	91,4	90,9	82,6	78,1	90,7
2009	85,6	86,8	77,6	70,4	84,0
2011	84,9	86,2	78,3	70,3	83,0

Fuente: Encuestas Casen, Observatorio Social, Ministerio de Desarrollo Social

5.3. Pobreza

5.3.2. Porcentaje de pobreza por sexo del jefe de hogar

En el año 2000, la pobreza afecta al 16,3% de los hogares del país. En ese año los hogares encabezados por hombres o mujeres no presentan diferencias estadísticamente significativas en la incidencia de la pobreza. En el año 2011, el porcentaje de hogares en situación de pobreza baja a 12,1%. Sin embargo, los hogares con jefatura femenina no experimentan una baja significativa en la tasa de pobreza, generando una brecha significativa con respecto a los hogares con jefatura masculina.

Tabla 18: Porcentaje de pobreza en hogares, por sexo del jefe(a) de hogar

Año	Hombre	Mujer	Total
2000	16,3	16,5	16,3
2003	14,9	16,3	15,3
2006	10,1	14,1	11,3
2009	10,8	16,6	12,7
2011	9,6	16,0	12,1

Fuente: Encuestas Casen, Observatorio Social, Ministerio de Desarrollo Social

5.3.2. Coeficiente de la brecha de pobreza por sexo del jefe de hogar

La brecha de la pobreza mide la "profundidad" de la pobreza e indica la distancia promedio entre los ingresos de las personas que se encuentran en condición de pobreza y la línea de la pobreza ponderada por la incidencia de la pobreza. En la Tabla 19 se presenta el coeficiente de la brecha según el sexo del jefe de hogar. Se puede observar, que para las jefas de hogar no sólo la incidencia de la pobreza es más alta sino que su profundidad es también mayor, es decir, sus ingresos están más lejos de alcanzar el valor de la línea de pobreza.

En el año 2011, el coeficiente de la brecha en los hogares con jefatura masculina es de 3,5% mientras que en los hogares con jefatura femenina llega a 6,3%. Además, aunque el indicador muestra una tendencia declinante para ambos sexos, en el caso de los hombres baja desde 6,7% en 2000 a 3,5% en 2011, mientras que para las mujeres el descenso es más lento, pasando de 8,4% a 6,3%.

Tabla 19: Coeficiente de la brecha de pobreza en hogares, por sexo del jefe(a) de hogar

Año	Hombre	Mujer	Total
2000	6,7	8,4	7,0

2003	5,8	7,9	6,3
2006	3,7	6,2	4,4
2009	4,1	7,3	5,1
2011	3,5	6,3	4,5

Fuente: Encuestas Casen, Observatorio Social, Ministerio de Desarrollo Social

5.3.3. Tasa de pobreza en hogares biparentales con jefatura masculina con y sin aporte de la cónyuge

La Tabla 20 muestra la evolución de la incidencia de la pobreza en hogares biparentales, considerando y sin considerar el aporte de ingresos que realiza la cónyuge del jefe de hogar. En este tipo de hogares, la tasa de pobreza se reduce desde 19,7% en 2000 a 11,7% el año 2011, sin embargo, si se excluyen del ingreso del hogar los ingresos aportados por la cónyuge del jefe de hogar, tales tasas habrían sido de 28,2% en 2000 y 27,4% en 2011. Como se puede apreciar, la contribución del segundo ingreso, aportado por la cónyuge, permite que una proporción importante de hogares no se encuentre en situación de pobreza. Adicionalmente, la reducción de la pobreza observada en los hogares biparentales habría sido mucho menor sin la presencia del ingreso de la cónyuge.

Tabla 20: Tasa de pobreza en hogares biparentales con jefatura femenina y aporte de ingresos de la cónyuge

Año	Pobreza con aporte conyuge	Pobreza sin aporte conyuge
2000	19,7	28,2
2003	17,7	27,2
2006	11,9	23,4
2009	12,3	24,8
2011	11,7	27,4

Fuente: Encuestas Casen, Observatorio Social, Ministerio de Desarrollo Social

5.3.4. Población en situación de pobreza por sexo

Entre el año 2000 y 2011 el país experimenta una reducción estadísticamente significativa en el número de hombres y de mujeres en situación de pobreza. En el caso de los hombres, la incidencia de la pobreza cae desde 20,0% en 2000 a 13,3% en 2011, mientras que entre las mujeres la disminución es de 20,4% a 15,5% en el mismo período. Durante todo el período la tasa de pobreza femenina se mantiene por sobre la de los hombres. Esta diferencia aumenta a 2,2 puntos porcentuales en el año 2011, y es estadísticamente significativa.

Tabla 21: Porcentaje de la población por situación de pobreza e indigencia, por género

Año	Indigencia		Pobreza no Indigente		Total pobreza	
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
2000	5,4	5,7	14,6	14,7	20,0	20,4
2003	4,5	4,8	13,8	14,2	18,3	19,0
2006	3,0	3,4	10,0	10,9	13,1	14,3
2009	3,6	3,9	10,9	11,8	14,5	15,7
2011	2,6	2,9	10,7	12,5	13,3	15,5

Fuente: Encuestas Casen, Observatorio Social, Ministerio de Desarrollo Social

Bibliografía

Cristina Araya, Sandra Arata (2000), La construcción de indicadores para los estudios de género. Argumentos 36, Agosto de 2000, Costa Rica.

Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) (1999). Indicadores de Género para el seguimiento y la evaluación del Programa de Acción Regional para las Mujeres de América Latina y el Caribe, 1995-2001 y la Plataforma de Acción de Beijing. Santiago de Chile.

~~Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (2012). Observaciones finales sobre los informes periódicos quinto y sexto de Chile, adoptadas por el Comité en 53º período de sesiones (1 al 19 de Octubre de 2012).~~

Declaración y Plataforma de Acción de Beijing (1995), Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, Beijing del 4 al 15 de septiembre de 1995.

Annalise Moser, PNUD (2007). Informe general sobre género e indicadores. IDS, Institute of Development Studies, University of Sussex.

SERNAM (2010). Plan de Igualdad de Oportunidades 2011-2020.

PNUD (2013). *2013 Human Development Report Gender Inequality Index (GII)*.

Anexo

Indicadores de Género 2000-2011

Educación y capacitación de la mujer

- Distribución de la población de 15 años y más según tramo de años de escolaridad y año, por región y sexo
- Distribución de la población de 25 a 59 años de edad según tramo de años de escolaridad y año, por región y sexo
- Promedio de años de escolaridad de la población de 15 años y más por sexo, según año y región
- Promedio de años de escolaridad de la población de 25 a 59 años de edad por sexo, según año y región
- Tasa de alfabetización de la población de 15 años y más por región y sexo, según año
- Distribución de la población de 18 a 59 años de edad, según tramo de años de escolaridad y año, por número de hijos/as del núcleo
- Distribución de la población de 25 a 59 años de edad según nivel educacional alcanzado, por región y sexo

Asistencia escolar

- Tasa neta de asistencia escolar de la población menor de 25 años por región y sexo, según año y zona
- Tasa neta de asistencia escolar de la población menor de 25 años por región y sexo, según año y quintil regional de ingreso autónomo per cápita del hogar
- Tasa neta de asistencia escolar de la población menor de 25 años por región y sexo, según año y tramo etario
- Tasa neta de asistencia escolar de la población menor de 25 años por región y sexo, según año y tramo etario
- Relación entre niñas y niños menores de 25 años que asisten a establecimiento educacional, según año y nivel de enseñanza
- Distribución de la población de 7 a 30 años de edad que no asiste a establecimiento educacional, según razón de inasistencia, por sexo, 2011

Población económicamente activa

- Tasa de participación laboral
- Tasa de participación laboral según tramo de edad, por región y sexo
- Tasa de participación laboral según tramo de años de escolaridad, por región y sexo
- Tasa de participación laboral según quintil regional de ingreso autónomo per cápita del hogar, por región y sexo
- Tasa de participación laboral según zona geográfica, por región y sexo
- Tasa de participación laboral por región, número de hijos del núcleo familiar y sexo
- Tasa de participación laboral, por región y sexo del jefe de hogar

Tasa de desempleo

- Tasa de desempleo según tramo de edad, por sexo
- Tasa de desempleo según tramo de escolaridad, por sexo
- Tasa de desempleo según quintil regional de ingreso autónomo per cápita del hogar, por sexo
- Tasa de desempleo según área geográfica, por sexo
- Tasa de desempleo de larga duración (más de 12 meses) según por sexo
- Tasa de desempleo de la población de 15 años y más por sexo y número de hijos del núcleo familiar
- Tasa de desempleo de la población por y sexo del jefe(a) de hogar

Población Ocupada

- Distribución de la población ocupada según categoría ocupacional, por región y sexo
- Distribución de la población ocupada según sector de actividad económica, por región y sexo
- Proporción de mujeres entre los empleados remunerados del sector no agrícola, por región
- Porcentaje de la población ocupada en empleos vulnerables, por región y sexo
- Promedio de horas mensuales trabajadas por mujeres ocupadas de 15 años y más, según presencia en el hogar de niños(as) de 0 a 5 años

Población inactiva

- Porcentaje de la población de 15 años y más que se encuentra inactiva por región y sexo, según quintil regional de ingreso autónomo per cápita del hogar
- Porcentaje de la población de 15 años y más que se encuentra inactiva por región y sexo, según tramo de años de escolaridad
- Porcentaje de la población de 15 años y más que se encuentra inactiva por región, número de hijos(as) del núcleo familiar y sexo

Ingreso laboral

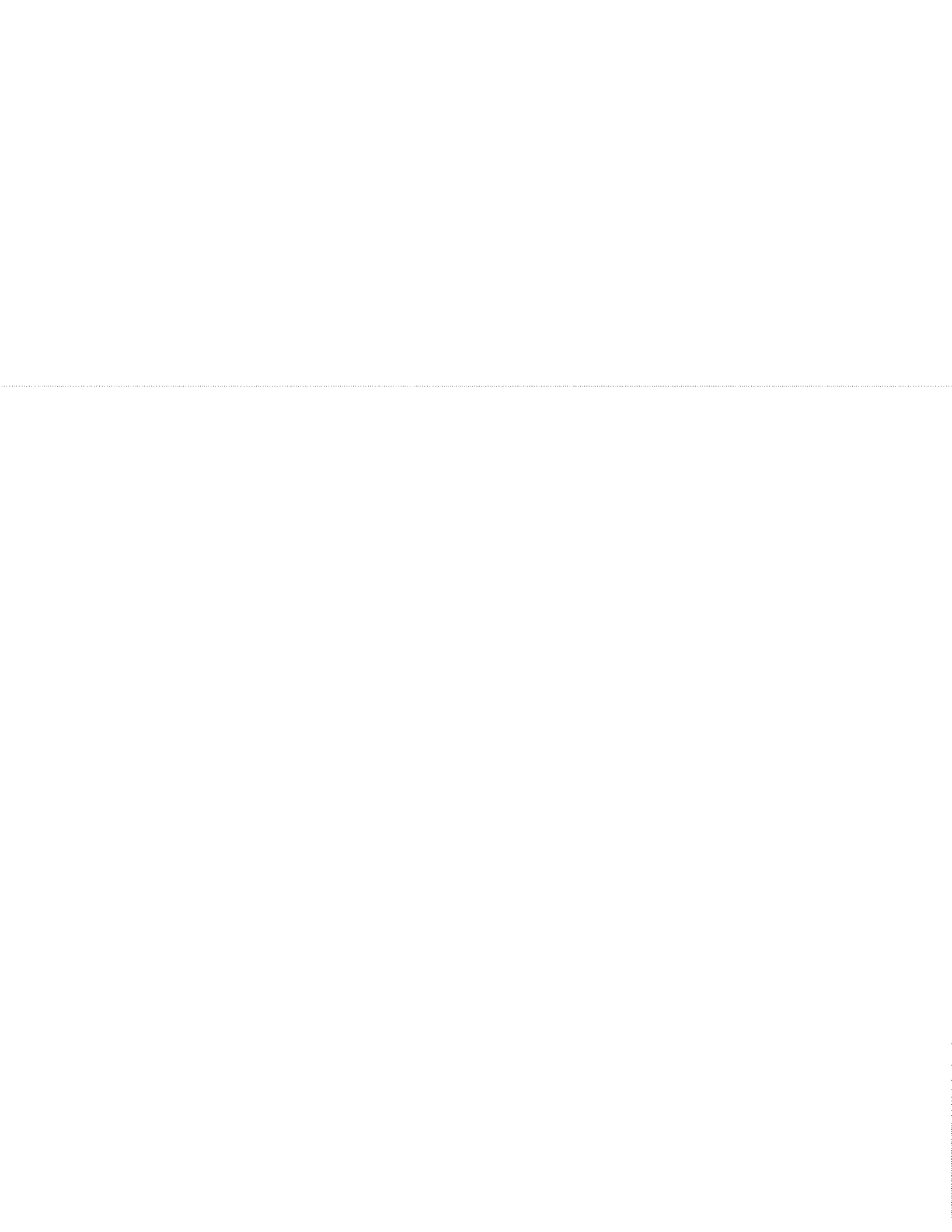
- Relación porcentual entre ingreso por hora de la ocupación principal de mujeres vs. hombres por región, según tramo años de escolaridad
- Ingreso laboral promedio de los ocupados de 15 años y más por región y sexo, según número de hijos(as) del núcleo familiar
- Ingreso laboral promedio de los jefes(as) de hogar por sexo, según tramo de años de escolaridad
- Ingreso promedio de la población mayor de 18 años, por sexo, según tipo de hogar
- Ingreso de pensiones/a y montepíos promedio por sexo

Seguridad social

- Porcentaje de ocupados que cotizan en algún sistema de seguridad social, por región y sexo
- Porcentaje de asalariados que cotizan en algún sistema de seguridad social, por región y sexo
- Porcentaje de asalariados que tienen contrato indefinido, por región y sexo

Género y pobreza

- Distribución de la población según situación de pobreza del hogar, por región y sexo
- Distribución de los hogares por región y sexo de la jefatura de hogar, según número de aportantes de ingreso total en el hogar
- Distribución de los hogares en que los jefes son el único aportante de ingreso del hogar, por región, según sexo de la jefatura
- Coeficiente de la brecha de pobreza en hogares, por sexo del jefe(a) de hogar
- Porcentaje de mujeres cónyuges del jefe de hogar que no tienen ingresos propios, por región, según situación de pobreza del hogar
- Distribución de hogares por región, situación de pobreza y sexo del jefe de hogar
- Distribución de hogares con jefatura de hogar femenina, por situación de pobreza
- Perceptores de jubilaciones y pensiones/a en adultos mayores
- Índice de feminidad de la pobreza según grupos de edad
- Porcentaje de la población de 15 años y más, que no asiste a establecimiento educacional y que no tiene ingresos propios/a, por región y sexo
- Tasa de pobreza en hogares biparentales, por región y aporte de ingresos de la cónyuge del jefe de hogar



ANEXO N°03

A. La Mujer y la Pobreza

Caracterización de las familias participantes del ingreso Ético Familiar con Jefatura Femenina



INGRESO ÉTICO **FAMILIAR**

CARACTERIZACION DE LAS FAMILIAS PARTICIPANTES
DEL INGRESO ETICO FAMILIAR, CON JEFATURA
FEMENINA.

Diciembre de 2013



INGRESO ÉTICO FAMILIAR

Contenido

Introducción	3
Antecedentes	4
Pobreza y Género	5
Caracterización	6
Conclusiones	12
Bibliografía	15

INTRODUCCIÓN

El documento que aquí se presenta, corresponde a uno de los compromisos suscritos por la Subsecretaría de Servicios Sociales del Ministerio de Desarrollo Social, en el marco del Programa de Mejoramiento de la Gestión – PMG – Sistema Equidad de Género. Responde al objetivo específico N° 7 del Plan de Trabajo 2013 *“Caracterización de las familias participantes del Ingreso Ético Familiar que poseen jefatura femenina, para conocer sus principales características y como se comportan en su paso por los diferentes componentes del programa”*¹ y espera ser una contribución para salvar la barrera institucional diagnosticada sobre *“la no existencia de reportes estadísticos por sexo de los diferentes programas y sistematización de datos podría impedir detectar las eventuales barreras existentes, ya sea al ingreso o a la mantención de las mujeres y hombres en los programas y sobre la información para eventuales consideraciones metodológicas de los mismos”*².

El Ministerio de Desarrollo Social, en el marco del mandato que le impone la Ley 20.595 que crea El Ingreso Ético Familiar, ha desplegado un esfuerzo por focalizar este subsistema en las familias que efectivamente se encuentran en situación de extrema pobreza. La información preliminar sobre las características de este segmento de la población, permiten afirmar en un número significativo de las familias focalizadas están bajo la jefatura de una mujer, lo que impone a su vez la necesidad de desarrollar los arreglos metodológicos que aseguren su participación en igualdad de oportunidades para lograr su plena integración y participación a través de las acciones y prestaciones que le ofrece el subsistema.

En este marco, el presente documento presenta una revisión de las principales características de los hogares con jefatura femenina, del universo de familias ingresadas durante el 2013 al subsistema y que se encuentran en estado “activas”, considerando que desde el concepto de la “feminización de la pobreza” se reconoce que no es posible ningún nivel de análisis del fenómeno de la pobreza en un país, sin reconocer que esta afecta de manera diferente a hombres y mujeres, y que las desigualdades de género tienen un impacto importante sobre esta (PNUD, 2007). Esta caracterización, además de mostrar características demográficas, considerará recursos de los diferentes capitales trabajados en la metodología del Ingreso Ético Familiar, en el marco del reconocimiento de los recursos familiares, la definición de metas y el trabajo para su cumplimiento, etapas que articulan el trabajo realizado con la familia, en el marco del reconocimiento de la autonomía y la validez de los proyectos familiares.

Considerando las expectativas del Sistema de Equidad de Género respecto de la respuesta institucional que se espera ofrecer a las familias en situación de extrema pobreza, especialmente de aquellas lideradas por una mujer, el análisis que resulte de la caracterización de estos hogares, será un insumo fundamental a la toma de decisiones sobre los ajustes y adaptaciones que es

¹ Plan de Trabajo 2013, PMG Sistema de Equidad de Género

² Ibid

3 – Ministerio de Desarrollo Social

INGRESO ÉTICO FAMILIAR

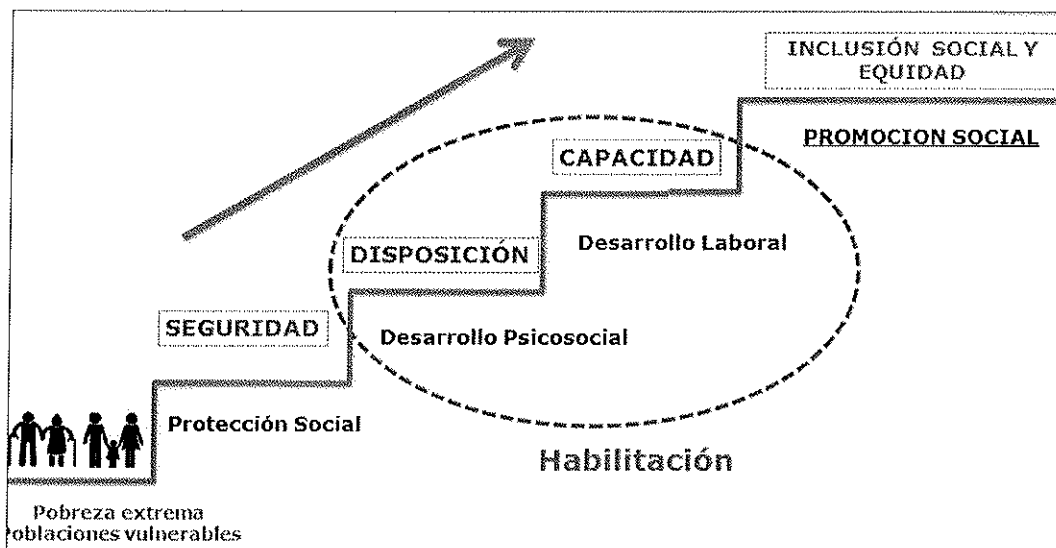
necesario tener en consideración, para cumplir eficazmente con los objetivos que se ha propuesto el Ingreso Ético Familiar.

Analizar las características de estos hogares se hace especialmente relevante, para ofrecer respuestas a la medida del desafío que significa trabajar con familias donde el hogar es conducido por una mujer sola, contando con escasa o inexistente ayuda para hacerse cargo de las diferentes dimensiones de responsabilidad en el hogar, en un país que muestra brechas de acceso desiguales a las oportunidades significativas de acuerdo al género de la persona..

ANTECEDENTES

Durante el año 2013, el Ministerio de Desarrollo Social pone en marcha la implementación del Programa Ingreso Ético Familiar, ofreciendo una intervención enfocada en las familias en situación de extrema pobreza, que busca sustentar la superación de esta situación de manera autónoma y permanente.

El programa se define como una estrategia de promoción y protección social, en cuanto facilita el desarrollo de recursos y capacidades para la superación de la extrema pobreza, y se aseguran ciertas condiciones, recursos y servicios para mejorar situaciones de riesgo y vulnerabilidad social, como se expresa en el siguiente diagrama.



El programa contempla tres componentes que consideran la entrega de transferencias monetarias, el acceso a la red de servicios de la oferta pública y privada, y el desarrollo de recursos y capacidades a través del acompañamiento psicosocial y sociolaboral a las familias en situación de extrema pobreza.

INGRESO ÉTICO FAMILIAR

Componente	Propósito, situación esperada
Acompañamiento	Familias y personas reciben acompañamiento social y laboral, desarrollando recursos que permiten avanzar o alcanzar un mejoramiento de la calidad de vida en función de los sueños y metas de la familia, y en particular en el ámbito laboral, en el desarrollo de una estrategia de generación de ingresos de carácter dependiente o independiente.
Transferencias Monetarias	Familias y personas reciben transferencias monetarias (condicionadas y no condicionadas) con las que incrementan sus niveles de seguridad y participan en programas de promoción social, disminuyendo su vulnerabilidad.
Acceso a oferta	Familias y personas acceden a ofertas preferentes de carácter público y privada de programas y servicios de protección y de promoción social.

Para lograr una correcta aplicación y ejecución del Ingreso Ético Familiar, resulta fundamental la integración de un programa Eje, que sea transversal a los tres componentes y que asuma el contacto de las familias y la definición de las trayectorias a la medida de las características de los usuarios en los programas de acompañamiento, aprovechando los beneficios que entregan los componentes de Transferencias Monetarias y de Acceso a Ofertas.

Una de las premisas del trabajo del IEF, es que todas las familias poseen recursos y estrategias para utilizarlos, que les han permitido mantener su bienestar, o al menos evitar que disminuya en forma significativa ante eventos del entorno. Es así que la utilización de estos recursos para conseguir bienestar, depende de los requisitos de acceso de las oportunidades del entorno, reconociéndose brechas para acceder a estas. En base a esta premisa, el programa ofrece a la familia un proceso de acompañamiento, donde se reconocen los recursos controlados por la familia, se identifican los sueños y se construyen metas familiares, para luego desarrollar un plan para la utilización de los recursos existentes o el desarrollo de los necesarios para el cumplimiento de los proyectos familiares. En este proceso, la conexión con la oferta pública y privada busca superar las brechas de acceso a las oportunidades del entorno, que permitirían que la familia logre sus metas y consiga aumentar su bienestar.

POBREZA Y GENERO

El análisis de la pobreza desde la perspectiva de género, permite hacer visible las diferencias entre hombres y mujeres respecto a relaciones de poder y control de recursos, mostrando un acceso desigual a estos, generando diferencias en las experiencias de la pobreza vivida por hombres y

INGRESO ÉTICO FAMILIAR

mujeres. El acceso a recursos y activos, representación política, participación laboral y otras dimensiones de la vida en sociedad, tienen un acceso desigual según género, como ocurre con otros factores como etnia o ubicación geográfica, incidiendo en que tengan una diferente experiencia de la pobreza, y una mayor probabilidad de vivirla (CEPAL-UNIFEM, 2004).

En el país, para el año 2009, las familias monoparentales con jefatura femenina presentaban un porcentaje de pobreza superior al resto de los hogares, superándolos por casi 7 puntos porcentuales. Estos hogares se caracterizan por presentar mayores niveles de vulnerabilidad, niveles de desempleo, dificultando la obtención de ingresos autónomos para el hogar (CASEN, 2009). En los últimos 20 años, este tipo de hogares se ha duplicado, alcanzando un 39% de los hogares del país, porcentaje que aumenta en los hogares en situación de pobreza y pobreza extrema, alcanzando un 51% y un 55% respectivamente (CASEN, 2011).

Si bien los datos permiten establecer una relación entre jefatura femenina y pobreza, no se puede interpretar solo desde la menor disponibilidad de ingresos por características del hogar, sino que es importante reconocer los contextos socioeconómicos, donde existen estructuras de desigualdad de género, que dificultan el desempeño de estos hogares en la estructura de oportunidades (PNUD, 2007).

En el contexto de una sociedad que tiende a funcionar en la lógica de la familia nuclear, las dificultades a las que se enfrenta una mujer jefa de familia monoparental, son profundizadas por las características del hogar y las brechas de acceso a las oportunidades del entorno. Las escasas alternativas para conseguir cuidado para los miembros dependientes del hogar, y la dificultad para acceder a empleos estables, con ingresos suficientes y que además ofrezcan flexibilidad para responder a responsabilidades domésticas y de crianza, son algunas de las brechas que dificultan especialmente los esfuerzos de las familias monoparentales con jefatura femenina (MIDEPLAN, 2009).

CARACTERIZACIÓN

La presente Caracterización ha sido elaborada a partir de la base de datos que se genera mediante el registro de los resultados de la aplicación de los instrumentos de diagnóstico del Ingreso Ético Familiar, en la plataforma informática denominada "Sistema de Información del Ingreso Ético Familiar" [SIIEF].

Este instrumento de diagnóstico, especialmente diseñado para el programa, es un cuestionario que se aplica en las primeras visitas realizadas en el marco del contacto con las familias que son invitadas a participar del programa, con el objetivo de identificar cual es la trayectoria que seguirá la familia por el programa. Se lleva a cabo con el jefe o representante de la familia, quién responde a una serie de preguntas que buscan indagar sobre los recursos de la familia y las estrategias de utilización de estos. De esta forma, la información que se levanta refleja los temas relevantes para

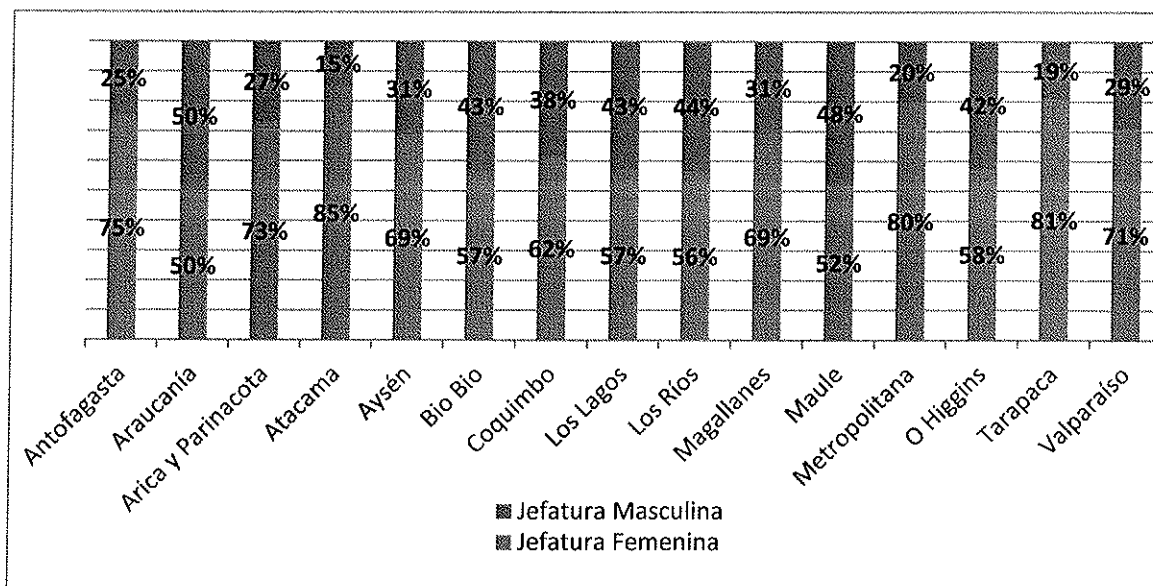
INGRESO ÉTICO FAMILIAR

la intervención del programa, concentrándose en los recursos que maneja la familia, en función de ciertos capitales como son el capital humano, financiero y social, entre otros.

La base de datos contiene la información diagnóstica de 36.906 familias distribuidas a lo largo de todas las regiones del país, registrada en el SIIEF al mes de noviembre de 2013, que incluye a las familias en estado "Activas" incorporadas al subsistema entre el mes de febrero y el mes de octubre, del presente. Los resultados del cruce de variables y del análisis de la información provista por el Subsistema IEF, nos permite exhibir e informar sobre las siguientes características de estas familias.

De las familias activas al mes de octubre, un 64% del total nacional corresponden a familias con jefatura femenina. Al revisar la distribución regional, de las 23.636 familias con jefatura femenina, se puede observar que se concentran en las regiones de la Araucanía, Bio Bio, Metropolitana y Valparaíso, agrupando el 66% de estas familias.

Las regiones que presentan mayor proporción de familias con jefatura femenina, son la región de Atacama, Metropolitana y Tarapacá, presentando proporciones de un 80% o superior, del total regional de familias activas participantes del IEF.



Respecto a la composición familiar, un 45% de las familias con jefatura femenina solo presentan un integrante mayor de 18 años, porcentaje significativamente superior al de las familias con jefatura masculina, donde un 5% posee esta característica. Esto adquiere especial relevancia si se analiza desde la perspectiva de las implicancias que puede tener con la participación laboral de los integrantes del hogar y el cuidado de miembros menores de edad o dependientes, al no contar con otros adultos responsables que puedan compartir la responsabilidad del cuidado de estos, o incluirse en el mercado del trabajo para conseguir ingresos adicionales para el hogar.

	Número de integrantes mayores de 18 años		
	1	2	Más de 2
Jefatura Femenina	45%	35%	19%
Jefatura Masculina	5%	59%	37%

En cuanto a la presencia de dependientes, no se observa mayores diferencias entre las familias, según el género de la jefatura, pero considerando el menor número de integrantes mayores de 18 años en los hogares con jefatura femenina, según se observa en el cuadro anterior, la presencia de integrantes dependientes, que requieran de especial cuidado de parte de los adultos responsables de la familia, se transformaría en una brecha para acceder a las oportunidades del entorno.

	Número de integrantes que presentan alguna discapacidad en el hogar		
	0	1	Más de 1
Jefatura Femenina	77%	19%	4%
Jefatura Masculina	76%	19%	5%

Al revisar el promedio de integrantes del grupo familiar según categoría de edad, se puede observar que las familias con jefatura femenina presentan mayor cantidad de integrantes menores de 6 años, que al igual que los integrantes que presentan alguna discapacidad, significan una mayor asistencia por parte de los miembros adultos de la familia.

Al comparar las familias con jefaturas femeninas y masculinas, combinando las variables que refieren al cuidado de dependientes e integrantes adultos en la familia, se observa un número 195 veces mayor de familias con jefatura femenina, que tiene al menos un integrante discapacitado, al menos un integrante menor de 6 años y solo un integrante mayor de 18 años.

Composición promedio	Integrantes menores de 6 años	Integrantes entre 6 y 17 años	Integrantes entre 18 y 64 años	Integrantes mayores de 65
Jefatura Femenina	0,64	1,49	1,72	0,10
Jefatura Masculina	0,56	1,46	2,33	0,15
Promedio General	0,61	1,48	1,94	0,12

INGRESO ÉTICO FAMILIAR

Acerca de la pertenencia étnica de la jefatura de la familia, se puede observar diferencias respecto a la pertenencia a la etnia mapuche, donde el 17,5% de las jefaturas masculinas pertenecen a esta etnia, porcentaje superior en 6 puntos al de las jefaturas femeninas.

	Jefatura Femenina	Jefatura Masculina
Atacameño	0,2%	0,1%
Aymará	1,1%	0,6%
Coyas	0,1%	0,0%
Diaguita	0,3%	0,1%
Mapuche	11,4%	17,5%
No pertenece	86,7%	81,6%
Quechua	0,1%	0,0%

Dentro de los recursos trabajados en el marco del acompañamiento a la familia, los recursos asociados ámbito **educación** del capital humano adquieren especial relevancia en el camino de la superación de la extrema pobreza en forma autónoma. La escolaridad de los miembros influye fuertemente en uno de los principales activos que un hogar puede utilizar dentro de su estrategia, como es la cantidad de trabajo potencial en el hogar, y su posibilidad de movilizarlos para conseguir bienestar (Kaztman, 2000).

Dentro de la población focalizada por el IEF, se puede observar que en un 15% de las familias con jefatura femenina, esta jefatura tiene 4° medio cumplido, 5 puntos superior a los hogares con jefatura masculina.

	Jefatura Femenina	Jefatura Masculina	Total general
4° medio cumplido	15%	10%	13%
4° medio no cumplido	85%	90%	87%

Esta misma tendencia se mantiene al revisar el número de integrantes mayores de 18 años con 4° medio cumplido, donde podemos observar que las familias con jefatura femenina poseen mayor proporción de integrantes adultos con escolaridad completa, pero al considerar que estos hogares tienen menor cantidad de integrantes adultos, se puede suponer que estas familias, pese a presentar mayor escolaridad, tienen mayores dificultades para contar con más de un perceptor de ingresos, lo que reduce significativamente el ingreso potencial del hogar.

N° de integrantes mayores de 18 años	0	1	2	3	Total general

INGRESO ÉTICO FAMILIAR

con 4° medio cumplido					
Jefatura Femenina	69%	25%	5%	1%	23636
Jefatura Masculina	73%	21%	6%	1%	13270

En cuanto a la participación en el mercado del **trabajo** de los adultos que se encuentran en condiciones de hacerlo, según lo que reportan los hogares focalizados por el ingreso ético familiar, se puede observar que existe una mayor proporción de hogares con jefatura femenina donde ninguno de los integrantes adultos en condiciones de trabajar se encuentra haciéndolo, presentando 16 puntos porcentuales sobre las familias con jefatura masculina. De la misma forma, es posible observar que también es mayor la proporción de hogares con jefatura femenina donde todos los adultos en condiciones de trabajar se encuentran haciéndolo, lo que significa que no cuentan con perceptores de ingreso potenciales que permitan incrementar los recursos monetarios con que cuenta la familia, al mejorar la participación laboral del hogar.

Integrantes en condiciones de trabajar se encuentran haciéndolo	Ninguno	Todos	Algunos
Jefatura Femenina	29%	35%	36%
Jefatura Masculina	13%	20%	67%

Esto se puede observar también al comparar el número de potenciales participantes del Apoyo Laboral que ofrece el Ingreso Ético Familiar, donde las familias con jefatura masculina muestran mayor proporción de familias con más de un posible participante, contando con posibles perceptores de ingreso, que en caso de mejorar su participación laboral, permitirían a la familia superar la situación de extrema pobreza en que se encuentran.

N° de integrantes potenciales de participar en Apoyo Laboral	0	1	2	+ de 1
Jefatura Femenina	12%	63%	20%	6%
Jefatura Masculina	11%	39%	40%	9%

Al observar las dinámicas de **capital social** de las familias diagnosticadas, al ser consultadas sobre sus redes de apoyo, se encuentran leves diferencias entre las familias con jefatura femenina y masculina, donde los hogares con jefaturas femeninas presentan una menor cantidad de relaciones de confianza y apoyo con familiares, amigos y vecinos.

Relaciones de confianza con:	Jefatura Femenina				Jefatura Masculina			
	Muchos	Algunos	Pocos	Ninguno	Muchos	Algunos	Pocos	Ninguno

INGRESO ÉTICO FAMILIAR

Familiares	9%	21%	52%	18%	10%	25%	48%	17%
Amigos	2%	8%	31%	58%	4%	11%	32%	53%
Vecinos	3%	9%	34%	54%	4%	12%	36%	48%

De la misma forma, las familias con jefatura femenina presentan una mayor proporción de hogares donde ninguno de los integrantes participa de las organizaciones presentes en la comunidad, mostrando menor participación con la comunidad, ya sea a nivel interpersonal o de organizaciones de base.

Integrantes que participan de alguna organización	Jefatura Femenina	Jefatura Masculina
Ninguno	55%	43%
Uno o mas	45%	57%

Es importante destacar las familias en situación de extrema pobreza se ven afectadas por diferentes combinaciones de estas y otras dimensiones de vulnerabilidad, donde la interacción entre estas agudiza el impacto de cada una, quitando a la familia control sobre las situaciones que inciden sobre su calidad de vida.

Al identificar las familias que concentran estas características, es decir familias con solo un mayor de 18 años, al menos un menor de 6 años, al menos un discapacitado menor de 18 años, a lo más un potencial participante de Apoyo Laboral y ningún adulto con 4° medio cumplido, se observa gran diferencia entre las familias con jefatura femenina y masculina, existiendo 427 familias lideradas por una mujer que presentan estas características, y solo 3 familias similares lideradas por un hombre, siendo un 2,4% y un 0,02% de sus totales respectivos.

CONCLUSIONES

Considerando las diferentes variables de la situación de las familias participantes del Ingreso Ético Familiar con jefatura femenina, que fueron analizadas para construir el informe de Caracterización comprometido, es posible destacar una serie de aspectos que quedaron en evidencia como resultado del procesamiento de datos.

Si se toma de manera aislada, cada una de las dimensiones analizadas y revisadas en la caracterización, se pueden observar algunas diferencias entre las familias con jefatura femenina y masculina, como por ejemplo, la menor cantidad de integrantes adultos que se encuentren en condiciones de participar del programa de Apoyo Laboral, o la menor cantidad de relaciones de apoyo con vecinos, familiares y amigos. La presencia de estas dimensiones, con mayor concentración en las familias con jefatura femenina, se condice con los antecedentes de esta caracterización, mostrando que existe una distribución desigual de las dimensiones de vulnerabilidad, según el género. Pero existen también algunas dimensiones donde no se encuentran mayores diferencias entre las familias, según el género del jefe de familia, como se puede observar en el análisis de la composición familiar.

No obstante, al revisar la interacción de las variables estudiadas, se observa que al combinarse se presentan diferencias importantes según el género del jefe de familia. La mayor proporción de familias con estas particulares agrupaciones de factores de vulnerabilidad, se da entre las que tienen a una mujer como líder, agudizando el impacto que tiene la presencia de estas dimensiones en la situación de vulnerabilidad de la familia. Familias que cuentan con un solo integrante adulto, integrantes que requieren de cuidado y atención, y baja escolaridad del jefe de familia, presentan bajos ingresos potenciales, encontrando grandes dificultades para mantener o evitar que disminuya su bienestar. En el marco de una estructura de oportunidades que ofrecería escasa oferta para cuidado de dependientes, este tipo de familias enfrentarían especiales dificultades para encontrar un trabajo flexible, acorde a su realidad.

El análisis de esta concentración de variables refleja el desafío al que se enfrentan estas mujeres, que además de llevar la responsabilidad de liderar familias con situaciones de profunda vulnerabilidad, lo tienen que hacer en una sociedad que impone barreras al acceso a las oportunidades del entorno en función de su género.

Esfuerzos como el Bono al Trabajo a la Mujer, que es parte de la oferta que se disponibiliza para estas familias y que busca intervenir el mercado del trabajo, incentivando la contratación de mujeres pertenecientes a entornos vulnerables, son necesarios y han demostrado impactar en forma positiva la inserción laboral de la mujer (Hench & Troncoso, 2013). Pero se hace necesario identificar iniciativas específicas para la situación de estas familias, donde por la concentración de diferentes factores que inciden sobre su situación de vulnerabilidad, se hace especialmente difícil acceder a fuentes estables de ingreso.

De esta forma se identifican desafíos respecto al trabajo con familias con jefatura femenina, que el programa debiese enfrentar:

- **Evitar la sobrecarga en las familias monoparentales donde no hay más adultos, especialmente cuando la jefatura es llevada por una mujer.** Reconociendo que en muchos de los hogares con jefatura femenina no existen otros adultos que puedan hacerse cargo de las responsabilidades del hogar y proveer de recursos monetarios para satisfacer las necesidades de la familia, se identifica la necesidad de definir trayectorias específicas, o flexibilizar los parámetros de intervención de las actuales, para evitar la sobrecarga de las jefas de familia, que además de cumplir con su rol con el hogar, deben hacerse cargo del proceso de intervención del Apoyo Social y el Apoyo laboral.
- **Explorar alternativas de cuidado de dependientes, con especial foco en familias monoparentales con jefatura femenina.** Estos hogares presentan dificultades especiales para conseguir ingresos autónomos suficientes para mantener a la familia fuera de la situación de extrema pobreza, debido a la inversión de tiempo en el cuidado de los integrantes que requieren de atención especial. Además, existen posibles gastos asociados a las necesidades especiales del dependiente que deben ser solventados por la familia.
- **Desarrollar modalidades específicas de intervención para familias que concentran diferentes dimensiones de vulnerabilidad, que impiden que inicien procesos de promoción basados en el desarrollo de recursos.** La existencia de familias que presentan constelaciones de dimensiones de vulnerabilidad, haciendo necesaria la activación de procesos promocionales, donde se realice una contención a la situación de extrema vulnerabilidad, y se les prepare para participar de un proceso promocional.
- **Explorar las experiencias de la pobreza de estas mujeres jefas de familias, con constelaciones particulares de dimensiones de vulnerabilidad.** Conocer cuáles son los impactos en la vida cotidiana y las estrategias desarrolladas para mantener o evitar la disminución del bienestar de sus familias, permitirá el desarrollo de respuestas específicas a sus necesidades.

La información obtenida con esta caracterización, permite detectar brechas existentes para estas familias respecto de su participación del programa, sobre todo en cuanto a la inclusión de la mujer en el mercado laboral, en los casos en que no existen otros adultos en el hogar que compartan las responsabilidades de la jefatura de la familia. Los desafíos planteados muestran rutas para disminuir estas barreras que enfrentan las familias lideradas por una mujer, definiendo pasos claros que permitirán avanzar en ofrecer un programa a la medida de las necesidades de las familias más vulnerables, especialmente aquellas donde es la mujer quien lleva todas las responsabilidades.

INGRESO ÉTICO FAMILIAR

La presente caracterización ayuda a subsanar la brecha de género de no contar con información específica que permita identificar barreras para la atención, relativas al género, y tomar decisiones respecto de la metodología de intervención del programa. Los desafíos identificados reafirman la decisión de desarrollar una metodología que ofrezca una estructura de trabajo flexible a las necesidades de las familias, según la particularidad de su vulnerabilidad. Atender a estos desafíos responde a la necesidad de crear un sistema que aprenda de sí mismo, generando experiencias que le permitan mejorar su respuesta a las familias que atiende.

BIBLIOGRAFÍA

CASEN. (2009). *Jefatura Femenina en Hogares Monoparentales*. Recuperado el 2013, de http://centrodelafamilia.uc.cl/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=1456&Itemid=

CASEN. (2011). *Mujeres, Pobreza y Trabajo*. Recuperado el 2013, de http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/layout/doc/casen/publicaciones/2011/CASEN_Mujeres_pobreza_y_Trabajo.pdf

CEPAL-UNIFEM . (2004). *Entender la pobreza desde la perspectiva de genero*. Santiago de Chile: Naciones Unidas.

Henoch, P., & Troncoso, R. (2013). *Transferencias Condicionadas en Chile: Una Positiva Evaluación del Programa Ingreso Etico Familiar*. Recuperado el 2013, de <http://www.lyd.org/estudios/estudios-lyd/serie-informe-social/2013/03/siso-139-transferencias-condicionadas-en-chile-una-positiva-evaluacion-del-programa-ingreso-etico-familiar/>

Kaztman, R. (2000). *Notas sobre la medición de la vulnerabilidad social*. Recuperado el 2013, de <http://www.eclac.cl/deype/mecovi/docs/taller5/24.pdf>

MIDEPLAN. (2009). *Estrategia de Apoyo Diferenciado a Familias Monoparentales con Jefatura Femenina*.

PNUD. (2007). *Nota técnica Genero y Pobreza*. Recuperado el 2013, de http://www.pnud.org.co/img_upload/196a010e5069f0db02ea92181c5b8aec/nota%20genero%20y%20pobreza.pdf

ANEXO Nº004

C. La Mujer y la Salud

Registro de abortos año 2011

Mujeres de 10 a 19 años	Mujeres de 20 a 44 años	Mujeres más de 45 años	Muertes Maternas por aborto	Total
3.387	26.996	477	8	30.868

Fuente: Ministerio de Salud

Nacidos vivos año 2012

Nacidos vivos	Nacidos vivos madres adolescentes	Madres adolescentes 15 - 19 años	Madres adolescentes 10 - 14 años
241.775	34.900 (14.42%)	34.026 (14,5%)	874 (0,36%)

Fuente: Ministerio de Salud

ANEXO N°05

C. La Mujer y la Salud

“Orientaciones técnicas para las mujeres que presentan un aborto y otras pérdidas reproductivas”

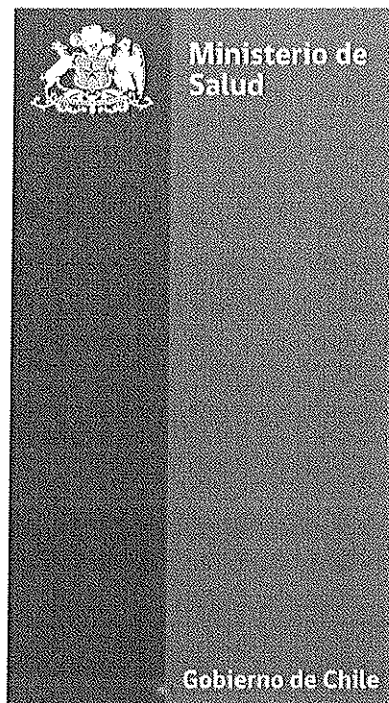


Ministerio de
Salud

ORIENTACIONES TÉCNICAS

Gobierno de Chile

**Para la atención integral
de mujeres que presentan
un aborto y otras
pérdidas reproductivas**



**Orientaciones técnicas para la
atención integral de mujeres que
presentan un aborto y otras pérdidas
reproductivas**

2011



Grupo de Trabajo

Dr. Guillermo Galán.	Profesor Asistente de Obstetricia y Ginecología de la Universidad de Chile, Docente de la Escuela de Obstetricia y Puericultura de la USACH, docente de la Escuela de Obstetricia y Puericultura de la Universidad Mayor. Miembro de la SOCHOG y FACOG. Ex presidente de APROFA y antiguo voluntario de la IPPE.
Dr. Ramiro Molina Cartes	Profesor Titular Facultad Medicina, Universidad de Chile. Director del posgrado en Ginecología Pediátrica y de la Adolescencia. Director del Examen internacional de IFEPAG.
Dr. Marco Clavero	Médico Jefe del Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital San José. SSMN
Dr. René Castro S	Médico Gineco Obstetra
Dr. Eghon Guzmán	Asesor Programa Salud de la Mujer MINSAL. Chair de la Sección Chilena del Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG). Ex Presidente de la Sociedad Chilena de Obstetricia y Ginecología (SOCHOG) y de la Sociedad Chilena de Ultrasonografía en Medicina y Biología (SOCHUMB).
Mat. Patricia Godoy	Unidad de Ginecología Hospital Sótero Del Río
Dr. Alfredo M. Germain	Director Centro Especializado Vigilancia Medicina Materno-Fetal (CEVIM) Unidad de Medicina Materno-Fetal Departamento de Obstetricia y Ginecología Clínica Las Condes
Mat. Miriam González O	Programa Salud de la Mujer. Dpto. Ciclo Vital MINSAL Magíster en Salud Pública
Dra. Mónica Kimelman	Profesora Asociada Facultad de Medicina Universidad de Chile. Experta en Salud Mental y Psiquiatría Perinatal
Dra Carmen López S.	Médica Psiquiatra
Dr. Carlos Ramírez	Médico Gineco Obstetra Hospital San Juan De Dios
Ps. Sandra Ramírez	Centro de Atención de la Mujer. Hospital San Juan de Dios
Mat. Anita Roman M.	Presidenta del Colegio de Matronas de Chile
Dr. Sergio Silva	Jefe Unidad de Ginecología Hospital Sótero Del Río. Profesor Auxiliar Asociado de la Escuela de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile
Dra. Sylvia Santander R.	Jefa del Departamento de Ciclo Vital. Encargada Nacional del Programa de Adolescentes y Jóvenes . DIPRECE. MINSAL
Dr. Fernando Troncoso	Jefe de la Unidad de Ginecología del Hospital Padre Hurtado. Profesor de la Universidad del Desarrollo y Miembro del Dpto. de Gineco-obstetricia de la Clínica Santa María.

Orientaciones técnicas para la
atención integral de mujeres que
presentan un aborto y otras pérdidas reproductivas

ISBN: 978-956-348-006-1

Índice

Prólogo	5
1. Marco Conceptual	7
2. Principios que orientan la atención a mujeres que presentan una Pérdida Reproductiva	9
3. Epidemiología.	11
4. Recomendaciones para el manejo de los aspectos biomédicos del Aborto	19
4.1. Amenaza de aborto	19
4.2. Síntomas de aborto	19
4.3. Aborto inevitable	19
4.4. Aborto en evolución	21
4.5. Aborto incompleto	22
4.6. Aborto completo	22
4.7. Aborto retenido	23
4.8. Aborto con DIU	23
4.9. Aborto Inducido	24
4.10. Enfermedad trofoblástica	28
4.11. Pérdida reproductiva recurrente	30
4.12. Embarazo ectópico	31
4.13. Muerte fetal	37
5. Recomendaciones para la acogida, detección y derivación por condiciones psicosociales de riesgo	41
5.1. Acogida	41
5.2. Detección de condiciones psicosociales de riesgo	43
5.3. Conducta a seguir cuando se detecta riesgo psicosocial	44
6. Muerte perinatal: aspectos emocionales del duelo	48
6.1. Duelo patológico	48
6.2. Diagnóstico antenatal de malformaciones fetales	49
7. Pérdida reproductiva sin complicaciones significativas	50
8. Pérdida reproductiva con complicaciones	51
9. Recomendaciones para el alta de una paciente con pérdida reproductiva	51
10. Referencias	55
11. Anexo	57

Norma General Técnica N° 119

**“Orientaciones técnicas para la atención integral de las mujeres
que presentan un aborto y otras pérdidas reproductivas”.**

Ministerio de Salud

Subsecretaría de Salud Pública

Resolución Exenta N° 264

Departamento de Asesoría Jurídica

Santiago, 3 Mayo 2011

Prólogo

En las actuales políticas del Ministerio de Salud, la atención en salud sexual y reproductiva, implica ofrecer a las personas el acceso a un continuo de servicios que respondan a las necesidades de cada etapa de su ciclo vital. La pérdida de una gestación en curso, es una condición que se presenta en algunas mujeres y consideramos que es muy importante asegurar que los servicios técnicos otorgados a las mujeres que consultan por esta razón sean de calidad, así como es relevante que estos servicios cuenten con consideraciones éticas, interculturales y de género que aseguren el respeto a los derechos de las personas.

Hasta ahora, en el país, la atención de las mujeres que presentaban complicaciones por una pérdida reproductiva, ha sido asumida con enorme responsabilidad por los profesionales que la realizaban, por lo que es muy importante que estas intervenciones sean respaldadas por recomendaciones técnicas actualizadas, basadas en evidencia, que puedan asegurar su calidad, el respeto a los derechos y un trato digno a las mujeres. Estas Orientaciones Técnicas, constituyen un avance importante en los esfuerzos por responder a las necesidades de todas las personas en el marco de sus derechos en salud.

El documento de recomendaciones, está dirigido a todos los profesionales y técnicos que se desempeñan, en los servicios de gineco - obstetricia de la red sanitaria pública y privada. Se ha logrado luego de un importante trabajo colaborativo de profesionales médicos gineco-obstetras, psiquiatras, matronas, psicólogas, cuyo esfuerzo ha permitido sistematizar lo más reciente del conocimiento científico, en cuanto a las acciones pertinentes de desarrollar en el ámbito de la pérdida reproductiva, así como también, la capacidad del sistema sanitario chileno para implementarlas. Estos profesionales son merecedores del reconocimiento y agradecimiento del Ministerio de Salud y de todas aquellas personas que se beneficiarán de su aplicación.

Las políticas sanitarias, los avances de la ciencia y el desarrollo científico, han permitido que en el país mueran muy pocas mujeres por causa obstétrica, por lo que el desafío presente no es sólo salvar la vida como lo fue hasta hace algunas décadas, sino que también evitar secuelas, en las mujeres que presentan una pérdida reproductiva.

Más allá de cumplir eficientemente esas responsabilidades, la atención de salud debe responder a las necesidades, expectativas y derechos de las mujeres de hoy, para quienes una pérdida reproductiva puede significar un duelo, por la frustración de un proyecto de maternidad o ser expresión de que las condiciones en que viven las exponen a violencia, a insuficiente control de su actividad sexual y/o dificultades en el acceso a servicios de regulación de la fertilidad. La importancia que hoy se otorga en la atención de salud a los determinantes sociales que subyacen en los problemas de salud y a los aspectos psicológicos involucrados, se basa, tanto en la evidencia científica de su importancia para el pronóstico y tratamiento, como en el mayor conocimiento y conciencia que tiene la ciudadanía de sus derechos.



Jaime Mañalich Muxi

Ministro de Salud

Marco Conceptual

1

El Estado de Chile reconoce que todas las personas tienen derecho a la salud y ha suscrito, ante la comunidad internacional, múltiples compromisos en el ámbito de la atención de las mujeres que presentan complicaciones de una pérdida reproductiva.

En 1994, la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo de las Naciones Unidas, estableció que “En todos los casos, las mujeres deben tener acceso a servicios de calidad para la atención de las complicaciones que se deriven del aborto o pérdida reproductiva. La orientación, educación y los servicios de planificación familiar post-aborto se deben ofrecer oportunamente, lo que también debería ayudar a evitar las pérdidas reproductivas.

El Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer¹, en agosto de 2006, “recomendó al Estado de Chile que dé acceso a servicios de calidad para tratar las complicaciones derivadas de abortos inseguros y reduzca las tasas de mortalidad materna por esta causa, de conformidad con la recomendación general 24, relativa a la mujer, la salud, la Declaración y Plataforma de Acción de Beijing”.

En las actuales políticas del Ministerio de Salud, la atención en salud sexual y reproductiva implica ofrecer a las personas el acceso a un continuo de servicios que respondan a las necesidades de cada etapa de su ciclo vital. La pérdida de una gestación en curso es una condición que se presenta en algunas mujeres y que forma parte de la oferta de servicios en salud sexual y reproductiva. Es importante, por lo tanto, asegurar la calidad de estos servicios en sus aspectos técnicos e incorporar en éstos las consideraciones éticas, interculturales y de género que aseguren el respeto a los derechos de las personas.

Existe evidencia de que algunas condiciones de vida de las mujeres se asocian a una mayor probabilidad de presentar pérdidas reproductivas y también de sufrir complicaciones e, incluso, morir a causa de un aborto. Estos determinantes sociales son los que explican, en general, las desigualdades en el nivel de salud de los distintos grupos de población. Los más importantes son el nivel socioeconómico bajo, el bajo nivel educativo, la edad temprana, la falta de acceso a servicios de regulación de la fertilidad, la cultura machista con aceptación de la subordinación de la mujer y la violencia de género.

El ámbito de estas recomendaciones es más amplio que la definición de aborto que propone la Organización Mundial de la Salud: “interrupción del embarazo sea espontánea o inducida antes de las 22 semanas o 500 gramos de peso fetal”.

¹ Naciones Unidas CEDAW/C/CHI/CO/4 - “Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer”

El concepto de pérdida reproductiva comprende no sólo aquella que no culmina en el nacimiento de un nuevo ser humano por su interrupción prematura, sino que también, cuando el feto muere antes, durante el parto y post parto.

Por lo tanto, es aplicable a la atención de las mujeres que están viviendo una pérdida reproductiva en cualquier edad gestacional: las que presentan un aborto (antes de las 22 semanas de gestación), aquellas en las que se comprueba la muerte fetal antes del término y quienes son madres de un/a recién nacido que fallece poco después del parto.

Es importante mencionar el embarazo ectópico, un tipo de pérdida reproductiva en la que se suma al término de la gestación la incertidumbre acerca de la fertilidad futura, especialmente cuando se pierde parte de los órganos reproductivos.

Cada una de estas situaciones merece una forma particular de atención en los aspectos médicos y también de apoyo a entregar a la mujer que vive esta pérdida, de acuerdo a quién es y a sus propias e individuales circunstancias.

En síntesis, en las presentes orientaciones el concepto de pérdida reproductiva involucra todas las situaciones en que una gestación no da inicio a un proceso de crianza, que se hará cargo de la nueva persona hasta que ésta se convierte en un ciudadano o ciudadana. Asumen también que cada mujer vive con un significado diferente cada una de sus gestaciones y cada pérdida reproductiva y por lo tanto, reacciona a ella de forma diferente y la integra de forma distinta a su proyecto de vida y su existencia y se refieren tanto al manejo de los aspectos biomédicos como de los aspectos psicosociales involucrados en una pérdida reproductiva.

Principios que orientan la atención a mujeres que presentan una pérdida reproductiva

2

Estos principios se basan en el reconocimiento de los derechos, creencias, valores, percepciones, actitudes individuales y las características propias de la cultura a la que pertenecen las mujeres que son atendidas por una pérdida reproductiva:

- a) Respeto a la autonomía y el derecho de las personas a tomar decisiones en salud sexual y reproductiva. Esto implica por parte del equipo médico no emitir juicios ni opiniones valóricas acerca de los comportamientos de la paciente y por otro, entregar toda la información, actualizada e imparcial que le permita en el futuro tomar las mejores decisiones para el autocuidado de su salud y no verse nuevamente en la misma condición de riesgo. La persona debe percibirse y ser percibida como protagonista del proceso de atención.
- b) Respeto a la dignidad, privacidad y confidencialidad que requiere todo acto médico. Asumir que la entrega de información de parte de las personas atendidas es siempre voluntaria. Debe preguntarse aquello que es necesario para el diagnóstico y manejo clínico del problema de salud que presenta la persona y respetar la negativa a entregar información, explicando la importancia clínica de contar con ésta. La confidencialidad está respaldada por el ordinario N° 1675 de abril de 2009 dirigido a los Directores de Servicios del País y firmado por el Ministro de Salud.
- c) Derecho a una atención profesional en que exista competencia técnica de los y las proveedores/as de servicio. Quienes prestan atención deben tener los conocimientos necesarios y manejar técnicas correctas y actualizadas relacionadas con todos los procedimientos que realizan o que planean incluir en la atención. Deben conocer y manejar técnicas de comunicación que les permitan entregar en forma óptima la información y tener una comunicación efectiva con las personas que atienden. De no haber dichas competencias en algunas áreas, se deberá solicitar la concurrencia de personas con más conocimiento y habilidades, es decir, se debe optimizar la competencia con un trabajo en equipo.

- d) La atención de mujeres que han presentado una pérdida reproductiva debe ser oportuna, integral y multidisciplinaria en lo que respecta a salud sexual y reproductiva, debe incluir atención post-parto, consejería en salud sexual y reproductiva, regulación de la fertilidad, prevención de enfermedades de transmisión sexual y ginecológica.
- e) Condiciones de infraestructura y tiempo que permitan entregar una atención que cumpla con las condiciones anteriores.

Epidemiología de la pérdida reproductiva

3

A continuación, se describe la epidemiología de las pérdidas reproductivas y de los problemas de salud mental en las mujeres que las presentan.

Tabla 1: Egresos hospitalarios por embarazo terminado en aborto (O00–O08), Chile 2008

Código CIE-10	Embarazo terminado en aborto(O00–O08)	2.008	
		Nº	%
	TOTAL	33.428	100
000	Embarazo Ectópico	3543	10,6
001	Mola hidatiforme	260	0,8
002	Otros productos anormales de la concepción	13396	40,1
003	Aborto espontáneo	4779	14,3
004	Aborto médico	0	0,0
005	Otro aborto	222	0,7
006	Aborto no especificado	11070	33,1
007	Intentos fallidos de aborto	35	0,1
008	Complicaciones consecutivas al aborto, al embarazo ectópico y al embarazo molar	123	0,4

Fuente: DEIS-MINSAL

Embarazos terminados en aborto

El año 2008, de un total de 319.856 egresos hospitalarios por embarazo, parto y puerperio, los egresos por embarazo terminado en aborto representan el 10,5% (33.428). De éstos, los más frecuentes fueron, Otros productos anormales de la concepción (40,1%), aborto no especificado (33,1%), aborto espontáneo (14,3%). Tabla 1

Tabla 2: Egresos Hospitalarios debidos a Embarazo Ectópico. Chile 2008

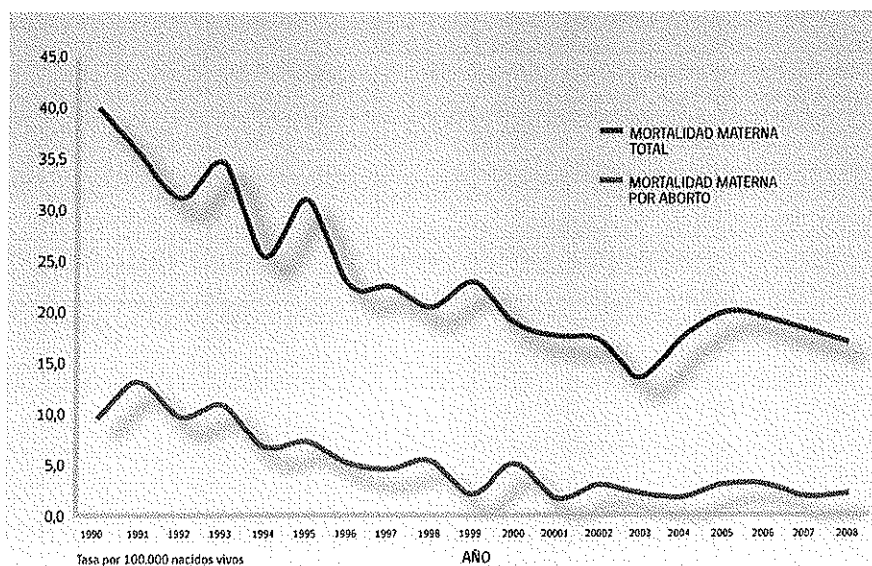
Código CIE-10	Causa	2.008	
		N°	%
000	Embarazos Ectópicos	3543	100%
000.0	Embarazo abdominal	63	1,8%
000.1	Embarazo tubario	1603	45,2%
000.2	Embarazo ovárico	56	1,6%
000.8	Otros embarazos ectópicos	113	3,2%
000.9	Embarazo ectópico no especificado	1708	48,2%

Fuente: DEIS MINSAL

El año 2008, el 11,1 % del total de egresos hospitalarios por embarazo, parto y puerperio, correspondieron a egresos por embarazo ectópico, de estos, el 48,2% corresponde a embarazo ectópico no especificado y el 45,2 % a embarazo tubario (Tabla 2).

Mortalidad Materna

La mortalidad materna ha descendido en forma progresiva desde 1990, con una tasa de 40,0 por 100.000 nacidos vivos a 16,5 al año 2008. La mortalidad por aborto, también ha descendido de 9,4 a 2,0 por 100.000 nacidos vivos en el mismo período, con algunas variaciones intermitentes. Esta disminución es debido principalmente a un acceso amplio y gratuito a métodos de planificación familiar. Ver gráfico N° 1.

Gráfico 1: Mortalidad materna y por aborto, Chile 1990-2008

Fuente: DEIS

Tabla 3: Defunciones y Tasa¹ de Mortalidad Fetal según causa. Chile 2006 -2009

Código CIE-10	Descriptor	2006		2007		2008		2009	
		Def.	Tasa	Def.	Tasa	Def.	Tasa	Def.	Tasa
	Total	2.124	8,65	2.165	8,86	2.165	8,64	2.252	8,80
D18.-	Hemangioma y linfangioma de cualquier sitio	18	0,07	16	0,07	20	0,08	21	0,08
D480	Tumor de comportamiento incierto o desconocido del hueso y cartilago articular	0	0,00	0	0,00	2	0,01	1	0,00
P00.-	Feto y RN afectados por condiciones de la madre no necesariamente relacionadas con el embarazo presente	95	0,39	108	0,44	110	0,44	102	0,40
P01.-	Feto y RN afectados por complicaciones maternas del embarazo	227	0,92	314	1,29	274	1,09	294	1,15
P02.-	Feto y RN afectados por complicaciones de la placenta, del cordón umbilical y de las membranas	435	1,77	559	2,29	606	2,42	669	2,61
P03.-	Feto y RN afectados por otras complicaciones del trabajo de parto y del parto	8	0,03	10	0,04	8	0,03	6	0,02
P059	Retardo del crecimiento fetal, no especificado	15	0,06	10	0,04	21	0,08	9	0,04
P209	Hipoxia intrauterina, no especificada	348	1,42	458	1,85	504	2,01	572	2,24
P241	Aspiración neonatal del líquido amniótico y de moco	0	0,00	0	0,00	2	0,01	1	0,00
P35-P39	Infecciones específicas del período perinatal	6	0,02	8	0,03	11	0,04	18	0,07
P70.-	Trastornos transitorios del metabolismo de los carbohidratos específicos del feto y del recién nacido	10	0,04	17	0,07	20	0,08	32	0,13
P832	Hidropesía fetal no debida a enfermedad hemolítica	26	0,11	35	0,14	34	0,14	36	0,14
P95X	Muerte fetal de causa no especificada	744	3,03	403	1,65	301	1,20	204	0,80
Q00-Q07	Malformaciones congénitas del sistema nervioso	23	0,09	22	0,09	22	0,09	30	0,12
Q20-Q28	Malformaciones congénitas del sistema circulatorio	18	0,07	21	0,09	19	0,08	25	0,10
Q60-Q64	Malformaciones congénitas del sistema urinario	3	0,01	13	0,05	8	0,03	10	0,04
Q65-Q79	Malformaciones y deformidades congénitas del sistema osteomuscular	12	0,05	14	0,06	12	0,05	6	0,02
Q80-Q89	Otras malformaciones congénitas	67	0,27	80	0,33	93	0,37	105	0,41
Q90-Q99	Anomalías cromosómicas, no clasificadas en otra parte	56	0,23	69	0,28	81	0,32	98	0,38
	Resto de causas	13	0,05	8	0,03	17	0,07	13	0,05

¹Tasa por 1.000 Nacidos DEIS MINSAL.

Mortalidad Fetal

Entre los años 2006 a 2009, las tasas más altas se presentan por: feto y RN afectados por complicaciones de la placenta, del cordón umbilical y de las membranas (1,77 - 2,61); hipoxia intrauterina, no especificada (1,42 - 2,24); feto y RN afectados por complicaciones maternas del embarazo (0,9 - 1,15), muerte fetal de causa no especificada (3,03 - 0,80); malformaciones congénitas: sistema nervioso, circulatorio, urinario, osteomuscular y otras (0,49 - 0,69), por 1.000 nacidos vivos.

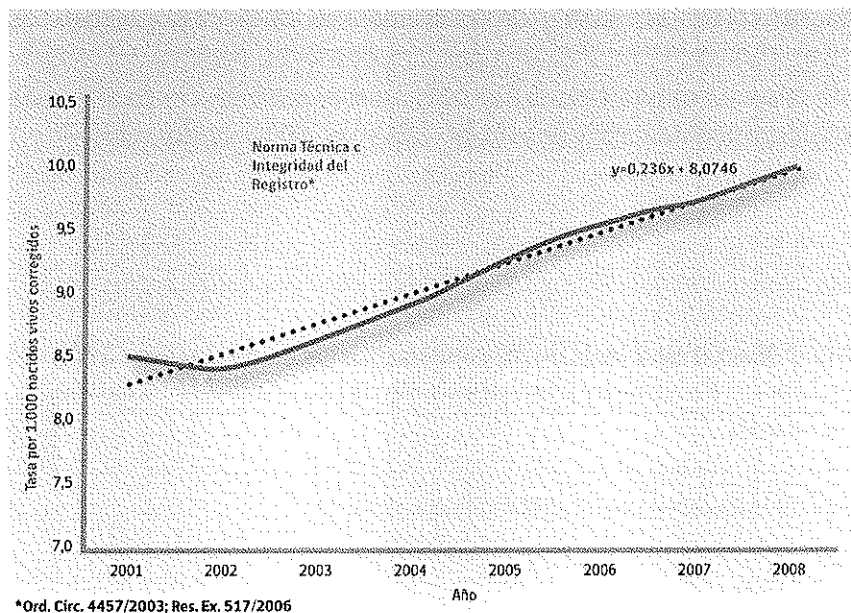
Tabla 4: Mortalidad fetal de 36 y más semanas de gestación - 2008 -DEIS

Fetos 36 y más semanas	Nº	%
Complicaciones de la placenta, cordón umbilical y membranas	163	41
Hipoxia no especificada	110	28
Malformaciones congénitas	43	11
Otras causas	24	6
Causa no especificada	34	9
Madre con diabetes y diabetes gestacional	11	3
RCIU	7	2
Complicaciones del T de P y Parto	4	1
Total	396	100

En la tabla 4, se presentan las causas de muerte fetal de 36 sem. de gestación y más, siendo la principal causa las complicaciones de la placenta, cordón umbilical y membranas, seguida por la hipoxia no especificada, malformaciones congénitas, etc.

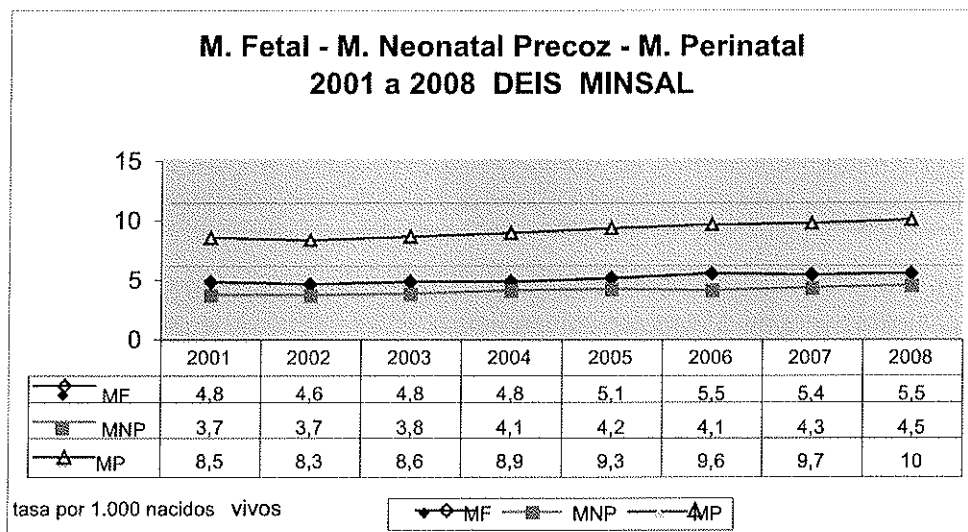
Mortalidad Perinatal

Gráfico 2: Mortalidad Perinatal, Chile 2001-2008



La tasa de Mortalidad Perinatal presenta un aumento a partir del año 2003, con la implementación de la Norma de Integridad del Registro de las Muertes Fetales e Infantiles (Res. Exenta N° 517 del 21.06.2000). La velocidad de crecimiento de la tasa es 0,24 por 1.000 por año. Desde el año 2005 al 2008, se observa un aumento gradual de 9,29 a 9,97 por 1.000 nacidos vivos corregidos.

Gráfico 3: MF-MNP-MP , Chile 2001-2008



Las tasas de mortalidad fetal, neonatal precoz y perinatal aumentan gradualmente entre los años 2001 y 2008.

Entre las causas asociadas a pérdida reproductiva, se encuentra la sífilis no tratada. El diagnóstico de sífilis en embarazadas constituye una urgencia médica, pues se trata de una enfermedad infecciosa sistémica transmisible.

Riesgo de contagio durante la gestación*:

- 50% - 90% en Sífilis Primaria y Secundaria.
- 40% -80% en Sífilis Latente Precoz.
- < 30% en Sífilis Latente Tardía.

Si el diagnóstico y tratamiento de la embarazada no se realiza de manera oportuna, los resultados esperados son: aborto en el 25% de los casos; mortinato en el 25% de los casos.

La tasa de Sífilis en embarazadas es 7,0 por 100.000 mujeres en edad fértil año 2010. La tasa de Sífilis congénita es de 0,25 por 1.000 nacidos vivos año 2010.

Pérdida reproductiva y salud mental

A partir de los años 70, el impacto que un aborto puede tener en la salud mental de las mujeres ha sido profusamente estudiado. Los estudios no sólo no son concluyentes, sino que arrojan resultados contradictorios.

Sin embargo, la opinión de las asociaciones médicas más prestigiosas, incluyendo la de la Asociación Americana de Psicología, concuerdan en que no existen bases suficientes para definir un "síndrome post aborto", incluso en la mayoría de los estudios se comprueba que la depresión es menos frecuente en período post aborto que en el post parto.

También, existe coincidencia de que el período de mayor angustia es el que precede a la pérdida reproductiva. Las reacciones negativas severas son raras, aunque muchas mujeres pueden experimentar remordimiento, tristeza o culpabilidad, la mayoría de las mujeres siente alivio.

*Norma Técnica 103: Manejo, tratamiento de infecciones de transmisión sexual (ITS)

El indicador principal del bienestar de una mujer después de tener un aborto, sin importar raza o religión, es el nivel de bienestar antes del inicio de la gestación.

Las reacciones psicológicas a una pérdida reproductiva, cuando se trata de una gestación no deseada, deben ser consideradas en comparación con el impacto psicológico de otras maneras de resolver la situación (maternidad impuesta o decidir por la adopción). La tensión asociada es habitualmente aguda y transitoria, aunque muchas mujeres siguen preocupándose acerca del destino del niño o niña.

En la interrupción voluntaria del embarazo, se observa que las emociones referidas retrospectivamente en las narrativas de la mujer, están estrechamente ligadas a la existencia y calidad de la interacción con el bebé o feto. Los sentimientos de pérdida surgen sólo si hay apego previo.

En ausencia de vinculación materno - fetal persistente durante las primeras semanas de gestación, la interrupción del embarazo por decisión de la mujer, no tiene secuelas. En casos de vinculación ambivalente, la interrupción del embarazo alivia inicialmente y culpabiliza posteriormente, evolucionando a menudo hacia duelos patológicos. Por lo cual, en países en que el aborto voluntario es legal, la entrevista psicológica forma parte del protocolo de atención.

Las presiones socioculturales que asignan una fuerte connotación negativa a la decisión de renunciar a la crianza del futuro niño o niña, se asocian a una mayor probabilidad de reacciones emocionales negativas.

Los problemas de salud mental más importantes ocurren con mayor frecuencia en mujeres que presentaban problemas de salud mental previos a la gestación, en las que decidieron tener el aborto bajo presión externa, y en las que tuvieron el aborto en circunstancias desfavorables.

Es importante señalar, que los eventos estresantes juegan un rol importante en las pérdidas reproductivas en el primer trimestre del embarazo y dan cuenta de prematurez y bajo peso. La gran frecuencia de eventos estresantes en las familias chilenas tales como stress en el trabajo, tensión en la familia, cesantía, jornada laboral intensa en el primer trimestre, depresión, violencia intrafamiliar y social, abuso de alcohol y drogas, etc., hacen imprescindible una detección temprana para prevenir abortos y patologías del embarazo y el feto por esta contribución.

Recomendaciones específicas para la atención de una mujer con pérdida reproductiva

4

Aborto

4.1 Amenaza de Aborto

Definición: embarazada que presenta contracciones uterinas dolorosas.

Diagnóstico: dolor en hipogastrio irradiado a región sacra, de tipo cólico que se repite con intervalos de 10 a 30 minutos.

Manejo:

- No hospitalizar.
- Tranquilizar y contener emocionalmente
- Detectar eventos estresantes
- Reposo en cama en decúbito lateral.
- Abstinencia sexual mientras persistan las molestias.
- En caso de dolor se debe preferir el uso de antiespasmódicos orales.

4.2 Síntomas de Aborto

Definición: Igual que amenaza de aborto, pero con sangrado de cuantía variable, aunque menor o igual a una menstruación.

Diagnóstico: dolor con las características descritas en amenaza de aborto, más la comprobación que el sangrado es a través del orificio cervical externo (OCE), a través de visión con espéculo.

Manejo:

- No hospitalizar.
- Reposo en cama en decúbito lateral.
- Abstinencia sexual mientras dure el sangrado.
- Ecografía.
- Control médico y ecográfico a la semana.

4.3 Aborto Inevitable

Definición: embarazo con pronóstico ominoso, pero que no terminará necesariamente en un aborto.

Los criterios de inevitabilidad son los siguientes:

- Cuello dilatado, mayor que lo esperable para la paridad de la paciente.
- Huevo roto.
- Huevo infectado.
- Desprendimiento ovular.
- Metrorragia importante.

Diagnóstico:

- **Cuello dilatado:** se puede comprobar por el tacto vaginal o en ocasiones mediante ecografía transvaginal. La visión con espéculo, no siendo un método muy efectivo, puede servir cuando la dilatación cervical es importante, sobre 2 cms.
- **Huevo roto:** información por anamnesis de la pérdida de líquido claro por genitales y/o visualización por especuloscopia. Confirmar por medio de ecografía la ausencia o disminución del líquido ovular.
- **Huevo infectado:** paciente generalmente con huevo roto que presenta fiebre no atribuible a otra causa. Puede haber antecedente de maniobras o coito dentro de las 48 a 72 hrs. previas. Al examen a veces se observa flujo vaginal a través del OCE, que puede tener mal olor o aspecto purulento. Amniocentesis: si se obtiene líquido, se observan bacterias al Gram, recuento de leucocitos $> 50 \times \text{mm}^3$, y una glucosa menor de 30 mg %.
- **Desprendimiento ovular:** útero aumentado de consistencia, a veces aumentado de tamaño, muy doloroso a la palpación, con metrorragia importante o moderada, cuello acortado y sin dilatación. Todo ello se describe como "útero en trompo sin púa".
- **Metrorragia importante:** en este caso, el sangrado es descrito por la paciente como mayor que el de una menstruación normal, que puede incluso escurrir por las piernas, a veces con coágulos.

Manejo:

- **Hospitalización.**
- **Cuello dilatado:** si tiene contracciones uterinas dolorosas, esperar trabajo de aborto espontáneo en las primeras 6 a 24 horas, y luego evaluar ecográficamente por si el embarazo sigue indemne o se visualizan restos ovulares. Alta en caso de descartarse infección, comprobar embrión vivo y si el sangrado es escaso o nulo.
- **Huevo roto:** con embarazos $<$ de 25 semanas y embrión vivo, hospitalizar durante 5 a 7 días para estudiar y descartar infección. Si hay sospecha de infección, aparece fiebre o signos evidentes de infección, solicitar Hemograma - VHS y PCR. De confirmarse, deben ser tratadas con antibióticos y hospitalizadas. Las pacientes deben ser instruidas previo al alta sobre la necesidad de consultar en urgencia si presentan fiebre, metrorragia, contracciones o expulsión de flujo amarillento con o

sin mal olor. Se deberán controlar en forma ambulatoria cada dos semanas hasta las 24 semanas, realizándose ecografía en cada control. Al cumplir las 25 semanas se deben controlar en Policlínico de Alto Riesgo Obstétrico o derivar a Embarazo Patológico.

- ❖ **Huevo infectado:** tratamiento antibiótico por 7 días. Alternativas:
 - Metronidazol más Ceftriazona (como primera línea): Metronidazol 500 mg c/6 hrs. vía oral por 7 días y Ceftriazona 1 gr. iv. diario por 5 a 7 días.
 - Clindamicina 600 mg c/6 u 8 hrs vía ev + Gentamicina 3 - 5 mg/Kg im en una dosis diaria. Este esquema se usa por tres días, después de lo cual se suspende la Gentamicina y se continúa sólo con Clindamicina hasta completar siete días.
 - Amoxicilina-Acido Clavulánico (500 mg-125 mg) cada 8 horas vía oral.
 - Ampicilina 500 mg a 1 gr. c/6 hrs. (oral o ev. respectivamente) por siete días + Gentamicina 3-5 mg/Kg im en una dosis diaria durante 3 días.
 - Eritromicina 500 mg c/6 hrs. oral + Gentamicina 3-5 mg/Kg im en una dosis por siete días.

Importante: La gentamicina se debe utilizar sólo im y en una dosis diaria para evitar daño al oído o renal.

Una vez obtenida la mejoría de la paciente, se puede dar de alta con controles semanales, tanto clínico como ecográfico.

En caso de trabajo de aborto: evolución espontánea; en caso de comprobarse óbito, hospitalizar y evacuar útero (ver Aborto Retenido).

- ❖ Desprendimiento ovular: hospitalizar, realizar ecografía para evaluar vitalidad embrionaria o fetal y dejar en evolución espontánea. Administrar analgesia.
- ❖ Metrorragia importante: hospitalizar, realizar ecografía para completar diagnóstico y evaluar vitalidad fetal o embrionaria. Cuando el embarazo se ve viable, la gran causa es la placenta de inserción baja, la que se debe buscar dirigidamente en la ecografía. Dejar en evolución espontánea. Si la metrorragia cede, dar de alta con indicación de ecografía de control a la semana. Toda paciente de alta debe ser instruida cuidadosamente cuándo y por qué consultar en urgencia: contracciones uterinas dolorosas y frecuentes con o sin metrorragia, la que se considerará importante si es mayor que una menstruación.

4.4 Aborto en Evolución

Definición: embarazo no viable con contracciones uterinas dolorosas frecuentes y modificaciones cervicales: cuello borrado y con dilatación del orificio cervical interno (OCI). Pueden palparse a través de cuello partes fetales u ovulares.

Diagnóstico: fundamentalmente clínico, presencia de contracciones uterinas dolorosas, tacto vaginal y especuloscopia.

Manejo y acogida de la usuaria:

- Hospitalizar y esperar evolución espontánea.
- Contención emocional y apoyo por equipo de salud capacitado
- Mantener informada a la usuaria y familia
- Disponibilidad del obstetra para responder preguntas y dudas
- En caso de dolor, administrar Metadona 2-3 mg., de una solución de 10 mg en 10 ml de agua destilada por vía e.v.
- Una vez expulsado el producto, evaluar cuantía de la metrorragia para indicar legrado inmediato o diferido. Si quedan restos ovulares, asociado a metrorragia importante, con cuello dilatado, tratar de extraerlos, traccionando suavemente con pinzas Foester.
- Si la metrorragia no es importante, la paciente deberá ser evaluada al día siguiente clínica y ecográficamente, por la posibilidad que sea un aborto completo, con lo cual se omitiría el legrado.

4.5 Aborto Incompleto

Definición: presencia de restos ovulares o partes fetales o embrionarias en la cavidad uterina, sin contracciones uterinas.

Diagnóstico: clínicamente en una paciente que ha tenido contracciones uterinas, se ha evidenciado o relata que expulsó material compatible con restos, y al examen ginecológico se encuentra un útero de tamaño acorde al embarazo o un poco menor, pero nunca normal, cuello dilatado y metrorragia de regular a gran cuantía. La ecografía puede demostrar material abundante en cavidad, ecogénico, amorfo, heterogéneo con un diámetro AP de la cavidad de 15 o más mm.

Manejo: Hospitalización, legrado y alta al día siguiente.

4.6 Aborto completo

Definición: ausencia de restos ovulares o partes embrionarias o fetales en la cavidad uterina después de haber ocurrido la expulsión del contenido uterino.

Diagnóstico: clínicamente en una paciente que ha tenido contracciones uterinas, se ha evidenciado o relata que expulsó abundante material compatible con restos, embrión o feto, y que al examen ginecológico se encuentra un útero de tamaño normal o menor para la gestación, cuello cerrado o levemente dilatado, y metrorragia escasa o nula. Generalmente, existe el relato de la paciente que dice haber experimentado disminución del dolor y la metrorragia después de la expulsión de los tejidos ovulares. La ecografía demuestra material homogéneo o discretamente heterogéneo, pero que en general no supera los 15 mm. de diámetro anteroposterior. Recordar que el cuello uterino, en caso de aborto completo se cierra casi completamente a las 72 hrs de producido el aborto.

Manejo:

- Alta sin legrado.

- ❖ Educar acerca de posible causa de consulta por eventual metrorragia en su domicilio.
- ❖ Abstinencia sexual por dos semanas.
- ❖ Anticonceptivos.
- ❖ Control en su policlínico.

4.7 Aborto Retenido

Definición: presencia intrauterina de embrión o feto sin actividad cardíaca o un saco gestacional sin embrión.

Diagnóstico: en caso de huevo anembrionado, definido como un saco gestacional de más de 35 mm. de diámetro mayor en ecografía transabdominal, o de 18 mm en ecografía transvaginal, sin embrión en su interior, basta una ecografía para confirmar el diagnóstico. Si el saco es de menor tamaño, se necesitan dos ecografías separadas por dos semanas con las mismas características para confirmar el diagnóstico. De haber embrión presente se requiere de una medida de longitud cefalocaudal mayor de 5 mm. para certificar la ausencia de latidos cardíofetales.

Manejo:

Hospitalizar para evacuar útero. Colocar 100-200 ug de Misoprostol en el fondo de saco posterior o en el OCE, digitalmente o por visualización con espéculo. Se deben vigilar contracciones uterinas, metrorragia y posible expulsión del embrión, feto o restos ovulares. Ocasionalmente, se puede producir dolor abdominal o fiebre escasa, que no son relevantes clínicamente. Si no hubo expulsión o inicio de trabajo de aborto, repetir a las cuatro horas, hasta cuatro veces. Si no hay éxito, se puede realizar un legrado a las seis horas de colocada la última dosis de Misoprostol. Si se expulsa el producto de la gestación y la paciente no sangra en forma significativa, se realiza ecografía transvaginal. Si el endometrio tiene un grosor menor de 15 mm., se considera aborto completo y se maneja como tal.

Existe la alternativa, si la paciente lo permite, después de una buena consejería, dar de alta y dejar en evolución espontánea hasta 8 semanas, después de lo cual, no habiéndose producido el aborto, se debe practicar el vaciamiento uterino de la forma más expedita, según sean las condiciones cervicales.

4.8 Aborto con DIU

Definición: paciente portadora de un embarazo no viable, que teniendo DIU en cavidad uterina, cae en cualquiera de las categorías o tipos de aborto ya mencionados.

Diagnóstico: el diagnóstico es clínico, con la visualización o palpación de las guías del DIU, o su demostración por ecografía.

Manejo:

- ❖ Si no se dispone de ecografía en forma inmediata, en caso de síntomas o amenaza de aborto con visualización de las guías del DIU, éste simplemente se debe extraer y realizar una ecografía dentro

de las siguientes 72 horas. En caso de DIU proximal al saco, de acuerdo a las Normas Nacionales sobre Regulación de la Fertilidad, siempre que estén las guías visibles debe retirarse el DIU, si no están visibles deben buscarse en el canal cervical.

- Cuando se dispone de ecografía, se puede manejar de la siguiente manera: en pacientes con amenaza o síntomas de aborto con DIU distal al saco (cerca del orificio cervical interno) o lateral, se debe intentar retirar, siempre y cuando se vean las guías a través del orificio cervical externo (OCE). En caso de DIU proximal al saco (cerca del fondo uterino o adyacente) o que no se vean las guías, no se debe intentar retirar el DIU.
- En caso de restos de aborto con DIU, se deben indicar antibióticos según esquemas antes descritos por tres dosis y realizar el legrado, en lo posible con la primera dosis administrada por lo menos dos horas previas.
- En caso de fiebre sobre 38° C, se debe considerar como aborto séptico (ver Aborto Séptico).

4.9 Aborto Inducido

Todo embarazo no viable con evidencia o sospecha fundada de maniobras con el fin de interrumpir el embarazo, que tengan cualquiera de las características correspondientes a las diferentes etapas o tipos de aborto ya mencionados.

Diagnóstico: por ecografía y con el antecedente o sospecha fundada de maniobras.

Manejo:

- Todo embarazo en que la paciente reconozca maniobras, se debe considerar séptico e iniciar tratamiento como corresponde en esos casos (ver Aborto Séptico). Si se produce el aborto y la evolución es benigna, es decir, la paciente no presenta fiebre y los restos ovulares no son de mal olor y no hay material purulento en la cavidad uterina, se puede interrumpir el tratamiento antibiótico ya iniciado 24 horas después del legrado.
- Si el aborto no se produce, previo al alta, se debe comprobar mediante ecografía si hay vitalidad embrionaria o fetal, cantidad de líquido amniótico o aspecto del saco en el caso de embarazos pequeños sin embrión en su interior. Comprobada la indemnidad del embarazo se debe considerar como un intento de aborto frustrado. En este caso, dar de alta.

Aborto Séptico.

Definición: cualquiera de las categorías o etapas de aborto ya mencionadas que presenten fiebre sobre 38 °C en dos tomas separadas por 6 hrs. A esto se puede agregar, en algunos casos, contracciones uterinas, flujo purulento con o sin mal olor saliendo por el OCE, con o sin signos de compromiso peritoneal, miometrial o anexial. El antecedente de maniobras declaradas no es un

requisito indispensable para considerar el aborto como séptico. Todo aborto febril con DIU se debe considerar como aborto séptico con maniobras.

Diagnóstico: fundamentalmente clínico. Todo aborto con fiebre se debe considerar provocado hasta que no se demuestre lo contrario. Es importante distinguir dos tipos:

- ☉ De bajo riesgo: gestaciones de 8 semanas o menos, que tengan fiebre por menos de 24 hrs., y que no presenten signos de compromiso miometrial, anexial o peritoneal.
- ☉ De alto riesgo: gestaciones > de 8 semanas, o que tengan cualquiera de los siguientes elementos:
 - Fiebre por más de 24 hrs.
 - Signos de compromiso miometrial, anexial o peritoneal.
 - Flujo purulento por OCE con o sin mal olor.

Manejo:

Bajo riesgo:

- ☉ Hospitalizar.
- ☉ Hematocrito y recuento de blancos.
- ☉ Régimen hídrico por 6 h.
- ☉ Antibióticos:
 - Primera línea metronidazol más ceftriaxona
 - Clindamicina 20 mg/Kg en tres o cuatro dosis oral + Gentamicina 3 mg/Kg IM en una dosis diaria. Duración: 3 a 5 días.
 - Metronidazol 500 mg c/6 hrs. oral + Gentamicina 3 mg/Kg IM en una dosis diaria. Duración: 3 a 5 días.
 - Ceftriaxona 1 g/día en una dosis IV o IM. Duración: 3 a 5 días.
 - Ciprofloxacino 500 mg c/12 h oral más Metronidazol 500 mg c/6 horas por vía oral. Duración: 3 a 5 días.
- ☉ Hoja de shock horaria (pulso, presión arterial, frecuencia respiratoria y diuresis por 2 a 6 horas), dentro de las cuales debe ser reevaluada por médico para decidir si se continúa igual, se dejan controles más espaciados, o se inicia tratamiento como si fuera aborto séptico de alto riesgo.

Alto riesgo:

- ☉ Hospitalizar.
- ☉ Hematocrito, recuento de blancos, bilirrubina, orina completa. Pruebas de coagulación. Solicitar hemograma, en caso de no poder realizarse al ingreso.
- ☉ Régimen cero por 6 h.
- ☉ Antibióticos:

Primera línea:

- ☉ Clindamicina 20-40 mg/Kg en tres o cuatro dosis IV + Gentamicina 3-5 mg/Kg IM en una dosis diaria. Al tercer día de tratamiento se pueden bajar las dosis de Clindamicina, dejando un esquema oral. Duración: 5 a 7 días.

- Metronidazol 500 mg c/6 h IV + Gentamicina 3-5 mg/Kg IM en una dosis diaria. Al tercer día se puede cambiar a Metronidazol oral 500 mgrs. cada 6 horas y suspender la Gentamicina. Duración total: 5 a 7 días.
- Ceftriaxona 1 g /día IV + Metronidazol 500 mg c/6 h IV durante 24 a 48 h, después de las cuales se puede cambiar el Metronidazol a oral en la misma dosis. Duración total: 5 a 7 días.
- Hoja de shock horaria por seis horas, dentro de las cuales debe ser reevaluada por médico para decidir si se continúa igual o se dejan controles más espaciados.

Evacuación uterina en el aborto séptico:

Se pueden producir las siguientes situaciones:

- Si se produce aborto espontáneo en el curso del tratamiento, se deberá evaluar clínica y/o ecográficamente para ver la necesidad de legrado o no (ver Aborto incompleto y Aborto completo). En caso de necesidad de legrado, se deberá realizar con 24 hrs afebril o 48 hrs de tratamiento antibiótico como mínimo. La única situación en que se realiza un legrado antes de ese período, es la metrorragia abundante que puede desestabilizar hemodinámicamente a la paciente. En este caso, se puede intentar, si las condiciones cervicales lo permiten, extraer los restos ovulares con pinzas Foerster y completar con legrado en caso que persista el sangrado abundante. En caso de metrorragia profusa con placenta previa oclusiva y desestabilización hemodinámica de la paciente, resolución quirúrgica: histerectomía.
- Si no se produce aborto espontáneo en el curso del tratamiento, se crean tres escenarios:
 - Se puede comprobar ecográficamente que el embarazo sigue sin variaciones. En este caso se debe manejar como un embarazo normal con una corioamnionitis tratada y debe ser controlado en Policlínico de Alto Riesgo Obstétrico.
 - Puede haber un saco deformado, sin embrión, con signos ecográficos de mal pronóstico, pero sin la certeza que sea un aborto inevitable. En este caso se dará de alta y se controlará con una ecografía en una semana.
 - Puede haber un embarazo con embrión o feto muerto de cualquier edad gestacional o un saco gestacional mayor de 35 mm. por eco transvaginal, sin embrión visible. Todos estos casos se consideran como Aborto Retenido. El útero debe ser evacuado según normas (ver Aborto Retenido). Ante la duda siempre es conveniente realizar ecografía de control.

Shock séptico o endotóxico en aborto séptico

Definición: disminución importante de la perfusión tisular, generada por un aumento de la capacitancia vascular debido al efecto de múltiples sustancias vasoactivas que son generadas por el sistema linfo/monocitario, en respuesta de cantidades importantes de endotoxinas bacterianas liberadas a la circulación desde un foco séptico uterino.

Diagnóstico:

- Paciente portadora de un aborto séptico, sea espontáneo o provocado.
- Mal estado general, angustia, polipnea, taquicardia, con vasoconstricción periférica y sudoración profusa. Se pueden pesquisar tres signos clínicos importantes de hipoperfusión tisular:
 - Disminución del llene capilar a nivel del lecho ungual.

- Vasoconstricción periférica (piel pálida y fría).
- Oliguria o anuria (por baja irrigación renal), que puede ser menor de 40 ml por hora.
- Hipotensión arterial, con cifras sistólicas menores de 70 y diastólicas menores de 40. Por vasoconstricción arteriolar importante, puede a veces presentarse con cifras superiores o normales, pero están presentes los signos de hipoperfusión tisular ya descritos.
- Polipnea, por efecto directo de endotoxinas a nivel central, se produce una leve alcalosis respiratoria inicial debido a hiperventilación. Esta polipnea puede ser también una forma de compensar una acidosis metabólica.
- Acidosis metabólica. Debido a la hipoperfusión tisular, se inician vías de glicólisis anaeróbica con producción elevada de ácido láctico y baja del pH plasmático. Cuando se presenta acidosis metabólica, se puede hablar sin lugar a dudas que estamos frente a un Shock Séptico.

Manejo médico:

- Reposo absoluto en posición semisentada.
- Régimen cero.
- Signos vitales c/30' las dos primeras horas, luego según respuesta.
- Solicitar exámenes de laboratorio:
- Hemograma con VHS.
- Pruebas hepáticas
- Examen de orina completo.
- Pruebas de coagulación.
- Gases arteriales.
- Hidratación parenteral en base a solución glucosada + electrolitos. Comenzar con un mínimo calculado de 2.500 ml. para las 24 h, modificables según balance hídrico, que se debe realizar cada 6 hrs aproximadamente.
- Cateterización vesical con sonda Foley y medición de diuresis cada 30 minutos la primera hora y luego cada hora, dependiendo de la gravedad de la paciente.
- Temperatura axilar y rectal cada 30' la primera hora, y luego cada hora dependiendo de la evolución de la paciente.
- Infusión rápida de solución fisiológica de NaCl de 500 ml a pasar en 20 a 30 minutos. Si al cabo de 30 minutos no mejora la diuresis, se debe intentar el traslado de la paciente a una unidad con mejor infraestructura y equipo médico calificado o unidades de cuidados especializados.

Quirúrgico: Debe ser decisión conjunta entre ginecólogo y médico intensivista.

El plazo máximo para tomar una decisión quirúrgica no debe exceder las dos horas luego de iniciado el proceso. Se ha visto que la mayor tasa de mortalidad materna está relacionada con un retraso en la decisión quirúrgica. Las indicaciones fundamentales de cirugía son:

- Persistencia de la alteración de la perfusión tisular evidenciada por:
 - Diuresis menor de 30 ml/h, a pesar de sobrecarga acuosa y dopamina.
 - Persistencia de la hipotensión, pese a las medidas antes mencionadas.
- Acidosis metabólica severa, superior a un Exceso de Base <10, que no se corrige con una mejoría de la perfusión tisular, necesitándose bicarbonato de Sodio.

- Disociación pulso-temperatura: taquicardia > de 100 con temperatura < de 36.5° C, descartada la hipovolemia, especialmente por anemia aguda.
- Signos locales de miometritis y/o peritonitis. Abdomen con resistencia muscular, signo de Blumberg, dolor a la palpación y movilización uterina, dolor anexial o ruidos hidroaéreos disminuidos.
- Metrorragia masiva que requiera transfusión para mantener estabilidad hemodinámica, lo que puede estar indicando, si no hay restos ovulares, que la paciente está iniciando una Coagulación Intravascular Diseminada (CID). La CID clínica siempre se acompaña de alteraciones del laboratorio, pero a veces podemos tener una CID en laboratorio y que no se traduce clínicamente en metrorragia.

Cualquiera de estos elementos por sí solos puede ser indicación de cirugía y, con mayor razón, si se presentan más de uno simultáneamente.

La cirugía de elección es la histerectomía total con salpingectomía bilateral. En forma muy excepcional se debe extirpar ovarios, sólo en caso que estén necrosados y sin respuesta vital. El dejar ovarios no implica riesgo alguno y permite a la mujer gozar de una mejor calidad de vida después de la cirugía.

En casos muy excepcionales - pacientes muy jóvenes, sin paridad cumplida, con una respuesta moderada al tratamiento médico, con buena dilatación cervical, sin signos de compromiso uterino, anexial o peritoneal, se puede intentar evacuar el foco séptico con la sola extracción de los restos con pinzas Foerster, sin realizar legrado.

4.10 Enfermedad Trofoblástica Gestacional

Definición: espectro de procesos de proliferación celular que se origina del trofoblasto vellositario de la placenta.

Clasificación:

- 1) Mola Hidatiforme:
 - Parcial
 - Completa
- 2) Neoplasia trofoblástica gestacional:
 - Mola invasora
 - No metastásica
 - Metastásica: Alto riesgo
 - Bajo riesgo
 - Coriocarcinoma
 - Tumor trofoblástico del sitio placentario

Frecuencia: la incidencia del embarazo molar varía geográficamente, siendo en Sur-este de Asia 7 a 10 veces más frecuente que Europa o América. En Estados Unidos, la mola hidatiforme se

observa en aproximadamente 1/1.000-2.000 embarazos y los coriocarcinoma en 1/20.000-40.000 embarazos.

Mola Hidatiforme: presentan características clínicas y de laboratorio que permiten sospecharlas. Por los altos niveles de HCG, producen complicaciones médicas cada vez más infrecuentes de observar como: quistes ováricos tecaluteínicos bilaterales, hiperémesis, pre-eclampsia, hipertiroidismo e insuficiencia respiratoria secundaria a embolia de tejido molar.

Mola Hidatiforme Completa: generalmente, se diagnóstica en la primera mitad del embarazo y cada vez en forma más precoz, mediante la detección de HCG anormalmente elevada y un ultrasonido que se caracteriza por un patrón ecogénico mixto, de áreas hipo e hiperecogénicas que reemplazan a la placenta. Siendo más infrecuente sospechar el diagnóstico, por las características clínicas de sangramiento anormal y tamaño uterino mayor al esperado para la edad gestacional.

Mola Hidatiforme Parcial: su sospecha clínica es menos frecuente, debido a que existe frecuentemente un feto que puede tener malformaciones características de las triploidias y los niveles de HCG no son tal elevados. Se puede sospechar en el ultrasonido por la presencia de cambios quísticos focales placentarios.

	Mola Parcial	Mola Completa
Cariotipo	69,XXX* o 69,XXY (biparental)	46,XX* o 46,XY (uniparental)
Feto	Frecuentemente presente	Ausente
Amnios y glóbulos rojos fetales	Usualmente presentes	Ausentes
Edema vellositario	Variable y focal	Difuso
Proliferación trofoblástica	Focal	Difusa
Atipias trofoblásticas	Leve	Moderada-Severa
Inmunohistoquímica P57KIP2 , PHLDA2	Presentes	Ausentes
Presentación clínica	Aborto retenido	Embarazo molar
HCG	< 100.000 mUI/ml	>100.000 mUI/ml
Tamaño uterino	Pequeño	50% más grande que E.G.
Quistes tecaluteínicos	Raros	25-30%
Complicaciones médicas	Raras	10-25%
Neoplasia trofoblástica gestacional postmolar	2.5-7.5%	7.8-30%

Manejo: el diagnóstico puede ser realizado por:

- 1) Hallazgo en la biopsia realizada por un aborto incompleto, posterior a un vaciamiento y legrado.
- 2) Existir una sospecha clínica, en este caso se deben descartar complicaciones médicas (hemograma, pruebas de coagulación, función renal, función hepática, hormonas tiroideas y radiografía de tórax), y tener niveles basales de HCG. Una vez estabilizada la paciente, se realiza una evacuación por succión y si el tamaño uterino es mayor a 14 semanas, se recomienda el uso posterior de ocitocina como retractor uterino.

En ambos casos, si la paciente es Rh negativo se debe indicar Globulina anti Rh. Se debe indicar anticoncepción hormonal y realizar una estricta monitorización de HCG:

- 48 horas post evacuación
- Semanalmente, hasta lograr negativización en 3 valores consecutivos
- Mensualmente, por 6 a 12 meses

Neoplasia trofoblástica gestacional postmolar:

Definición (FIGO): niveles de HCG se mantienen estables o disminuyen menos del 10% del basal en 3 semanas, aumento mayor al 10% del basal en 2 semanas, o persistencia de HCG detectable por más de 6 meses post evacuación.

- Mola invasora: se caracteriza por invadir hasta el miometrio y rara vez tiene metástasis. Tratamiento con quimioterapia.
- Coriocarcinoma gestacional: produce metástasis precoces. Tratamiento: quimioterapia.
- Tumor trofoblástico del sitio placentario: muy raro, no responde a quimioterapia.

Tratamiento histerectomía.**4.11 Pacientes con pérdida reproductiva recurrente**

Definición: tres o más episodios de aborto, ya sean consecutivos o no. Se observa en el 1-5% de las parejas. Las principales causas de aborto recurrente se pueden clasificar en 3 grandes grupos: Alteraciones embrionarias (cromosómicas o genéticas), alteraciones de la placentación (trombofilias, factor inmune, factor endocrino) y alteraciones estructurales/funcionales uterinas. Sin embargo, existe alrededor de un 30-50% de las mujeres con aborto recurrente, en las que no se pesquisa ninguna alteración luego de un estudio acabado.

Diagnóstico: Clínico. Por historia de tres o más abortos

Manejo: el enfrentamiento de este problema debe mantener un enfoque sindromático, abarcando las distintas posibilidades etiológicas: factor anatómico, factor hormonal, factor genético, trombofilias y factor inmune. El factor anatómico debe estudiarse con ultrasonografía, histerosonografía o histerosalpingografía, según corresponda por historia clínica. El factor hormonal debe estudiarse

con prueba de tolerancia a la glucosa oral (PTGO), insulina basal y postcarga y pruebas tiroideas. Con respecto al factor genético, es fundamental el estudio citogenético de los restos ovulares. El panel básico de trombofilias a considerar para estudio incluye mutación de Leiden, mutación de la protrombina y mutación de la metil tetrahidro folato reductasa (MTHFR).

El tratamiento debe ajustarse a la causa pesquisada en el estudio anterior.

Tabla 7. Causas de aborto recurrente

Alteraciones embrionarias	Alteraciones de la placentación	Alteraciones estructurales/ funcionales
Defectos cromosómicos	Trombofilias	Malformaciones uterinas
Defectos genéticos	Factor inmune	Síndrome de Ashermann
	Factor endocrino	Disfunción cervical

Embarazo Ectópico*

4.12 Definición. Embarazo ectópico

Embarazo ectópico es la implantación del huevo fecundado en cualquier parte de la cavidad pelviana o abdominal que no sea la cavidad uterina. Tiene una incidencia muy variable, de aproximadamente un 1.8% a 2% de todos los embarazos o bien 100 a 175 por 100.000 mujeres entre 15 a 44 años.

Etiopatogenia.

La causa más importante es el daño estructural de la trompa a nivel de mucosa, membrana basal y a veces, muscular, producido por un proceso inflamatorio cuya causa es infecciosa, especialmente ITS por Clamidia y/o Gonococo, por daño previo por otro embarazo tubario tratado con metotrexate o con una salpingostomía, en una trompa sometida a una esterilización tubaria o que tuvo un Proceso Inflamatorio Pelviano con cualquier grado de severidad.

En promedio, un 12% de las mujeres que han tenido un embarazo ectópico lo repiten.

Diagnóstico.

a) Diagnóstico Clínico. A pesar de la tecnología con que contamos actualmente, una buena anamnesis y un buen examen físico siguen siendo complemento importante en el diagnóstico de embarazo ectópico.

La anamnesis de un embarazo ectópico muchas veces es bien característica y está relacionada a lo que va ocurriendo en la trompa a medida que la gestación va creciendo. Por la distensión progresiva de esta víscera hueca, la paciente comienza a experimentar dolor de tipo cólico en la fosa ilíaca del mismo lado, el que a medida que va creciendo el saco y el trofoblasto, va aumentando en intensidad

*(H. Sótero del Río 2009)

en forma progresiva. Llega el momento que la trompa se rompe o se produce un aborto tubario o simplemente sangra por la región ampular hacia cavidad peritoneal. Esto se traduce en un cambio de las características del dolor, de cólico progresivo a un dolor de aparición brusca, que se extiende a todo el hemiabdomen inferior. A veces, si el sangrado es profuso, se acompaña de omalgia por irritación del peritoneo sub diafragmático, y la hipovolemia se expresa en tendencia a la lipotimia. Es en este momento en que muchas pacientes consultan, otras lo hacen en la etapa previa, confundiendo sus molestias con amenaza o síntomas de aborto, puesto que generalmente se inicia metrorragia simultáneamente.

Al examen físico, hay dolor intenso a la movilización cervical y uterina, por el contacto de la sangre con los medios de fijación y el peritoneo del piso pelviano. Además, la movilización de estas estructuras se encuentra disminuida, porque tanto útero como anexos están sumergidos en un líquido de alta densidad como lo es la sangre. Por la presencia de una cantidad moderada de sangre en la pelvis, los fondos de saco se encuentran algo acortados y dolorosos a la palpación, especialmente el posterior (grito del Douglas). El anexo comprometido se encuentra sensible o a veces muy doloroso, suele palparse engrosado o bien en forma de una tumoración dolorosa de límites poco definidos. La visualización del cuello suele ser importante para descartar otras causas de sangrado.

Antecedentes importantes de apoyo al diagnóstico cuando están presentes:

- Antecedente de embarazo tubario tratado médicamente, con metotrexate o quirúrgicamente, con salpingostomía
- Uso de DIU.
- Infertilidad.
- Ligadura tubaria.
- PIP
- Múltiples parejas

b) Apoyo de laboratorio.

Ultrasonografía:

- En la región anexial: Visualización de imágenes en las regiones parauterinas, extra-ováricas, sólidas, redondas o elongadas, de densidad intermedia, heterogénea, mal delimitada que puede corresponder a la trompa rota con coágulos a su alrededor o a un anillo tubario que corresponde a un saco extrauterino, rodeado por las paredes de la trompa. Puede observarse un saco gestacional con embrión vivo, en un 1 a 3% de los embarazos ectópicos.
- Endometrio: Generalmente engrosado, sobre 8 mm. En un bajo porcentaje puede estar delgado o tener una estructura trilaminar, de manera que no es siempre un elemento que ayude mayormente al diagnóstico.
- La ausencia de saco gestacional en la cavidad endometrial, es una de las características ultrasonográficas más típicas del embarazo ectópico, otras veces puede observarse un pseudosaco gestacional, que a diferencia del saco gestacional verdadero, es una imagen econegativa que

sigue los contornos de la cavidad uterina, no es por lo tanto ovoídeo o redondo, constituyendo sus paredes el endometrio engrosado, sin observarse el doble halo ecorrefringente propio del trofoblasto del saco gestacional.

- Líquido libre en cavidad peritoneal: Líquido abundante en la pelvis en una mujer con dolor abdominal agudo, con prueba de embarazo positiva y metrorragia, es altamente sospechoso de un embarazo ectópico.

Ultrasonografía y medición de gonadotropina coriónica (HCG o SUB):

El útero sin saco en su cavidad, asociado a prueba de embarazo positiva, tiene una correlación importante con embarazo ectópico, sin embargo, la forma clásica de diagnosticar un embarazo ectópico es por niveles de HCG:

- Ausencia de saco gestacional a ecografía transvaginal (Eco TV), con visualización de tumor anexial o líquido libre en el Douglas: el límite es sobre 1500 UI/L de HCG o más.
- En ausencia de saco gestacional intrauterino a Eco TV, sin visualización de tumor anexial o líquido libre en el Douglas, el nivel de corte debiera ser > 2000 UI/L.

Cuando no se ve un saco intrauterino y hay niveles de HCG menores de 1500 UI/ml y hay sospecha clínica de embarazo ectópico por la anamnesis y/o examen físico, nos puede servir la medición seriada de HCG; normalmente, ésta se va duplicando cada dos a tres días, si ello no ocurre, la probabilidad de un embarazo ectópico o un aborto se va haciendo más de certeza. No se ha visto diferencia en el incremento de la HCG en el aborto y el embarazo ectópico, pero si en el descenso, que es prácticamente el doble en el aborto: 578 UI/L/día, en promedio, en el aborto y 270 UI/L/día en el embarazo ectópico. Un útero con la cavidad sin saco y descenso de HCG $>$ de 50% a las 48 hrs del último control, es de bajo riesgo de ser un ectópico, hay más probabilidad que sea un aborto en un embarazo intrauterino.

c) Punción del Douglas: Antiguo método de diagnóstico que no pierde vigencia, especialmente cuando se dispone, por lo menos, de ultrasonografía abdominal, que permita ver la ausencia de saco intrauterino y líquido libre en el fondo de saco de Douglas. La punción del saco, si da sangre que no coagula, con microcoágulos visibles al depositar la sangre en una gasa, tiene una buena sensibilidad en el diagnóstico de embarazo ectópico.

Embarazo ectópico crónico.

Es una entidad poco definida en ginecología, pero existe. Es un embarazo ectópico que en algún momento se complicó, con rotura de trompa o aborto tubario, pero el cuadro se estabilizó espontáneamente sin manifestarse clínicamente como para inducir al clínico a un mayor estudio, formándose un complejo tubo ovárico, con adherencias de trompa, ovario y estructuras vecinas, debido a la presencia inicial de fibrina y coágulos. Se puede producir en cualquier momento rotura

de la trompa y manifestarse clínicamente, si ello no ocurre, el embarazo ectópico puede pasar desapercibido para siempre.

Tratamiento del embarazo ectópico.

1) Tratamiento médico: Es importante saber elegir a la paciente que es susceptible de ser tratada médicamente o quirúrgicamente

Tratamiento médico con metotrexate (MTX).

Criterios de Inclusión:

- Deseo de fertilidad futura
- Embarazo ectópico no complicado, sin dolor o leve malestar.
- Tumor anexial menor de 4-5 cm.
- HCG menor de 3000-5000
- Paciente hemodinámicamente estable.

Criterios de exclusión:

- Embarazo ectópico complicado (dolor, hemoperitoneo, compromiso hemodinámico)
- Alteraciones hematológicas como:
 - Leucopenia < 3000
 - Trombocitopenia < 100.000
- Deterioro de la función renal o hepática
- Úlcera péptica activa
- Duda Diagnóstica
- Mala adherencia de la paciente
- HCG superior a 5000 U.I./L
- Tumor anexial de \geq 4-5 cms.

La presencia de líquido libre en la pelvis no es un criterio de exclusión.

Contraindicaciones relativas:

- Lejanía a un centro hospitalario.
- Mala predisposición por parte de la paciente.
- Actividad cardíaca positiva del embrión.

Dosis: 50 mg x m² de superficie corporal, vía intramuscular, por una vez. Excepcionalmente se puede repetir hasta tres veces, dependiendo de la respuesta.

Presentación: ampollas de 50 mg.

Requisitos para administrarlo.

- Hemograma, para descartar anemia, leucopenia importante o cualquier otro signo de una eventual depresión medular.

- ❖ Grupo sanguíneo; para administrar previamente inmunoglobulina antiRh, en el caso que la paciente sea Rh negativa no sensibilizada.
- ❖ Pruebas de funcionamiento hepático y renal, por la forma de metabolización y excreción de la droga.
- ❖ Discontinuar medicamentos con ácido fólico.
- ❖ Restringir la actividad física y sexual, por lo menos, diez a catorce días.
- ❖ Niveles basales de HCG.

Respuesta global al metotrexate: Respuesta terapéutica satisfactoria: va del 77% al 94%.

Los niveles de HCG basales están relacionados con el éxito del tratamiento. Con menos de 2000 UI/L se ha demostrado una probabilidad de éxito 100%, cifra que va bajando a medida que sube el punto de corte en HCG: 86% entre 2000 y 4000, y un 35%, sobre 4.000 UI/L.

Formas de evaluar la respuesta al tratamiento. Hay diferentes formas específicas para evaluarla:

- A. Curva de HCG. Si en el control a la semana de administrar el metotrexato, la HCG ha bajado menos del 15% al 25%, se debe administrar una segunda dosis. HCG requerida al final del tratamiento: menos de 15 UI/L. Hay que recordar que al tercer día de administrado, aproximadamente, puede haber un ascenso de la concentración de HCG (lo ideal sería que ese grado de descenso fuera en relación a ese valor).
- B. Respuesta del dolor. Antes de iniciar tratamiento con MTX, se debe advertir a la paciente que puede haber incremento discreto del dolor abdominal, que existe la probabilidad de rotura de la trompa y una eventual intervención por esta causa. La presencia de dolor y/o sangrado son elementos ominosos, en cuanto a una menor probabilidad de éxito del tratamiento médico, y una mayor probabilidad de rotura de la trompa. El dolor posterior al uso de metotrexato, independiente del número de dosis que se administren, no es un elemento infrecuente en la evolución de las pacientes. Se presenta como promedio a los 8 días (rango de 1 a 27), y se debe probablemente, al desprendimiento del trofoblasto, formación de un pequeño hematoma en la trompa, hematosalpinx, rotura de la trompa o paso de sangre a la cavidad peritoneal. Alrededor de un 80% de las pacientes que presentan dolor, con el uso de metotrexato no necesitan cirugía, sólo reposo y observación, en lo posible hospitalizada, junto a la administración de antiinflamatorios no esteroideos. La exploración, sea por laparoscopia o laparotomía, se debe indicar si el dolor es progresivamente más intenso, alcanza características de abdomen agudo, o bien, si asociado al dolor intenso, hay una gran cantidad de líquido libre en la pelvis, visualizado por ultrasonografía.

Complicaciones del uso de metotrexate.

- ❖ Casos aislados e infrecuentes de neumonitis, inmediatamente posterior al uso de MTX, que pueden cursar con infiltrado pulmonar e hipoxemia, con distress respiratorio que generalmente cede en 48 hrs.
- ❖ Alopecia, con 30% a 50% de pérdida del cabello, reversible.

- Dermatitis.
- Pleuritis
- Mucositis
- Depresión medular de todas las series, todas ellas con una frecuencia muy baja.

Tratamiento quirúrgico.

Como norma general, en embarazo ectópico no complicado, no se aconseja realizar tratamiento quirúrgico si no se observa a ecografía una tumoración anexial. Estas pacientes deben tratarse médicamente, ya que no es raro en estas circunstancias, que el cirujano no logre ubicar el embarazo ectópico en la intervención por ser muy pequeño aún. La excepción es el dolor, si éste es muy intenso, aunque no se observe tumor anexial, se debe realizar laparoscopia (LPX) o Laparotomía (LPT).

- Salpingostomía. Es más efectiva en evitar el embarazo ectópico persistente, que el MTX en una dosis.
- Salpingectomía. - Esta técnica se aconseja en los siguientes casos:
 - Sangrado profuso de la trompa, debido a rotura o gran infiltración trofoblástica.
 - Recurrencia del embarazo ectópico en la misma trompa.
 - Trompa severamente dañada.
 - Un diámetro transversal mayor de 5 cms.
 - Paridad cumplida.

Tanto la salpingostomía como la salpingectomía, se pueden realizar por vía laparoscópica o por laparotomía. No se ha observado diferencia en el futuro reproductivo entre la laparotomía o la laparoscopia como tratamiento del embarazo ectópico.

En casos de aborto tubario, se intenta el ordeño de la trompa para extraer el máximo de material trofoblástico que haya quedado en el lumen. Estos dos últimos métodos, se consideran como tratamientos conservadores.

Importante: Cualquiera que sea la técnica, es importante describir el estado de la trompa contralateral y el antecedente de cirugía tubaria previa.

En la salpingostomía, si la trompa contralateral se ve de aspecto sano, hay un RR de 2.3 de embarazo futuro. Debido a que el trofoblasto, tiene tendencia a estar más presente y adherido en la zona proximal de la trompa, debe ponerse especial énfasis en limpiar esa zona de la trompa con agua a presión y con una buena succión. No es aconsejable el uso de cucharilla u otro instrumento para raspar el lecho, porque generalmente la extracción no es completa, aumentando comparativamente la probabilidad de embarazo ectópico persistente.

Comportamiento de la HCG post cirugía. Hay varias formas de evaluar la probabilidad de embarazo ectópico persistente post cirugía, lo ideal es:

- a) A las 24 hrs de realizada la salpingostomía, un descenso de un 75% o un descenso de 95% a la semana. Las mediciones semanales deben seguir hasta llegar a niveles bajo 10 UI/L.
- b) Hay casos especiales en los cuales al tercer día, tienen una pequeña elevación de la HCG.

En ellos se puede tener una conducta expectante siempre y cuando hay poco o nada de dolor y la paciente está hemodinámicamente estable.

Muerte Fetal

4.13 Definición: Presencia de feto sin actividad cardíaca diagnosticado por ecografía.

Manejo:

- Contención psicológica
- Hospitalizar.
- Estudio tabla 9

Si la data de muerte es incierta, debe realizarse exámenes para descartar un trastorno de la coagulación (Recuento de plaquetas, TP, TTPK, dímero D y fibrinógeno).

Estudio materno. Se inicia al momento del diagnóstico y antes de la evacuación uterina. Se debe realizar una anamnesis personal, familiar y laboral detallada. El examen físico debe ser completo y riguroso. Se solicitan exámenes de laboratorio: Rh, curva de tolerancia a la glucosa, TSH, Anticuerpos antifosfolípidos, trombofilias y estudio de hemorragia feto materna, VDRL, VIH.

Estudio fetal. Se debe realizar un examen físico macroscópico detallado por un neonatólogo, incluyendo fotografías y radiografía de cuerpo entero. El examen citogenético procede si el feto tiene malformaciones, dismorfias, restricción de crecimiento o hidrops. Siempre se debe solicitar una autopsia, si los padres lo permiten, ya que sin ella, el 44 % de los casos queda inexplicado, a diferencia de cuando ésta se realiza, en cuyo caso sólo el 31 % de los casos quedan como idiopáticos. La autopsia es una herramienta siempre útil, puesto que en muchos casos, determina y/o confirma la causa.

En caso de negativa de los padres, puede sugerirse autopsia parcializada (exceptuando el cráneo), o resonancia magnética fetal con biopsias dirigidas.

Estudio placenta / cordón. Se encuentran hallazgos placentarios en el 30 % de los casos, tales como: corioamnionitis, infartos múltiples, hemorragias, vasculopatía oclusiva y vellositis. Por esto, el estudio macroscópico y microscópico son de tanta importancia.

A toda mujer que ingresa por un aborto o mortinato, se le debe tomar el VDRL o RPR para vincular causalidad a sífilis. Si el resultado es reactivo, debe indicarse tratamiento (1 dosis) y ser referida a la

UNACESS (Unidad de Atención y Control en Salud Sexual) para confirmación, completar tratamiento, notificación y citación de contactos. (Según norma de manejo y tratamiento de las ITS). No se debe dar el alta a la paciente, sin el resultado de la serología para sífilis.

Tabla 8: Estudio etiológico de la muerte fetal

Materno	Fetal	Placentario
Historia Clínica y familiar	Examen externo detallado	Examen macroscópico de placenta y cordón
Condiciones específicas		
Exámenes: (Considerar según antecedentes)	Radiografías/TAC/ RNM	Examen microscópico por patólogo especializado
Coombs indirecto	Autopsia	
Trombofilias		
Sd Antifosfolípidos	Considerar cariograma	Tomar cultivo de líquido amniótico
Diabetes		
Infecciones		
Hemorragia feto-materna		

Tabla 9: Protocolo Evaluación Muerte Fetal

MADRE		FETO		
Historia	Exámenes	1. Ex Físico-Fotos-AP Placenta-RX		
Familiar	Hemograma	2. Autopsia - Autorizada - Necropsia		
Materna/Paterna	Kleihauer-Betke		Rechazada	RNM
Reproductiva	Infecciones			
Embarazo actual	Trombofilias	3.-Cariograma		L. Amniótico
	F Tiroídea			Trofoblasto
	Otros			Cordón Umbilical
				Tendón Aquiles-Esternón
	¿Cariograma?	4. Otros		
INFORMACIÓN CONSEJO				
SIN ANOMALÍAS		ANORMAL		
CONSEJO EMPÍRICO (3% RECURRENCIA)		CONSEJO ESPECÍFICO		

Fuente: Germain AM y col. Guía Perinatal. MINSAL 2003

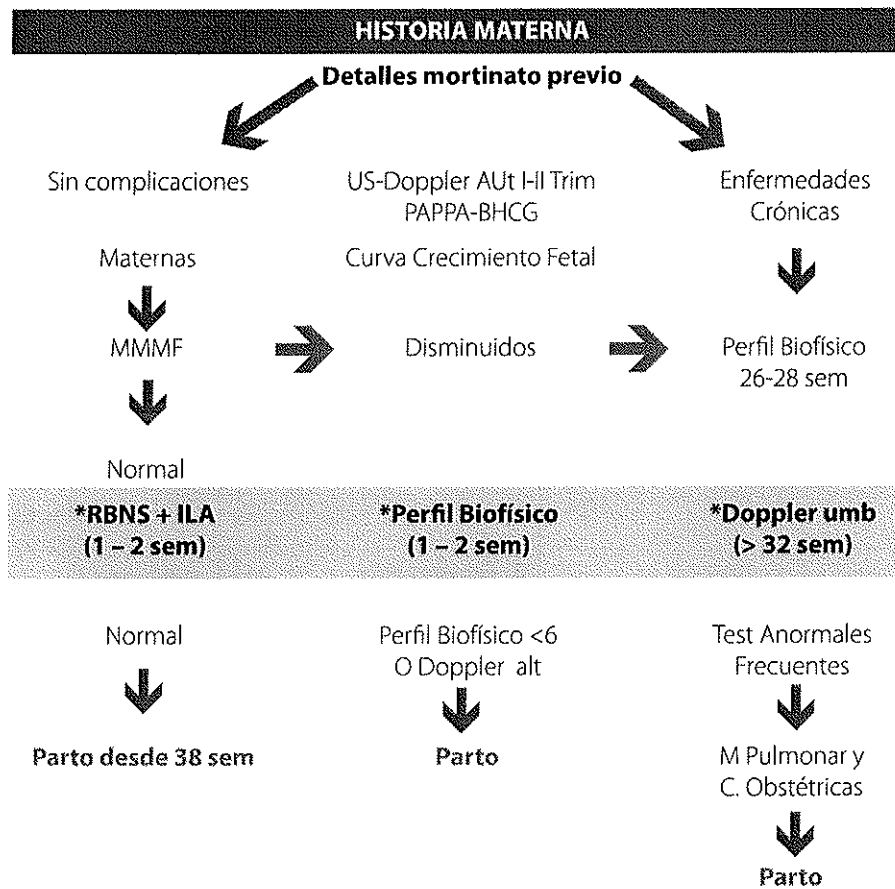
ACOG Opinión de expertos 383; Octubre 2007

Germain AM y col. Propuesta MINSAL 2009

Evacuación Uterina

- En cuanto sea posible, debe privilegiarse la vía vaginal.
- En caso de dos o más cesáreas previas, deberá ser mediante cesárea.
- Con una cicatriz de cesárea, podrá intentarse una inducción idealmente con métodos físicos de modificación del cuello, por ejemplo con sonda Foley. Si la paciente no acepta el método o no hay progresión, también está indicada la cesárea.
- En caso de inducción, colocar cuatro óvulos de 25 ug de Misoprostol en el fondo de saco posterior. Se deben vigilar contracciones uterinas, metrorragia y posible expulsión del feto, dependiendo de edad gestacional.
- Manejo analgésico y/o anestesia peridural.

Gráfico 4: Manejo del embarazo siguiente (Pacientes con antecedente de muerte fetal)



Fuente: Germain AM y col. Guía Perinatal. MINSAL 2003

Reddy UM Obstet. Gynecol Nov 2007

Germain AM y cols. Propuesta MINSAL 2009

Recomendaciones para la acogida, detección y derivación por problemas psicosociales

5

Considerando el cambio paradigmático que ha experimentado nuestro Sistema de Salud a partir de 1998, avanzando hacia la incorporación del enfoque biopsicosocial en las prestaciones médicas ofrecidas a nuestros usuarios, los aspectos psicológicos y sociales ya no son posibles de obviar, en el acercamiento, y comprensión y enfrentamiento de la salud-enfermedad.

El enfoque biopsicosocial ha sido operacionalizado en el método clínico centrado en el paciente, a través de los siguientes componentes:

- Explorar tanto los síntomas y signos del problema, como la vivencia que la mujer tiene de su situación.
- Considerar al paciente como una persona única, con sus emociones, su historia personal y su entorno sociocultural, también único.
- Deliberar con la persona y su familia cuando corresponda, tanto la explicación como el manejo del problema, incorporando sus opiniones, temores y expectativas.
- Incorporar la promoción de la salud, introduciendo la educación en el ámbito sanitario, el auto cuidado y la prevención como una preocupación por la persona y una forma explícita de mejorar la participación de la persona en el cuidado de su salud.
- Reforzar la relación clínica de la persona con el equipo de salud, retroalimentándose mutuamente.
- Usar de manera eficaz y eficiente el tiempo y los recursos.

5.1 Acogida

Se espera que todas las personas que trabajan en los servicios de gineco obstetricia (profesionales, técnicos, auxiliares y administrativos), tengan un trato digno, respetuoso y sensible, una actitud neutral, sin expresión de juicios de valor o comentarios acerca de la situación de las mujeres.

Es frecuente que la mujer llegue asustada y sobrepasada por las emociones. Para muchas, es una situación de crisis. En general, están afectadas por una experiencia estresante y, dado que la sexualidad es un ámbito de la vida en que se desarrollan relaciones afectivas, se acompaña adicionalmente, de un sentimiento de especial vulnerabilidad e injusticia. Pasado el riesgo de complicaciones mayores, las mujeres tienden, por los estereotipos de género tradicionales, a preguntarse si son responsables de lo que les sucede.

En general, las mujeres que ingresan por una pérdida reproductiva a los servicios de gineco obstetricia:

- están confundidas
- tienen temor a la actitud del personal de salud
- tienen temor a eventuales problemas judiciales
- se sienten avergonzadas
- tienen muchas dudas respecto a lo que les va a ocurrir en su hospitalización
- incertidumbre frente a su futuro
- tienen dificultad o no son capaces de controlar sus emociones
- no saben cómo reaccionar ante lo que les espera
- tienen dificultades para tomar decisiones
- tienen sentimientos de culpa

Por estas razones, es muy importante que la mujer se sienta acogida desde que ingresa al servicio, en una atmósfera de confianza y respeto en la cual se sienta escuchada, comprendida y respetada.

Lograr estos objetivos requiere de un tiempo mayor, que en el caso de otros motivos de consulta y los profesionales y técnicos a cargo requieren desarrollar actitudes verbales y corporales acogedoras, así como un lenguaje sencillo y claro, que aliente a la mujer a hablar de lo que siente. Idealmente la persona debiera sentir que es aceptada en su realidad y en su estado emocional, que no está sola frente al problema, que no es la única persona a la que le ha tocado pasar por esta situación, y que existen instancias que pueden ayudarla a evitar repetir la experiencia.

Este contacto puede permitir obtener la información imprescindible para el manejo clínico, para evaluar la posibilidad de problemas de salud mental actuales o futuros, para derivar o para proponer medidas preventivas, y también, para estimar el riesgo de recurrencia.

Teniendo en cuenta esto, es necesario considerar durante el intercambio con la mujer que:

- Una pérdida reproductiva es siempre una situación estresante, por lo que es normal que las mujeres manifiesten ansiedad, inquietud, problemas para relajarse, cansancio y pesadumbre. Es importante no calificar inmediatamente de patológicas estas reacciones, más bien, deben hacerse algunas preguntas que permitan identificar, en primer lugar, si la mujer está experimentando o no sentimientos de pérdida y duelo.
- Las mujeres que han decidido por la adopción cuando ingresan al hospital por trabajo de parto, o aquellas que lo deciden después de éste, suelen tener emociones ambivalentes, por muy segura que parezca su decisión. Ellas deben ser tratadas con todo el respeto y la calidez que merecen, evitando las críticas y/o presiones para cambiar esta decisión. Tampoco se las debe forzar a conocer al o la recién nacida si no lo desean.
- Los sentimientos de tristeza y duelo son frecuentes en las mujeres atendidas por una pérdida reproductiva, particularmente cuando la gestación fue planificada, buscada, esperada y aceptada.

- Es importante considerar que no todas las personas expresan abiertamente su tristeza. Por ello se le debe preguntar e incentivar a que relaten lo que sienten y, en lo posible, en compañía de su familia si ella lo desea. También es probable que tenga sentimientos de culpa por posibles “errores” o malas decisiones en el auto cuidado de la gestación. En estos casos, es fundamental entregarle información comprensible acerca de las posibles causas del aborto y su implicancia en futuras gestaciones.

Estas reacciones emocionales se presentan con mayor frecuencia y son más intensas en mujeres que pierden una gestación de más de 22 semanas, sobre todo cuando se han creado expectativas importantes en el futuro con su hijo o hija. Estas reacciones se acentúan cuando además, se carece del apoyo de personas o familiares más cercanas.

Aunque la evidencia actual no es consistente, existe consenso de que hay mujeres que no presentan problemas de salud mental después de un aborto u otra pérdida reproductiva y que otras los presentan en forma inmediata o diferida. El antecedente de haber presentado episodios depresivos o trastornos de salud mental, ha demostrado que puede aumentar la probabilidad de que la mujer presente un problema de salud mental después de dicho acontecimiento. Por ello, se recomienda realizar preguntas validadas para la detección de síntomas.

Tradicionalmente, los servicios de gineco obstetricia han contado con la posibilidad de una evaluación por un asistente social, cuando identifican a una mujer con un problema social de algún grado de severidad. Desde hace algunos años, los servicios de gineco obstetricia han comenzado a incorporar psicólogos en sus equipos profesionales. Sin embargo, los recursos para responder a problemas psicosociales de mujeres atendidas por una pérdida reproductiva, continúan siendo en general, escasos.

Por ello, estas orientaciones ofrecen criterios simples, fáciles de aplicar en base a la información habitualmente registrada en la ficha clínica, y complementada por unas pocas preguntas directas que pueden permitir a los profesionales de la salud, identificar aquellas mujeres que deben ser atendidas por un profesional del área del trabajo social o de la psicología, antes de ser dadas de alta. Este tamizaje permite optimizar los recursos disponibles, ya que no todas las mujeres que presentan una pérdida reproductiva evidencian descontrol emocional que amerite este apoyo durante la hospitalización.

5.2 Detección de Condiciones Psicosociales de Riesgo

Existen condiciones psicosociales que se asocian a un alto riesgo para la recurrencia de la pérdida reproductiva y/o presentar problemas de salud mental inmediatos o tardíos. Las mujeres que tienen estas condiciones deben ser identificadas para recibir apoyo, orientación y derivación antes de su egreso.

Los factores de riesgo psicosocial más frecuentes en nuestra población, y que en la mayoría de los casos, pueden ser obtenidos de la ficha clínica, son los siguientes:

- a. Adolescente
- b. Escolaridad de 8º básico o menos
- c. Antecedentes de enfermedad de algún trastorno mental: depresión, ansiedad, esquizofrenia, retardo mental y síntomas como la ideación suicida.
- d. Responder afirmativamente si se le pregunta si ha vivido o vive en un medio con violencia o abuso sexual
- e. Antecedentes de uso o abuso de alcohol, drogas ilícitas o medicamentos no recetados.
- f. Antecedentes de TRES o más pérdidas reproductivas previas
- g. Falta de control de gestación de 15 semanas o más
- h. Falta de apoyo familiar o social
- i. Manifestación de rechazo al recién nacido o la intención de darlo en adopción
- j. Embarazos con malformaciones congénitas
- k. Hallazgo de seropositividad
- l. Nacimiento prematuro

Muchos de estos antecedentes están consignados en la ficha de la paciente. Además, si la mujer ha ingresado a Control Prenatal en Atención Primaria, se habrá realizado una evaluación de riesgo psicosocial que estará consignada en su "Agenda de Salud de la Mujer" (Aplicación de Evaluación Psicosocial Abreviada EPSA). Si se detectó riesgo, el equipo de cabecera habrá elaborado un Plan de acción, también consignado en la agenda (interconsulta a psicóloga/o y/o Servicio Social y una Visita Domiciliaria Integral). Si la paciente no registra ingreso en APS y presenta 2 o más de los factores de riesgo señalados, debe ser entrevistada por psicóloga/o ó asistente social, según corresponda.

5.3 Conducta a seguir cuando se detecta Riesgo Psicosocial

La conducta a seguir, según corresponda, es la siguiente:

- a. En caso de adolescentes, es importante preguntar si cuenta con apoyo de su pareja o de su familia de origen. De no ser así, es necesario el contacto con algún adulto responsable, que la adolescente sugiera, para asegurar la concurrencia a una consejería en reproducción y adherencia a la regulación de fertilidad en APS.
Siempre es fundamental considerar la posibilidad de abuso sexual y, en caso de duda, referir a servicio social y psicólogo.
- b. En mujeres con escolaridad de 8º básico o menos, debe haber un mayor esfuerzo por entregar información y responder a las preguntas de forma tal que estas puedan ser comprendidas. Una manera simple de asegurarse de que el mensaje que se quiere transmitir fue recibido y comprendido por la paciente, es pedirle que lo repita con sus propias palabras.
- c. Antecedentes de enfermedad mental: depresión, trastornos de ansiedad, esquizofrenia, retardo mental o ideación suicida.

c.1. Antecedente de episodios depresivos o trastornos de ansiedad.

La respuesta afirmativa a las siguientes preguntas, ha demostrado que puede aumentar la probabilidad de que la mujer presente un problema de salud mental después de una pérdida reproductiva.

¿Alguna vez le han diagnosticado depresión, trastorno de pánico, ansiedad generalizada o estrés post traumático?
¿Ha pasado por períodos en que los problemas de sueño, desánimo, tristeza, angustia o inquietud le hayan dificultado el cumplir con sus tareas habituales?

En caso de respuesta afirmativa, recomendar consulta a médico en el centro de salud en que está inscrita.

c. 1.1. Síntomas depresivos o ansiosos actuales

Algunas mujeres presentan reacciones psicológicas intensas después de una pérdida reproductiva, como tristeza, sentimientos de culpa o angustia. Si se advierte una particular intensidad de este problema, ello puede indicar un problema de salud mental susceptible de ser tratado.

Para detectar síntomas depresivos se pueden realizar las siguientes preguntas

En caso de respuesta afirmativa a dos o más de estas preguntas: derivar a garantía AUGE Depresión.

c.1.2. Riesgo de presentar más adelante un episodio depresivo

A todas las mujeres que son atendidas por una pérdida reproductiva, se les debe entregar información escrita, que le sirva para reconocer en las semanas posteriores si presenta sintomatología depresiva y la información necesaria para acceder a sus derechos de ser atendida por esta patología GES.

c.2. Esquizofrenia.

Requiere evaluación psiquiátrica, psicológica y/o social según antecedentes. Es imprescindible contar con algún adulto responsable que se haga cargo de su seguimiento.

c.3. Retardo Mental

Es necesario plantearse probable violación o abuso sexual. Es imprescindible contar con algún adulto responsable que se haga cargo de su seguimiento.

c.4. Ideación suicida

Es necesaria una evaluación psiquiátrica y, en el caso de que la pérdida reproductiva sea consecuencia de un intento suicida, requerirá derivación a urgencia psiquiátrica una vez estabilizada.

d. Posible violencia:

Cuando existe la posibilidad de que la mujer esté sufriendo violencia, debe aplicarse el siguiente cuestionario:

Guía Clínica GES – MINSAL - 2009: Violencia Intrafamiliar (Personas Adultas)

¿Su pareja le ha hecho daño físico, por ejemplo: empujado, lanzado objetos, dado, bofetadas, arrastrado, tirado el pelo o le ha hecho cualquier otro daño físico?
¿Su pareja actual la ha forzado físicamente a tener relaciones sexuales u otros actos sexuales en contra de su voluntad?
¿Su pareja le ha insultado, humillado, rechazado, ridiculizado, controlado, le ha hecho escenas de celos?

En caso de respuesta afirmativa a alguna de estas preguntas, se debe:

- Preguntar por riesgo inminente (separación reciente, aumento progresivo de las agresiones, amenaza de muerte, tenencia de arma de fuego). En caso de duda, analizar con otro profesional o jefe de servicio para tomar una decisión. En caso de riesgo inminente o duda, proponer a la mujer realizar la denuncia en forma inmediata, comunicándose con carabineros o con la fiscalía correspondiente.
- Si no hay riesgo inminente, siempre informar a la mujer de sus derechos y derivar al "Programa de Atención Integral de Violencia Intrafamiliar para Mujeres Adultas", en el centro de salud en el que la mujer está inscrita si existe programa, u otro centro de salud que lo implemente.

e. Consumo problemático de alcohol y/o drogas:

Las preguntas para determinar si existe consumo problemático o dependencia, deben hacerse después de informar a la mujer que estas preguntas se hacen a todas las pacientes y no a ella en particular. Más que aplicar como instrumento de detección, se recomienda hacer preguntas directas:

En el último mes ¿ha tomado más de 6 bebidas alcohólicas en un solo día?, en caso de respuesta afirmativa, preguntar: ¿ha tenido problemas por este consumo?
¿Consume habitualmente tranquilizantes o medicamentos para adelgazar como anfetaminas u otros?
¿Ha consumido marihuana, coca, pasta base u otra droga?, en caso de respuesta afirmativa, preguntar: ¿ha tenido problemas por este consumo? ¿ha tratado de dejar el consumo?

En caso de respuesta afirmativa a cualquiera de estas preguntas en una mujer menor de 20 años, referir a Garantía AUGE "Personas Menores de 20 Años con Consumo Perjudicial o Dependencia de Riesgo Bajo o Moderado de Alcohol y o Drogas".

Si la mujer que responde afirmativamente es mayor de 20 años, referir a Salud Mental.

No es imprescindible diferenciar si la mujer presenta consumo problemático o dependencia. Porque, en cualquier caso, es necesaria una exploración psiquiátrica o psicológica. En todo caso, se considera consumo perjudicial a aquel que, directa o indirectamente, produce consecuencias negativas para la persona o para otras, la salud, armonía familiar, rendimiento laboral o escolar, seguridad personal y funcionamiento social. En cambio, existe dependencia cuando se presentan manifestaciones fisiológicas, conductuales y cognitivas, en las que el consumo adquiere la máxima prioridad para la persona. Una manifestación característica de la dependencia es el deseo, a menudo insuperable, de ingerir la sustancia.

f. Antecedente de tres o más pérdidas reproductivas:

Cuando una mujer presenta antecedente de tres o más pérdidas reproductivas, es necesario indagar si está intentando tener un hijo y presenta problemas biológicos para llevar a término una gestación, ó si se trata de un indicador de que no controla suficientemente su vida sexual.

Si la pérdida reproductiva ha sido vivida como un duelo y la mujer desea tener otra gestación, debe ser referida a una consulta de infertilidad. En este caso, es necesario considerar que un nuevo intento requiere enfrentar positivamente el proceso de duelo, lo que, en algunos casos, puede tardar varios meses, incluso hasta un año.

Si se trata de una dificultad para el control de la actividad sexual, es necesario una referencia, en lo posible personalizada, a consejería en Salud Sexual y Reproductiva y a Control de Regulación de Fecundidad en Atención Primaria de Salud (APS).

g. Falta de control de una gestación de 15 semanas o más

Si no ha existido ingreso a control de gestación, es importante preguntar si se trata de una gestación no planificada, rechazada o producto de abuso sexual, y seguir la conducta recomendada. Siempre referir a Consejería en Salud Sexual y Reproductiva y a Control de Regulación de Fecundidad en APS.

h. Falta de apoyo familiar o social

En el caso en que la mujer que ha experimentado una pérdida reproductiva carezca de apoyo de una pareja, familia, amigas u otras personas, es importante preguntar por síntomas depresivos y seguir la conducta recomendada. En algunos casos, según los antecedentes, es necesaria una derivación a servicio social del hospital o de APS según corresponda.

i. Manifestación de rechazo al recién nacido o de darlo en adopción

Siempre que una mujer manifieste rechazo al recién nacido, incluyendo la negación del embarazo (desconocimiento del embarazo, ocultamiento a familiares, etc.), es necesaria una entrevista con psicóloga/o y asistente social, si presenta algún problema social (abuso sexual, falta de acceso a regulación de fertilidad, etc.), de salud mental o para determinar la mejor forma de apoyarla. En ningún caso se la debe persuadir o presionar a hacerse cargo del recién nacido.

Cuando una mujer manifiesta la intención de dar su hijo en adopción, siempre es necesaria la intervención de la asistente social del hospital, quien podrá vincularla con las instituciones y profesionales especializados.

6. Muerte perinatal: aspectos emocionales del duelo

El duelo, como proceso psicológico desencadenado por la muerte del hijo/a en período perinatal suele ser subestimado en su magnitud y en sus secuelas. Los abortos espontáneos de embarazos deseados y los fracasos de fertilización asistida, con frecuencia son vividos -por la mujer o por ambos padres- con tanto dolor como la muerte fetal y neonatal. La pérdida del bebé imaginario y de la ilusión de la maternidad/paternidad, cuando son vividas en silencio, no elaboradas y aceptadas, pueden persistir como un trauma escondido.

6.1 Duelo patológico

El duelo en el periodo perinatal, según algunos estudios, evoluciona en forma patológica entre el 20% y 40% de los casos.

La evolución del duelo depende de la calidad del proceso de vinculación materno-fetal previa, de las prácticas asistenciales y de la relación con los/as profesionales que atienden a la mujer. Puede afectar la siguiente gestación y la relación con los hijos que nazcan posteriormente.

6.1.1. Complicaciones en la siguiente gestación

La gestación que sigue a una muerte perinatal no elaborada es de alto riesgo obstétrico y psicológico. El miedo y los síntomas de ansiedad que afectan a la mujer, especialmente en fechas próximas al aniversario, favorecen los trastornos psicofisiológicos, aumentan la probabilidad de aborto y/o de parto prematuro, es decir, de una nueva pérdida reproductiva.

Los síntomas de ansiedad y los problemas asociados, son más persistentes y severos cuando el nuevo embarazo ocurre muy poco tiempo después de la pérdida.

6.1.2. Complicaciones en la relación con los/las hijos/as que nacen después

Además de la ansiedad prenatal, existe riesgo de que se desarrolle un trastorno de la vinculación por inhibición del apego. Un duelo no resuelto es factor predictor de apego desorganizado en los hijos posteriores.

El miedo a perder otro hijo puede inhibir el proceso de vinculación con el nuevo bebé, ya sea porque el duelo está aún en curso o porque no ha sido suficientemente elaborado y aceptado.

Los indicadores más frecuentes de este temor a una nueva pérdida son la ausencia de bebé imaginario,

una atención ansiosa a los movimientos fetales, la falta de preparativos para recibir al bebé, las crisis de pánico y las consultas reiteradas a los especialistas en búsqueda de seguridad

En algunas mujeres predomina la inhibición del duelo aún en curso, el que queda en suspenso y la imagen del bebé del embarazo actual reemplaza a la imagen del bebé muerto. El o la niña de reemplazo, particularmente si es del mismo sexo, tiene mayor riesgo de sufrir maltrato y/o trastornos de identidad.

6.1.3. Prevención del duelo complicado

La atención de la madre, padre y familia puede facilitar o entorpecer la elaboración del duelo por una muerte perinatal. En lo inmediato, es necesario acoger la expresión emocional, pena y llanto, los padres requieren que se les escuche atentamente.

Se facilita la elaboración normal del duelo cuando se propone el contacto visual y táctil con el bebé muerto, se incentivan los ritos funerarios, se permite guardar recuerdos tangibles del bebé: ecografías, brazaletes de identificación, los que son muy apreciados posteriormente por la madre o ambos padres. No se recomiendan los ansiolíticos, salvo si hay síntomas severos. Es recomendable bloquear la secreción láctea precozmente.

Es recomendable sugerir la postergación de un nuevo embarazo, hasta la elaboración adecuada del duelo, lo que dura alrededor de un año. Es prudente planificar el nuevo embarazo evitando "superponer" las fechas de los dos embarazos, para prevenir las reacciones "aniversarios".

El apoyo a la mujer mientras dura el duelo perinatal y el período de latencia hasta que las complicaciones puedan hacerse evidentes, requiere de un equipo multidisciplinario, con la participación de obstetras, neonatólogos, matronas/es, genetistas y psiquiatras.

6.2 Diagnóstico prenatal de malformaciones fetales

Una situación que requiere especial consideración es el diagnóstico prenatal de malformaciones fetales. Es importante recordar que ningún examen ni procedimiento de atención prenatal es neutro, la madre y el padre, cuando está presente, pueden interpretar los silencios, expresiones y gestos de la persona que los atiende como signos de alarma, de que algo no está bien.

La normalidad de la ecografía valida el feto sano, da seguridad corporal y emocional, personaliza las características físicas y conductuales del bebé contribuyendo a la vinculación. Al contrario, la sospecha de alteración fetal, provoca una gran ansiedad y temor.

Si bien la incertidumbre inquieta y produce ansiedad, las contradicciones y la discordancia entre diferentes profesionales, suelen crear un conflicto emocional mayor, generando en la madre

sentimientos de inseguridad, culpa y rabia, los que pueden desencadenar demandas hacia los profesionales.

El diagnóstico que suscita mayor intensidad emocional es el descubrimiento in útero de patología del feto, particularmente si tiene riesgo de incompatibilidad vital. Precipita a la familia en una cascada de reacciones que comprometen el proceso de vinculación con el bebé. Al proceso de vinculación normal se contraponen la amenaza de la pérdida del bebé. Se rompe brutalmente la representación del bebé sano, explotan múltiples sentimientos pena, rabia, temor, culpa, frustración y la herida narcisística por "la incompetencia de la función maternal".

Frente a este sufrimiento, los mecanismos de defensa más frecuentes son la negación y el duelo anticipado. La negación del diagnóstico hace que la madre o ambos padres, deambulen de médico en médico buscando otra opinión que sea contraria a lo que le han informado. Si el diagnóstico conlleva el riesgo vital, los padres pueden adoptar por anticipar el duelo, lo que quiebra el proceso de vinculación en curso, con graves problemas si el bebé sobrevive. La reacción de los padres no depende exclusivamente de la patología del feto. La forma de dar la noticia y el pronóstico anunciado, son fundamentales para no entorpecer el proceso de vinculación y la vida psíquica parental.

Por el gran sufrimiento psíquico del diagnóstico de anormalidad, la información de éste debería realizarse siempre en el contexto de una excelente relación médico paciente. Debiera ser entregado a ambos padres, o a la madre junto a otra persona cercana que ella decida, posibilitando la catarsis, disipando dudas y despejando culpas. Es importante que los y las profesionales estén disponibles para reiterar esta información las veces que sea necesario, porque es frecuente que el shock emocional inicial bloquee la capacidad de comprensión de las personas.

Para el equipo profesional, comunicar un diagnóstico de anormalidad, pronosticar una muerte perinatal y acoger el sufrimiento de los padres, es una tarea difícil y emocionalmente desgastadora y que se contraponen al entusiasmo de apoyar la gestación de una vida. Los mecanismos defensivos más frecuentes son la evitación y la hipermedicalización.

La atención personalizada e integral de las personas que viven esta situación puede requerir, además del imprescindible diálogo entre profesionales de la gineco obstetricia, la neonatología y de la salud mental, la atención conjunta de los futuros padres. En los casos más graves y complejos, una reunión clínica multiprofesional asegura la coherencia de los mensajes, contribuyendo a la contención emocional de la madre, respalda y da seguridad al equipo, disminuyendo la evitación y la hipermedicalización, y favoreciendo la actitud de escucha activa, que los padres perciben como un factor protector.

Los padres agradecen la coherencia de la información y les permite tolerar la incertidumbre acerca de vida y muerte del bebé que gestan.

7. Pérdida reproductiva sin complicaciones significativas

No se debe retrasar el inicio del uso del método anticonceptivo, la mayoría de los cuales se puede administrar en forma inmediata, en el propio servicio de gineco obstetricia, con indicación de control en el centro de salud en el que está inscrita. Se recomienda contar con stock de anticonceptivos en los servicios de ginecología para ser indicados en el momento del alta, con el consentimiento de la mujer.

Después de un aborto pueden utilizarse todos los métodos anticonceptivos, incluyendo dispositivos intrauterinos y anticonceptivos hormonales, considerando el estado de salud de cada mujer y las limitaciones asociadas con cada método. Sin embargo, existe mayor riesgo de expulsión del dispositivo intrauterino si éste se inserta inmediatamente después de un aborto del segundo trimestre, y algunos métodos naturales de planificación familiar sólo deben iniciarse después de tres ciclos posteriores al aborto. Debe prestarse especial atención a los casos en los que la mujer solicita esterilización; es necesario realizar consejería, para evitar que esta decisión sea influenciada por los sentimientos asociados al aborto, lo que podría generar un futuro arrepentimiento. Sin embargo, si se cumplen los criterios vigentes para el procedimiento, no corresponde a los profesionales que la atienden negar su acceso a éste.

Después de un aborto, las mujeres pueden estar en una situación de mayor vulnerabilidad desde el punto de vista psicológico, social y legal. Como en toda consejería en salud sexual y reproductiva, el trato debe ser respetuoso, asegurando la confidencialidad esencial en la relación entre los profesionales y las personas atendidas. La entrevista debe ser siempre en un ambiente privado que permita abordar todos los aspectos relevantes de la situación de la mujer, y analizar con ella la forma de prevención de riesgos en el futuro, sin enjuiciarla.

Independientemente del método anticonceptivo elegido, los profesionales deberán analizar con todas las mujeres la prevención de ITS, incluyendo el VIH, y la importancia de la utilización de preservativo.

8. Pérdida reproductiva con complicaciones

Cuando la mujer ha presentado infección, lesiones, hemorragia o una gestación de segundo trimestre, es necesario considerar:

Infeción:

Si se presume o confirma una infección después de la pérdida reproductiva, o se encuentran signos de maniobras practicadas en condiciones de riesgo, se debe posponer la inserción de un DIU y la esterilización hasta que la infección haya desaparecido. Si el DIU o la esterilización es el método deseado, se deberá proveer de un método transitorio y citar a una consulta de seguimiento para decidir sobre el momento más adecuado para efectuarlas. Cualquier otro método anticonceptivo se puede iniciar en forma inmediata.

Lesiones:

Cuando se ha diagnosticado una lesión del tracto genital (perforación uterina, lesión grave vaginal o cervical o quemaduras por productos químicos), se debe posponer la esterilización femenina o la inserción de un DIU hasta que las lesiones hayan sanado. Si es necesario practicar una cirugía para reparar la lesión y no existe riesgo, la esterilización puede realizarse simultáneamente. Si es necesario posponer el procedimiento, se debe proveer de un método transitorio y fijar un control de seguimiento, para decidir sobre el momento más adecuado para efectuar la esterilización o inserción del DIU. Las lesiones que afectan la vagina o el cuello uterino, pueden dificultar el uso de los métodos de barrera femeninos y del DIU. Cualquier otro método anticonceptivo se puede iniciar en forma inmediata.

Hemorragia:

Cuando existió hemorragia y/o anemia severa, ésta debe ser controlada antes de considerar el uso de algunos métodos anticonceptivos. La esterilización femenina se debe posponer debido al riesgo de que se produzca una mayor pérdida de sangre. Si éste es el método deseado, se debe proveer de un método transitorio y fijar un control de seguimiento para decidir sobre el momento más adecuado para efectuarla. La inserción de un DIU con cobre se debe evaluar de acuerdo a la severidad de la anemia y/o hemorragia, y posponerse hasta que la condición sea estable, entregando otro método para ser usado en el intervalo. Cualquier otro método anticonceptivo se puede iniciar en forma inmediata.

Pérdida reproductiva de segundo trimestre:

Existe mayor riesgo de expulsión de un DIU si la inserción se hace inmediatamente después de una pérdida reproductiva del segundo trimestre. En usuarias de diafragma, se debe evaluar el tamaño, lo mismo que se hace después de un parto. Cualquier otro método que la mujer desee, puede ser iniciado en forma inmediata si no hay infección, lesiones o anemia.

9. Recomendaciones para el alta de una paciente con pérdida reproductiva

Además del alta médica, es muy importante que la matrona/ón realice una serie de acciones con la paciente misma y otras, para la coordinación del seguimiento y continuidad de los cuidados.

9.1 Anticoncepción después de un aborto

La entrega de información, consejería y la adhesión a control de regulación de fecundidad, es fundamental para una mujer que ha sufrido una pérdida reproductiva y no desea una nueva gestación. Es importante que sea informada que la ovulación puede reiniciarse dos semanas después de la pérdida reproductiva, poniéndola en riesgo de un nuevo embarazo, a menos que utilice un método anticonceptivo efectivo y reciba información suficiente, comprensible y apropiada para que decida el método anticonceptivo que desea utilizar, conociendo su uso correcto, su efectividad y sus posibles efectos adversos.

9.2 Con la mujer que ha presentado una pérdida reproductiva:

- Realizar evaluación de aspectos psicosociales y orientar
- Verificar resultado de VDRL o RPR
- Entregar orientación en autocuidado
- Realizar consejería en regulación de fecundidad
- Prescribir método anticonceptivo hormonal, condón o inyectable, según decisión de la mujer
- Indicar reposo médico, si es necesario
- Orientar para cumplimiento de indicaciones médicas
- Informar para la conducta a seguir frente a eventuales complicaciones: signos de infección, hemorragia
- Entrega de carné, receta e interconsulta, según corresponda.
- Registrar, si la mujer lo autoriza, en la "Agenda de Salud de la mujer"
- En caso de mortinato o mortineonato: entregar indicaciones para la supresión de lactancia y licencia postnatal con 22 semanas y más de gestación.

9.3 Seguimiento y continuidad de los cuidados

- Enviar desde el Servicio de Obstetricia y Ginecología al Nivel Primario, un listado semanal de pacientes de alta post aborto, puérperas de mortinato y mortineonato, embarazos ectópicos, indicando nombre, edad gestacional, si ha existido control de la gestación y presencia de riesgo psicosocial (según listado en punto 5.2)
- Evaluación integral por matrona/ón en el Centro de Salud (aspectos biomédicos, psicosociales), referencia a médico del nivel primario o nivel secundario, si corresponde
- Entrega de consejería por matrón/a y prescribir método anticonceptivo o dar, continuidad en control de regulación de fecundidad al método iniciado en el Servicio de Obstetricia y Ginecología
- Hacer seguimiento, en el Centro de Salud, a pacientes inasistentes a control después del alta
- Ante la presencia de riesgo psicosocial, la matrona o matrón debe referir a salud mental, servicio social, según evaluación y las necesidades de la mujer
- Evaluar contrarreferencia de la especialidad para definir el seguimiento, en el nivel que corresponda.

Referencias

6

- Adler NE, et al. 1990."Psychological responses after abortion." Science. 248: 41-44.
- Adler NE, et al. (1992)."Psychological factors in abortion: a review." American Psychologist, 47(10): 1194-1204.
- American Psychological Association. "APA research review finds no evidence of 'post-abortion syndrome' but research studies on psychological effects of abortion inconclusive."
- Bourne S, Lewis E. (1984). Pregnancy after stillbirth or neonatal death. Psychological risks and management. Lancet; 2: 31-3.
- David HP. (1996) "Comment: post-abortion trauma." Abortion Review Incorporating Abortion Research Notes, Primavera, 59: 1-3.
- Didier D, Gosme-Séguret S, Ed. ESF París, (1996). La diagnostique prénatal, aspects psychologiques.
- Engel, G.L. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. Science New Series, 196(4286), 129-136.
- Hospital Dr. Sótero del Río (2009). Normas de Ginecología. Unidad de Ginecología (www.ssmsso.cl)
- Kimelman M., González L. (2003). "El proceso de vinculación una tarea del equipo obstétrico. Foro de Ginecología y Medical Forum Internacional. Vol. 6 Nº 2,10-13
- Ministerio de Salud. Departamento Ciclo Vital (2008). División Prevención y Control de Enfermedades, Subsecretaría de Salud Pública. Manual de Atención Personalizada en el Proceso Reproductivo.
- Ministerio de Salud, Departamento de Ciclo Vital. (2007). Manual de Orientación en Atención Integral con Enfoque Familiar.
- Naciones Unidas CEDAW/C/CHI/CO/4 - "Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer"

- Russo NF. (1992) "Psychological aspects of unwanted pregnancy and its resolution." In J.D. Butler and D.F. Walbert (eds.), *Abortion, Medicine, and the Law* (4th Ed., págs. 593-626). New York: Facts on File,
- Russo NF, Zierk KL. (1992) "Abortion, childbearing, and women's well-being." *Professional Psychology: Research and Practice*, 23(4): 269-280.
- Stotland N. (1992) "The myth of the abortion trauma syndrome." *Journal of the American Medical Association*, 268(15): 2078-2079.
- Vásquez R., Kimelman M. (2003) "Diagnóstico Antenatal ¿qué es lo que queda por hacer? Foro de Ginecología y Medical Forum Internacional. Vol. 6 N° 2, 18-19,

Anexos

7

Anexo 1 EARLY WARNING SCORE / ESCALA DE ALERTA TEMPRANA

EARLY WARNING SCORE / ESCALA DE ALERTA TEMPRANA							
	3	2	1	0	1	2	3
PA Sistólica (mm Hg)	<70	71 - 80	81 - 100	101 - 199		>= 200	
FC (lpm)		<40	41 - 50	51 - 100	101 - 110	111 - 129	>= 130
FR (rpm)		<9		9 - 14	15 - 20	21 - 29	>= 30
Temperatura (°C)		<35		35 - 38,4		>= 38,5	
Estado de Conciencia				Alerta	Responde al Est. Verbal	Responde al Dolor	No Responde

Ref: Validation of a modified Early Warning Score in medical admissions / Q J Med 2001; 94: 521-526

The value of modified Early Warning Score in surgical in-patients: a prospective observational study / Ann R Surg Engl 2006; 88: 571-575

Anexo 2: FACTORES DE RIESGO PREDICTIVO DE PRACTICARSE UN ABORTO

Variable	Ítem	Coefficiente BETA	Orden de la variable
Edad	Menor de 35 años	0.05 **	1
Relación de Pareja	Conviviente	1.40 **	2
Esterilización	NO Esterilizada	1.36 **	3
Uso previo de ciertos métodos	Algunos de ellos***	0.40 *	4
Tiempo de matrimonio	10 años o menos	1.18**	5
Convivencias previas	SI	0.58 **	6
Uso previo de DIU	No uso	0.42 *	7
Tipo de vivienda	Muy pobre, Mediagua	0.31 *	8
Nivel de fecundidad	3 a 10 hijos vivos y el último menor de 5 años	0.32 *	0

- * significación al 0.05
- ** significación al 0.001
- *** Inyectable tipo Unalmes, Calendario, Coito Interruptus, Ducha vaginal

Referencia: Chapter 2 Prevention of Pregnancy in High-Risk Women: Community Intervention in Chile. In: Abortion in the Developing World. Editors. Axel I Mundigoand CynthiaIndriso. World Health Organization. Vistaar Publications, New Delhi 1999

ANEXO Nº06

D. Violencia contra la Mujer

Femicidios consumados años 2009 - 2013

	Año 2009	Año 2010	Año 2011	Año 2012	Año 2013
Femicidios consumados	53	49	40	34	40

Fuente: Circuito Nacional de Femicidio (2013)

ANEXO N°07

D. Violencia contra la Mujer

Cobertura de atención presencial directa por parte de los modelos de intervención

<i>Personas atendidas/ingresadas</i>	<i>Año 2009</i>	<i>Año 2010</i>	<i>Año 2011</i>	<i>Año 2012</i>	<i>Año 2013</i>
Centros de la Mujer	21.218	21.114	24.600	22.549	21.452
Casas de Acogida	982	792	957	809	862
Centros de Hombres	-	-	773	1.075	1.177
Casa Acogida Trata	-	-	-	14	9
Centros Agresiones Sexuales	-	-	-	-	295
TOTAL MODELOS	22.200	21.906	26.330	24.448	23.795

Fuente: Informes de Operación de los Modelos de Intervención (SERNAM, 2009-2013)

ANEXO N°08

D. Violencia contra la Mujer

Avance de los resultados de las Intervenciones efectuadas

Resultado intervención por modelos	Año 2009	Año 2010	Año 2011	Año 2012	Año 2013
% Mujeres que disminuyen o mantienen el nivel de violencia al egreso, respecto total de ingresos a Centros de la Mujer.	-	98%	96%	96,6%	97,2%
% Mujeres que disminuyen o mantienen el nivel de riesgo al egreso, respecto total de ingresos a Casas Acogida.	99%	-	98%	98%	96%
% Hombres con seguimiento respecto total de egresados/desertados en Centros HEVPA	-	-	-	-	97,9%
Personas capacitadas por la Unidad (presencial + e-learning)	26	19.068	18.618	10.874	8.856
Total causas patrocinadas en Centros de la Mujer	6.714	6.883	9.652	8.994	9.234
% Patrocinios en femicidios	-	-	-	100%	100%

Fuente: Informe Consolidado Nacional de los Modelos de Intervención (SERNAM, 2009-2013) y Balance de Gestión Integral (SERNAM, 2009-2013).

ANEXO N°09

E. La Mujer y los Conflictos Armados

i) Estadísticas participación de las Mujeres en las Fuerzas Armadas.

	AÑO 2010				
	MUJERES	HOMBRES	TOTAL	% MUJERES	% HOMBRES
EJÉRCITO	5.279	35.762	41.041	12,86%	87,14%
ARMADA	3.757	21.887	25.644	15%	85%
FUERZA AÉREA	1.984	9.648	11.637	17,1%	82,9%

	AÑO 2011				
	MUJERES	HOMBRES	TOTAL	% MUJERES	% HOMBRES
EJÉRCITO	5.562	35.677	41.239	13,49%	86,51%
ARMADA	3.887	21.861	25.748	15%	85%
FUERZA AÉREA	1.920	9.408	11.328	16,9%	83,1%

	AÑO 2012				
	MUJERES	HOMBRES	TOTAL	% MUJERES	% HOMBRES
EJÉRCITO	5.280	35.872	41.152	12,83%	87,17%
ARMADA	3.991	21.861	25.852	15,1%	84,9%
FUERZA AÉREA	1.933	9.723	11.656	16,6%	83,4%

	AÑO 2013				
	MUJERES	HOMBRES	TOTAL	% MUJERES	% HOMBRES
EJÉRCITO	5.422	33.655	39.077	13,88%	86,12%
ARMADA	4.101	21.507	25.608	16%	84%
FUERZA AÉREA	1.992	8.671	10.663	18,68%	81,31%

ii.) Estadísticas Dotaciones Femeninas en Operaciones de Paz.

Período	HAITÍ							Total General
	Ejército	Armada	FACH	Carab.	PDI	EMCO	SubTotal	
2010	14	0	8	3	0	0	25	25
2011	13	1	2	2	0	0	18	18
2012	17	0	4	2	2	0	25	25
2012	30	3	10	1	1	0	45	45
Total	74	4	24	8	3	0	113	113

iii) Dotaciones por Categorías en Haití

Detalle:

INSTITUCIONES	OFICIALES	C.P.	ECP./PAC.	TOTAL
EMCO	0	0	1	1
EJERCITO	38	72	7	117
ARMADA	3	2	0	5
FACH	11	19	7	37
CARABINEROS	7	6	0	13
PDI	4	0	0	4
TOTAL	63	99	15	177

ANEXO N°10

F. La Mujer y la Economía

A continuación, se señalan cifras relevantes del programa *Mujer Trabajadora y Jefa de Hogar* de SERNAM en los últimos cinco años:

Coberturas Generales

MTJH COBERTURA GESTIÓN 2009-2013			
Mujeres Arrastre	Mujeres Nuevas	Total Mujeres	Año
11.916	19.740	31.656	2009
14.808	15.274	30.082	2010
13.352	17.701	31.053	2011
11.420	19.269	30.689	2012
13.635	17.672	31.307	2013

Fuente: Elaboración Propia en base a reportes del sistema informático del PMTJH

ANEXO Nº11

F. La Mujer y la Economía

Talleres de Habilitación Laboral

META HABILITACIÓN LABORAL			
Mujeres Nuevas	Mujeres Nuevas Habilitadas	% logro	Año
19.740	15.695	80%	2009
15.274	12.380	81%	2010
17.701	15.872	90%	2011
19.269	18.668	97%	2012
17.672	17.145	97%	2013

Fuente: Elaboración Propia en base a reportes del sistema informático del PMTIJH

Capacitación

CAPACITACIÓN LABORAL			
Año	Número de Capacitadas SENCE	Número de Capacitadas por otros Organismos	Total Capacitadas
2009	12.817	3.991	16.808
2010	9.418	4.561	13.979
2011	8.609	2.247	10.856
2012	4.989	6.062	11.051
2013	1.536	2.906	4.442

Fuente: Elaboración Propia en base a reportes del sistema informático del PMTIJH

Otros componentes

NÚMERO DE MUJERES QUE HAN ACCEDIDO A NIVELACIÓN DE ESTUDIOS, ALFABETIZACIÓN DIGITAL Y ATENCIÓN ODONTOLÓGICA 2010-2013.						
Componentes	Año 2009	Año 2010	Año 2011	Año 2012	Año 2013	Total
Apoyo al emprendimiento	5.220	3.602	877	4.928	3.303	17.930
Nivelación de Estudios	3.363	3.644	1.143	1.193	1.184	10.527
Alfabetización Digital	6.161	6.009	4.280	5.814	2.829	25.093
Atención Odontológica	5.134	7.266	8.062	14.284	13.618	48.364

Fuente: Elaboración Propia en base a reportes del sistema informático del PMTIJH

ANEXO N°12

F. La Mujer y la Economía

Cifras relevantes *Programa 4 a 7, Mujer Trabaja Tranquila.*

Año 2010: Se elabora el Modelo de Intervención y el Modelo de Gestión del Programa 4 a 7 Mujer Trabaja Tranquila, con aportes económicos del Banco Interamericano de Desarrollo.

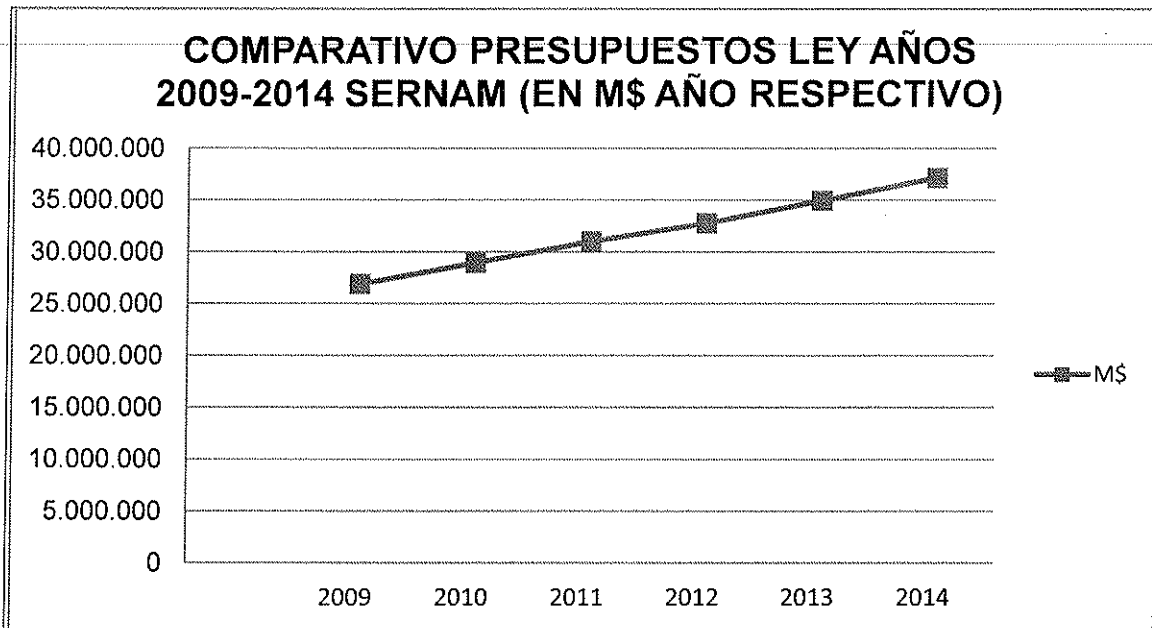
Año	N° Regiones	N° Comunas	N° Establecimientos Municipalizados	N° Mujeres	N° Niños y Niñas
2011	13	47	62	4371	6140
2012	15	59	87	4773	6750
2013	15	97	135	6913	9137
2014	15	127	189	8142*	11400*

*Las cifras corresponden a coberturas proyectadas y no efectivas.

ANEXO Nº13

H. Mecanismos Institucionales para el Adelanto de la Mujer.

Ley 20.314	Ley 20.407	Ley 20.481	Ley 20.557	Ley 20.641	Ley 20.713
PPTO 2009	PPTO 2010	PPTO 2011	PPTO 2012	PPTO 2013	PPTO 2014
26.913.799	28.965.227	31.018.630	32.783.474	34.967.852	37.174.495



ANEXO N°14

L. La Niña.

Atenciones de SENAME entre 2009 y 2013: niñas vulneradas en sus derechos en modalidades de centros residenciales, familias de acogida y proyectos especializados¹.

Nº de niñas atendidas	Tipo de atención
16.082	Vulneración de derechos. Se realizó atención en Centros residenciales de protección y especialización.
15.404	Maltrato grave constitutivo de delito. Se realizó atención a través de proyectos de reparación del maltrato.
1.335	Víctimas de explotación sexual comercial infantil. Se realizó el ingreso a proyectos especializados en la temática
5.507	Situación de alta complejidad y graves vulneraciones. Se realizó atención a través de proyectos de intervención integral especializada
3.303	Se otorgó asesoría legal y representación jurídica.
2.598	Se otorgó protección a través de familias acogedoras especializadas

Fuente: SENAINFO, Departamento de Planificación y Control SENAME Nacional, Abril 2014²

Por otra parte, el grupo de niñas en situación de calle atendidas por proyectos especializados alcanzó a 247 en los años informados y a 16 las atendidas en reciente modalidad de programas levantada por el SENAME, para la atención de menores de edad que presentan conductas abusivas de carácter sexual.

¹ Respecto a la población de niñas atendidas por Oficinas de Protección de Derechos, Programas de Intervención Breve y Programas de Prevención Comunitaria, en la línea "preventiva", la cifra alcanza a 105.583.

² SENAINFO: Sistema institucional de registro de niños/as y adolescentes ingresados a proyectos financiados por SENAME

ANEXO Nº15

L. La Niña.

Adolescentes embarazadas, madres adolescentes con sus hijas/os que fueron atendidas en residencias especializadas en el periodo 2009-2013.

AÑOS				
2009	2010	2011	2012	2013
402	357	393	393	364

Fuente: SENAINFO, Departamento de Planificación y Control SENAME Nacional, Abril 2014

Cabe señalar que estas cifras son por cada año y no sumables.

ANEXO N°16

Tercera Parte: Datos y Estadísticas de Género

Decreto N°305 del Ministerio de Economía, Fomento y Turismo



Tipo Norma :Decreto 305
Fecha Publicación :17-02-2010
Fecha Promulgación :26-11-2009
Organismo :MINISTERIO DE ECONOMÍA, FOMENTO Y RECONSTRUCCIÓN;
SUBSECRETARÍA DE ECONOMÍA, FOMENTO Y RECONSTRUCCIÓN
Título :ORDENA LA INCORPORACIÓN DE LA VARIABLE SEXO EN LA
PRODUCCIÓN DE ESTADÍSTICAS Y GENERACIÓN DE REGISTROS
ADMINISTRATIVOS
Tipo Versión :Unica De : 17-02-2010
Título Ciudadano :
Inicio Vigencia :17-02-2010
Id Norma :1011115
URL :<http://www.leychile.cl/N?i=1011115&f=2010-02-17&p=>

ORDENA LA INCORPORACIÓN DE LA VARIABLE SEXO EN LA PRODUCCIÓN DE ESTADÍSTICAS Y GENERACIÓN DE REGISTROS ADMINISTRATIVOS

Núm. 305.- Santiago, 26 de noviembre de 2009.- Visto: Lo dispuesto en los artículos 32 N° 6 y 35 de la Constitución Política de la República de Chile; el D.F.L. N° 1-19.653, de 2000, del Ministerio Secretaría General de la Presidencia, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado de la Ley Orgánica Constitucional sobre Bases Generales de la Administración del Estado; en la ley N° 17.374 Orgánica del Instituto Nacional de Estadísticas; en el decreto supremo N° 1.062, de 1970, del Ministerio de Economía, Fomento y Reconstrucción, en la resolución N° 1.600, de 2008, de la Contraloría General de la República.

Considerando:

Que el Instituto Nacional de Estadísticas, en conformidad con su Ley Orgánica N° 17.374, es el Servicio Público encargado de elaborar las estadísticas y censos oficiales de la República.

Que la incorporación de la variable "sexo", en toda estadística asociada a personas, permite analizar los fenómenos que tales estadísticas miden, en forma diferenciada según sexo, lo que provee información para identificar brechas de género en tales fenómenos.

Que la incorporación de la variable sexo en los registros administrativos, asociados a trámites de las personas, permite disponer de una mejor y más precisa información, para el análisis de fenómenos sociales o económicos, en forma diferenciada e identificar brechas de género.

Que la Comisión Nacional de Estadísticas, en virtud de la ley N° 17.374, es el Organismo Técnico adjunto a la Dirección Nacional del Instituto Nacional de Estadísticas.

Que los Servicios Públicos, en virtud de la ley N° 17.374, no pueden de manera permanente y continua, realizar labores de recopilación estadística, cuyas fuentes sean ajenas a los respectivos servicios, sin autorización de la Comisión Nacional de Estadísticas, a propuesta de la Dirección Nacional del Instituto Nacional de Estadísticas.

Decreto:

Artículo 1°.- Los Ministerios, Servicios Públicos y organismos pertenecientes a la Administración Pública del Estado, en sus procesos de producción de estadísticas, basadas en encuestas, deberán incluir la variable "sexo" en las preguntas relativas a personas, a contar del mes de diciembre del año 2010.

Artículo 2°.- Para los efectos de determinar de modo específico, la forma de incorporar la variable "sexo" y cualquier otro aspecto relativo a su implementación, el Instituto Nacional de Estadísticas, será el organismo encargado de resolver todos aquellos aspectos, para lo cual tendrá todas las atribuciones que le otorga el ordenamiento jurídico, y en especial su Ley Orgánica N° 17.374.

Artículo 3°.- Adicionalmente los Ministerios, Servicios Públicos y organismos



pertenecientes a la Administración Pública del Estado, en sus procesos de generación de nuevos trámites, basados en registros administrativos, deberán incluir la variable "sexo" en aquellos registros asociados a personas, a contar del mes de diciembre del año 2010.

Artículo 4°.- El Instituto Nacional de Estadísticas informará a la Presidencia de la República, a través del Ministerio de Economía, Fomento y Reconstrucción, sobre el cumplimiento de este decreto, y podrá sugerir las medidas administrativas que parezcan conducentes, para el mejoramiento de la incorporación de la variable "sexo", en las estadísticas basadas en encuestas, y en su incorporación en los registros administrativos de los organismos públicos.

Anótese, tómese razón y publíquese.- MICHELLE BACHELET JERIA, Presidenta de la República.- Hugo Lavados Montes, Ministro de Economía, Fomento y Reconstrucción.

Lo que transcribe para su conocimiento.- Saluda atentamente a usted, Jean Jacques Duhart Saurel, Subsecretario de Economía, Fomento y Reconstrucción.