

FUNDACIÓN HENRY DUNANT
AMÉRICA LATINA

Derechos Económicos, Sociales y Culturales y Políticas Públicas

INSTITUTO INTERNACIONAL
HENRY DUNANT

Derechos Sociales, Políticas Públicas y Gestión Global Humanitaria

Diplomado Internacional de Especialización
En derechos humanos, género, y políticas públicas
2012-2013

TESINA

**“ ANTICONCEPCION DE EMERGENCIA: UNA POLITICA PÚBLICA QUE SIGUE EN
DEUDA CON LAS MUJERES”**

ALUMNA: Gloria Leal Suazo

TUTORA: María Isabel Matamala Vivaldi

RESUMEN TESINA

En este trabajo se realiza un recorrido desde la promulgación de la ley 20.418, sobre la Anticoncepción de Emergencia, profundizando en los enfoques de género y derechos humanos en las políticas públicas y la importancia de la sociedad civil y el movimiento feminista en su fiscalización, además, del derechos a decidir sobre sus cuerpos de las mujeres, y analizando la situación actual de la PAE.

INDICE

- Resumen breve Tesina	2
- Presentación	4
- Desarrollo	
1.- Políticas Públicas	5
2.- Género	5
2.1.-Género en la Política de Salud	6
3.- Derechos Humanos	7
3.1.-Derecho a la Salud de las Mujeres	8
3.2.-La Salud Sexual y Reproductiva de las Mujeres	8
4.-Anticoncepción de Emergencia un DD.HH. de las Mujeres	9
4.1.-Dificultades en su puesta en marcha	9
4.1.2.-Movimiento por la Defensa de la Anticonc. Por el Derecho a Decidir	10
4.1.3.-A dos años de su promulgación ¿Qué sucede a la fecha?	10
4.1.4.-Acceso a la Información	12
4.1.5.-El acceso a la PAE	12
-Conclusiones	14
-Propuestas	15
-Bibliografía	16

PRESENTACION

Este trabajo pretende realizar una revisión y seguimiento de la Anticoncepción de Emergencia, también conocida como la píldora del día después, la cual tuvo muchas dificultades para su aprobación y puesta en marcha.

Para ello, se realizará un recorrido desde la importancia del enfoque género y los derechos humanos en las políticas públicas. Profundizando en la Anticoncepción de Emergencia enfocada en la libertad de decidir de las mujeres.

También, revisaremos la situación actual, después de dos años de su implementación, en la distribución, acceso e información. Puntualizando las razones de las dificultades en su distribución.

Además, de relevar la importancia de las movilizaciones sociales y del movimiento feminista como impulsor de las acciones en la protección de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres.

DESARROLLO

1)Políticas Públicas

Para definir claramente una Política Pública, es necesario analizar la base de este concepto y preguntarse para qué se crea una política pública. Para ello nos planteamos varias interrogantes: ¿Dónde se gesta este concepto?, ¿Qué lugar de importancia ocupa una política pública dentro de la coyuntura nacional?, ¿qué es lo que trata de resolver?

Lo primero que surge como respuesta es que una política pública nace para intentar solucionar un problema que afecta a una cantidad relevante de personas. Así, los actores y actoras que cumplen con el deber de pensar las Políticas Públicas pueden, a través de éstas, cumplir con la función del Estado, que es mantener el bien común garantizando los derechos humanos y las libertades de la población sin discriminaciones basadas en género, clase, etnia, edad, orientación sexual, territorio de procedencia, religión o en capacidades diferentes.

1.1.Problema Público

¿Qué hace que un problema sea público?

Toda la sociedad tiene problemas, cada persona tiene problemas personales, y cada uno sabe cuáles son los más graves, dando una cierta jerarquía a sus problemas. Pero ¿qué pasa cuando estos problemas son masivos, y aquejan a una población considerable?, ¿es rol del Estado, tomar estos problemas y darles una solución?

Según Becker (1995) para que un problema sea considerado como un problema social, debe cumplir con dos características fundamentales: carencias objetivas en la sociedad y Actores en el poder que tomen en cuenta el problema.

2) Género

Las teorías de géneros reflexionan sobre las desigualdades y jerarquías existentes en las relaciones entre hombres, mujeres y otras formas de identidades humanas. Por consiguiente, en la práctica, se busca lograr nuevas y equitativas maneras de relacionarse que resguarden las diversidades identitarias que puedan existir.

Las identidades genéricas son entendidas como constructos históricos y sociales, capaces de ser transformados, desde la actual inequidad a una futura equidad entre hombres y mujeres, donde la

distribución del poder basada en la estructura social y cultural que nos produce mayores inequidades, sumando la división sexual del trabajo tanto productivo como reproductivo, donde tenemos que de-construir y volver a construir una sociedad con real equidad entre hombres y mujeres. Es importante señalar que este concepto, y su capacidad transformadora de la realidad, se le deben al pensamiento surgido del movimiento feminista, entendiéndose a partir de estos estudios a las identidades como dinámicas, construidas y además con la capacidad de ser de-construidas.

2.1.-Género en la política de Salud

Incorporar la perspectiva de género en el análisis de las políticas públicas, nos permite observar y explicar las situaciones de inequidad y desigualdad entre hombres y mujeres que suceden a nivel macro, meso y micro.

Si bien las desigualdades presentes en los roles de género determinan y condicionan los procesos salud/enfermedad de mujeres y hombres, éstas no siempre se incorporan como consideraciones a tomar en cuenta a la hora de elaborar una política pública; lo mismo que sucede con otras variables identitarias como etnia, edad, orientación sexual, lugar de residencia, y la variable estrato socioeconómico que es la única que ha sido incorporada en las políticas de salud, debido que se ha diferenciado que en los estratos socioeconómicos más bajos se asocia a mayores problemas de salud, como hipertensión arterial, obesidad, diabetes, problemas cardiovasculares; pero estas políticas son más asistencialistas, y no promueven la prevención y la educación en salud.

Según el Ministerio de Salud (2001, p.13): “Dos son las premisas más importantes para analizar la perspectiva de género: a) Que las políticas públicas no pueden ignorar identidades y roles culturales e históricos asignados a partir de relaciones de poder en su contexto social, económico y cultural; b) Y que las perspectiva de género es parte ineludible del proceso de formulación de las políticas públicas; consideración fundamental para el logro de los propósitos de equidad, igualdad y justicia que ellas tienen”.

La búsqueda de la equidad fue un lema constante en los gobiernos de la Concertación y una idea rectora de las políticas sociales impulsadas por éstos. No obstante, la concepción de equidad se ha restringido a la situación socioeconómica de las personas, es decir, a la superación de las brechas que separan a ricos y pobres, sin considerar otras dimensiones que determinan situaciones de desigualdad y vulnerabilidad como son la pertenencia étnica, la procedencia territorial (urbano rural) y el género.

Hasta ahora la mirada predominante en las políticas sociales, ha concebido la equidad entre mujeres y hombres sólo en términos de paridad, comparando tasas por sexo en torno a distintos indicadores dependiendo de la problemática que se trate, entendiéndose que la equidad se lograría cuando estas tasas se igualen. Pero esta idea no da cuenta de la desigualdad en las oportunidades de ambos sexos, ni profundiza en las raíces de la desigualdad y en los mecanismos que la reproducen, por lo tanto, tampoco permite orientar las acciones necesarias para superarlas. Esta idea de igualar las tasas se origina en una idea reduccionista de lo que implica una mirada de género basada en la igualación de cifras, cuando lo que se busca realmente es hacer un trabajo que fomente la equidad entre dos grupos que evidentemente son diferentes y por tanto tienen necesidades diferentes a las cuales es imperativo que la política otorgue una respuesta adecuada. Equidad y no igualdad,

entonces, sería el punto de una política pública con equidad de género que entienda este concepto en toda su magnitud. El resultado de esa política será la desaparición de la desigualdad en un ámbito o aspecto concreto.

La concepción de equidad propuesta por Nancy Fraser (1997) permite avanzar en esta línea, apuntando a una noción de equidad que no se limita a la dimensión socioeconómica. Esta autora define la equidad a partir de la noción de justicia y establece dos grandes campos para las políticas de equidad: la justicia distributiva, asociada a la equidad socioeconómica y a políticas de distribución de recursos y servicios básicos, y la justicia cultural, o simbólica, asociada a políticas de reconocimiento y a medidas contra la discriminación de sectores de la sociedad, como las mujeres, las etnias subordinadas, las minorías sexuales y los grupos que sufren marginación social. Ambas concepciones requieren políticas y medidas específicas, no siempre fáciles de compatibilizar, pero ambas son indispensables de integrar “en un marco conceptual único y comprehensivo” para asegurar que las políticas contribuyen efectivamente a una sociedad más justa (Guerrero, 2005).

Si bien en la política de salud, se ha ido incorporando la perspectiva de género, pero aún sigue existiendo una inequidad en el derecho a decidir de las mujeres, principalmente, en sus derechos sexuales y reproductivos, pues, si bien se han incorporado diversas nuevas variables, los obstáculos que las mujeres tienen en obtener los beneficios de las políticas públicas, generalmente, tienen muchas trabas para acceder a éstos como es la anticoncepción de emergencia, política pública que su implementación responde más a decisiones ideológicas que al beneficio de las ciudadanas.

3) Derechos Humanos

Históricamente se ha hecho una distinción entre los derechos humanos, caracterizándolos en derechos civiles y políticos y derechos económicos, sociales y culturales. Como los primeros surgen con las revoluciones liberales y los segundos con el advenimiento de regimenes que pusieron énfasis en políticas de protección social, suele llamárseles derechos de primera y segunda generación, respectivamente.

Según la visión clásica, los derechos humanos civiles y políticos solo impondrían obligaciones al Estado de abstenerse de realizar actividades que pudieran entorpecer su goce (como por ejemplo, no censurar, no matar, no impedir la asociación), mientras que los derechos sociales obligarían al Estado a realizar prestaciones efectivas en favor de las personas titulares de tales derechos, como establecer un sistema de protección de la salud, de educación, de seguridad social. Sin embargo, el sistema universal de protección de los derechos humanos entiende que estos derechos son complementarios unos con otros, de manera que no corresponde, en estricto rigor, hacer distinciones en torno a derechos de primera, segunda o, aun, tercera generación.

El derecho a la Salud y a la protección de los Derechos Sexuales y Reproductivos, en especial el de las mujeres, responde al ejercicio ciudadano de conocer y exigir los derechos humanos, más ampliamente que el derecho a la vida. También, que las mujeres conozcan la existencia de que son ciudadanas de derecho y que pueden ejercer su derecho a decidir sobre sus cuerpos y sus estilos de vida, y sus relacionamientos tanto sexuales y sus decisiones reproductivas.

3.1.-Derecho a la salud de las mujeres

El derecho a la salud de las mujeres, en el Sistema Internacional de Derechos Humanos, se enmarca en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, y en Chile está consagrado en la Constitución Política de la República, donde el Estado debe garantizar el acceso, atención y calidad de la salud para las ciudadanas y ciudadanos.

Existiendo diferencias en los determinantes sociales de la salud entre hombres y mujeres, que se traducen en que las mujeres enferman más que los hombres durante todo el ciclo de vida, manteniendo con éstos diferencias sustantivas en la morbilidad (alta prevalencia de enfermedades crónicas, discapacidades y patologías asociadas a la violencia de género, a la reproducción y a la presión física y mental inherente a la triple carga de trabajo). Las mujeres continúan muriendo y enfermando por causas evitables del proceso de reproducción humana y está demostrado que la pobreza tiene un mayor impacto negativo en la salud de las mujeres que en la de los hombres (Matamala, Gálvez, Gómez, 2005, p. 43).

Las desigualdades en salud de las mujeres se hacen más ciertas por la inexistencia de un Estado garante de derechos, que atienda las necesidades específicas en salud de las mujeres, que actúe y responda en todos sus niveles, tanto central, intermedio y local, incorporando a estas garantías las diferencias existentes en hombres y mujeres, tanto biológicas como culturales.

3.1.2.-La Salud Sexual y Reproductiva de las mujeres

El derecho a la Salud Sexual y Reproductiva es el ejercicio de soberanía sobre nuestros cuerpos durante todo nuestro ciclo de vida, para ello, es importante identificar cuáles son nuestros derechos y necesidades, cuáles son las respuestas que tenemos desde el Estado, y así avanzar en la construcción de derechos y disminuir los riesgos y los daños en el ámbito de la salud sexual y reproductiva para las mujeres.

En la protección de la Salud Sexual y Reproductiva de las mujeres, el Estado de Chile suscribió un compromiso en la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, El Cairo, 1994. Donde se compromete a proteger y promover el derecho de todas las personas a disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y a decidir autónomamente sobre la reproducción.

“La salud reproductiva es un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuando y con qué frecuencia. Esta última condición lleva implícito el derecho del hombre y la mujer a obtener información de planificación de la familia a su elección, así como a otros métodos para la regulación de la fecundidad que no estén legalmente prohibidos, y acceso a métodos seguros, eficaces, asequibles y aceptables, el derecho a recibir servicios adecuados de atención de la salud que permitan los embarazos y partos sin riesgos y den a las parejas las máximas posibilidades de tener hijos sanos. En consonancia con esta definición de

salud reproductiva, la atención de salud reproductiva se define como el conjunto de métodos, técnicas y servicios que contribuyen a la salud y al bienestar reproductivo al evitar y resolver los problemas relacionados con la salud reproductiva. Incluye también la salud sexual, cuyo objetivo es el desarrollo de la vida y de las relaciones personales y no meramente el asesoramiento y la atención en materia de reproducción y de enfermedades de transmisión sexual...” (Párrafo 7.2)

4.- Anticoncepción de Emergencia un Derecho Humano de las Mujeres

La Anticoncepción de Emergencia o PAE, es un derecho de las mujeres, principalmente de las jóvenes, a acceder a la píldora como método anticonceptivo de emergencia. Este derecho a acceder a la píldora quedó establecido en la promulgación de la Ley N° 20.418, publicada en el Diario Oficial el 28 de Enero del 2010, donde “Fija normas sobre información, orientación y prestaciones en materia de Regulación de la Fertilidad” (BCN, 2010).

En esta ley los Artículos 4 y 5 se refieren la Anticoncepción de Emergencia:

“Artículo 4º.- Los órganos de la Administración del Estado con competencia en la materia, adoptarán las medidas apropiadas para garantizar el ejercicio de los derechos establecidos en esta ley. Para ello deberán elaborar planes que señalen las acciones respectivas.

Asimismo, los órganos de la Administración del Estado con competencia en la materia pondrán a disposición de la población los métodos anticonceptivos, que cuenten con la debida autorización, tanto hormonales como no hormonales, tales como los métodos anticonceptivos combinados de estrógeno y progestágeno, métodos anticonceptivos de progestágeno solo, los métodos anticonceptivos hormonales de emergencia y los métodos de anticoncepción no hormonal, naturales y artificiales.

En todo caso, no se considerarán anticonceptivos, ni serán parte de la política pública en materia de regulación de la fertilidad, aquellos métodos cuyo objetivo o efecto directo sea provocar un aborto.

Artículo 5º.- Si al momento de solicitarse la prescripción médica de un método anticonceptivo de emergencia o de solicitarse su entrega en el sistema público o privado de salud fuese posible presumir la existencia de un delito sexual en la persona del solicitante o para quien se solicita, el facultativo o funcionario que corresponda deberá poner los antecedentes a disposición del Ministerio Público, sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 198 del Código Procesal Penal”.

4.1.-Dificultades en su puesta en marcha

La promulgación de la Ley 20.418, no ha estado exenta de dificultades, en 2006 se presentó un requerimiento de inconstitucionalidad de las Normas de regulación de la fertilidad, por 36 diputados de la derecha Chilena ante el Tribunal Constitucional, y su sentencia definitiva fue adoptada en abril de 2008, en la cual se prohibió su distribución a las mujeres en los servicios públicos de salud. La resolución del Tribunal Constitucional es un hito en la larga disputa en torno al estatuto del embrión y

los límites que impone a la autonomía de las mujeres. En Chile, la legislación da prelación al primero y restringe el poder de decisión de las segundas sobre su cuerpo y su vida. Legalmente nuestra ciudadanía termina o desaparece ante el proceso de gestación sean cuales sean las condiciones en que éste se produce, incluso si es resultado de una violación o la vida de la mujer está en riesgo o si responde o no a nuestra voluntad o deseo. (Maira, 2010, p.116).

La presidenta Michelle Bachelet, respondió ante el fallo del Tribunal Constitucional (TC) en su discurso del 21 de Mayo de 2008 señalando: "En pleno respeto con lo resuelto por las instituciones jurídicas competentes, haré que la equidad llegue hasta donde mis facultades alcanzan. El medicamento estará a disposición de los interesados en cada municipio. Y será cada alcalde quien decidirá si lo pone a disposición de los ciudadanos. Es decir, si decide por las personas o deja que las personas decidan. Que el país juzgue" (Bachelet, 2008). No obstante, a poco andar del anuncio, los estudios jurídicos realizados por el propio gobierno apuntaron a que los servicios de salud no podían entregar la pastilla a los municipios, pues el fallo del TC los inhabilitaría.

4.1. 2.- Movimiento por la Defensa de la Anticoncepción. Por el Derecho a Decidir

En respuesta al fallo del Tribunal Constitucional que prohibió la distribución de la Anticoncepción de Emergencia en los servicios de salud del país, mas de 35.000 personas salieron a las calles de Chile el 22 de Abril 2008 a repudiar la resolución del Tribunal Constitucional, donde diversas organizaciones de mujeres y feministas, trabajaron activamente, saliendo a las calles, y utilizando distintas vías de difusión y denuncia. Para ello se formó el "Movimiento por la Anticoncepción. Por el derecho a decidir", que planteó lo siguiente:

"Todas las personas son libres de decidir sobre su sexualidad y reproducción. No aceptamos el fallo ilegítimo del Tribunal Constitucional contra las Normas Nacionales de Regulación de la Fertilidad. Denunciamos a parlamentarios conservadores que impulsaron el recurso de inconstitucionalidad, en alianza con sectores religiosos. Exigimos la anticoncepción de emergencia para todas las mujeres, sin discriminación. Basta de inequidad en el acceso".

4.1.3.-A dos años de su promulgación ¿Qué sucede a la fecha?

La ley 20.418, aprobada por amplia mayoría en el Senado, entrega las líneas generales sobre la regulación de la fertilidad: todas las personas tienen derecho a ser informadas sobre los métodos anticonceptivos y acceder a éstos, incluyendo la anticoncepción de emergencia por cualquier razón y a cualquier edad.

El libre acceso a la píldora no ha estado exenta de dificultades, pues a dos años de la promulgación de la ley, sumado al cambio de gobierno no se distribuye libremente en los municipios. La ley promulgada a finales del gobierno de Bachelet planteaba que el Ministerio de Salud debía entregar un instructivo para la entrega de la anticoncepción de emergencia (PAE); éste recién se entregó meses después que la asunción del mando de Sebastián Piñera y dice: "que toda persona tiene derecho a elegir libremente y de acuerdo a sus creencias y formación, los métodos de regulación de la fertilidad, que cuenten con la debida autorización. Sin embargo, aquellos casos en que el método

anticonceptivo de emergencia sea solicitado por una persona menor de 14 años, el funcionario o facultativo procederá a la entrega, debiendo informar posteriormente al padre, madre o a algún adulto responsable que la menor señale”(Subsecretaría de Salud, 2010, 19). Este instructivo además fue entregado a los Municipios de todo el país.

A pesar del instructivo sobre la distribución de la PAE, no todos los municipios ejecutan la ley, según un estudio realizado por Flacso sobre la Entrega de la Píldora Anticonceptiva de Emergencia en el Sistema de Salud Municipal de Chile, de 320 municipios que cuentan con salud municipalizada en 212 se entrega la PAE, equivalente a un 66,3% y en 96 de ellos no la distribuyen por diversas razones, que corresponde a un 30,2%. La brecha es significativa, significa que no cumplirían con la ley.

De los 212 municipios que entregan la PAE, lo realizan bajo las siguientes circunstancias.

En que circunstancia se entregó la PAE	Número	%
Según normas del Ministerio de Salud	103	48,6
Sólo en caso de violación	28	13,2
Por falla en método anticonceptivo y relaciones sexuales sin protección	23	10,8
Por indicación de médico o matrona	19	9,0
Relaciones sexuales sin protección	14	6,6
Por falla de método anticonceptivo	10	4,7
Falla de método anticonceptivo y violación	9	4,2
Relaciones sexuales sin protección y violación	4	1,9
No sabe/No responde	1	0,5
Totales	212	100,0

Base: Municipios que distribuyen la PAE(n = 212).

Fuente: Elaboración propia Área Inclusión Social y Género, FLACSO Chile (2010)

Según la tabla anterior, de los 212 municipios que entregan la PAE, 103 responden a las normas del Ministerio de Salud, que es equivalente al 48,6% de total. También, es relevante que en 28 municipios solo distribuyen la PAE en casos de violación, limitando así la libre distribución a todas las mujeres que la necesiten por cualquier razón.

De los 96 Municipios que no distribuyen la PAE, según el estudio de la (Flacso, 2010), las razones que exponen son las siguientes:

Porque no entregan los municipios la PAE	Número	%
No hay stock	32	33,3
Alcalde/sa no la autorizó	20	20,8
Se deriva al hospital de la Comuna	16	16,7
No está clara la situación legal de la PAE	9	9,4
Por el fallo del T.C que la prohibió	4	4,2
No hay stock, han utilizado Yuzpe	3	3,1

Están esperando un decreto de autorización	2	2,1
No hay autorización del Servicio de Salud	2	2,1
Nunca se ha entregado	1	1,0
La Seremi de la IV región la prohibió	1	1,0
No hay presupuesto	1	1,0
La población la considera mala	1	1,0
No hay interés por el tema	1	1,0
El Concejo Municipal no la aprobó	1	1,0
No Sabe/No Responde	1	1,0
Total	96	100,0

Base: Municipios que distribuyen la PAE(n = 212).

Fuente: Elaboración propia Área Inclusión Social y Género, FLACSO Chile (2010)

De los 96 municipios que no entregan la PAE, existen diversas razones, pero las que tienen un mayor porcentaje son por causas de falta de stock, Alcaldes/sa no la autorizan y la tercera la deriva al hospital de la comuna, burocratizando la entrega y así desviando la responsabilidad que les compete.

También, en un 20.8% de los municipios que no entregan la PAE, el Alcalde/sa no la autorizan; estos ediles generalmente dan razones morales y religiosas, y limitan el acceso a la PAE según sus propios sesgos ideológicos y religiosos.

4.1.4.-Acceso a la Información

Además de los problemas que tienen que ver con la distribución, nos encontramos con barreras como el acceso a la información respecto al procedimiento de entrega, distribución de cualquier método anticonceptivo sea este masculino o femenino, información que no se entrega a las y los jóvenes ni en los centros de salud municipal ni en los establecimientos educacionales. La poca información recae principalmente en los sectores de menores ingresos y donde se observa mayor cantidad de embarazos adolescentes, siendo la mujer quien se hace cargo de los hijos. Gran parte de estas jóvenes que se embarazan desertan del sistema educacional, aunque la ley asegura su no expulsión del colegio al cual asiste, igualmente desertan por el cuidado del hijo o hija. Esta relación tiene que ver con la inequidad social, e implica una tremenda inequidad de género, pues generalmente, los padres adolescentes están invisibilizados en la responsabilidad que les compete en la crianza y cuidado del hijo o hija.

4.1.5.-El acceso a la PAE

Durante los últimos años sigue habiendo dificultades en la puesta en marcha de la PAE, jóvenes de distintas comunas de la Región Metropolitana y de otras ciudades han denunciado no recibir la entrega de la píldora, las respuestas son diversas de que no se encuentra la matrona, que no hay stock, que no está inscrita en consultorio. Según el registro público que tiene la Ong Prosalud, figuran 60 denuncias por no entrega de la PAE, estas denuncias provienen de las siguientes comunas de la RM: Providencia, Maipú, La Florida, Quinta Normal, Santiago, Peñalolén, San

Joaquín, Puente Alto, Padre Hurtado, Quilicura, Ñuñoa, Lo Prado, San Miguel, Recoleta, Pudahuel, Renca, Estación Central, Conchalí, Las Condes, Cerro Navia, Lo Espejo, San Bernardo, Peñaflo, Pedro Aguirre Cerda, La Reina y también de ciudades como Concepción, Temuco, Rancagua y Viña del Mar. Si bien los municipios son muy diversos en cuanto a las ideologías de sus ediles, por lo tanto, no se podría determinar las razones exactas del porque no se entrega la PAE, cayendo en la ilegalidad. También, podemos conocer las edades de las mujeres que solicitaron en los Servicios Públicos de Salud que fluctúan entre los 14 años y 35 años de edad.

El siguiente gráfico muestra los 60 casos denunciados durante el período que comprende entre el 13 de Abril del 2011 al 18 de Enero de 2013; de acuerdo a las razones que las llevaron a solicitar la PAE a los Servicios Públicos de Salud, no obteniendo resultados.

¿Por qué solicitaron la PAE?

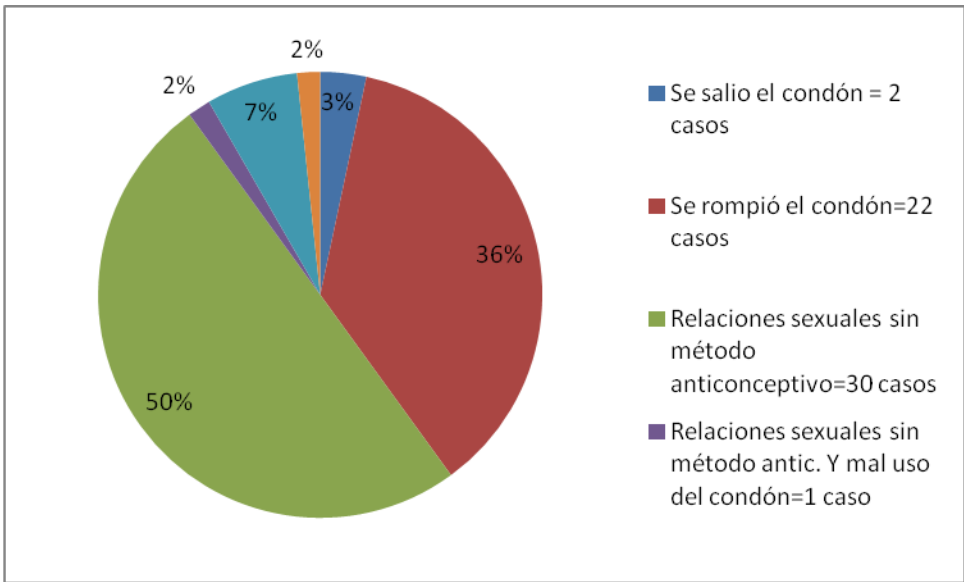


Gráfico: Elaboración propia
Fuente: Prosalud

El mayor porcentaje de solicitud de la PAE, corresponde a tener relaciones sexuales sin ningún método anticonceptivo que equivale al 50% de la muestra, seguido por el rompimiento del condón con un 36% equivalente a 22 casos denunciados.

CONCLUSIONES

Este trabajo ha realizado un recorrido desde el análisis de las políticas públicas, los enfoques de derechos humanos y género, y enfatiza su análisis en la Píldora de Anticoncepción de Emergencia, más conocida como PAE, que ha tenido muchas dificultades desde la promulgación de la ley.

Estas dificultades se producen por la inexistencia de un Estado Garante que proteja los derechos humanos de sus ciudadanos y ciudadanas, teniendo como rol fundamental el bien común de las personas, en éste caso en especial de las mujeres y su derecho a decidir sobre sus cuerpos, principio por el cual se debieran diseñar las políticas públicas, principalmente, involucrando a sus directas actoras.

La anticoncepción de emergencia es una política pública que sigue en deuda con las mujeres, porque desde su puesta en marcha han existido muchas dificultades para el acceso, la información y la distribución de ella. Esto responde principalmente, a factores tanto ideológicos como religiosos representados por políticos de la derecha y centro derecha conservadora Chilena, quienes definen el destino de las mujeres, ejerciendo su poder político y religioso.

Los Servicios Públicos de Salud, no han cumplido la normativa legal de la entrega de la PAE a las mujeres, con ello, caen en una ilegalidad. Tal ilegalidad no ha sido sancionada por el Estado porque no existe una voluntad política para hacerlo, además de no realizar el control y la evaluación de la política.

Gran importancia, tuvieron las movilizaciones sociales por la defensa de la anticoncepción de emergencia y por el derecho a decidir de las mujeres, impulsadas por el movimiento feminista en Chile, acciones relevantes en la protección de los derechos humanos, principalmente, en los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres.

Es muy importante la incorporación de los enfoques de género y derechos humanos en forma transversal en las políticas públicas, para así garantizar que en su diseño se establezcan todas las dimensiones necesarias para obtener una política con equidad.

Se necesita un movimiento social activo y observante de todo lo que sucede alrededor del Estado, sus políticas, sus funcionamientos y sus recursos, para ello, es importante tener una sociedad empoderada, y en especial en las mujeres, organizadas y politizadas, exigiendo el derecho a decidir sobre la soberanía de sus cuerpos, la autonomía de elegir y participar activamente de las políticas y de todos los espacios de poder en la sociedad.

PROPUESTAS

- Implementar una legislación integral que reconozca y proteja el derecho de las personas a decidir libre y autónomamente sobre los derechos sexuales y reproductivos.
- Poner en discusión en el congreso nacional el Proyecto de Ley marco sobre Derechos Sexuales y Reproductivos.
- Fiscalizar al Estado de Chile desde la Sociedad Civil y el Movimiento Feminista, observando y realizando seguimiento a las políticas públicas relacionadas con la salud sexual y reproductiva de las mujeres, así como otros ámbitos también, como es el caso de la violencia.
- Conocimiento público y masivo de la existencia de las convenciones y tratados internacionales de protección a los derechos humanos de las mujeres.
- Realización de diversas actividades de promoción sobre la libertad de decidir de las mujeres sobre sus cuerpos y su autonomía.

BIBLIOGRAFIA

- Gary Becker, 1995, *Conceptos Básicos en el análisis de las políticas públicas*, Instituto de Asuntos Públicos, Universidad de Chile.
- Ministerio de Salud, 2001, *Transversalización de la perspectiva de género en las políticas de Reforma de Salud en Chile*.
- Elizabeth Guerrero, 2005, *Transversalización de la perspectiva de género en Chile, en la búsqueda de la equidad*.
- María Isabel Matamala, Thelma Gálvez, Elsa Gómez, 2005, *Determinantes Sociales de la Salud en Chile. En la perspectiva de la Equidad*, Editoras: Liliana Jadue, Fabiola Marín.
- Camila Maturana, 2004, *Derechos Sexuales y Reproductivos en Chile a diez años de El Cairo*.
- Biblioteca del Congreso Nacional, 2010.
- Gloria Maira Vargas, 2010, *Y Votamos por ella, Michelle Bachelet: miradas feministas*, Editoras: Carmen Torres y Alessandra Burotto.
- Claudia Dides, María Cristina Benavente y José Manuel Morán, 2010, *Entrega de la píldora anticonceptiva de emergencia en el sistema de salud municipal, Chile: estado de situación*.
- Michelle Bachelet, 2008, *Cuenta Pública discurso del 21 de Mayo de 2008*.

Fuentes Electrónicas

- <http://movimientoanticoncepcion.blogspot.com/>
- http://www.prosaludchile.org/es_pildoras_anticonceptivas_de_emergencia.php