

Salud Sexual y Reproductiva en Chile 2007: actualización de datos estadísticos

Programa Género y Equidad

Claudia Dides C.
José Manuel Morán F.
M. Cristina Benavente R.
M. Soledad Pérez M.

Agradecimientos a:
Alejandro Guajardo A.



306.7083

S181 Salud sexual y reproductiva en Chile 2007: actualización de datos estadísticos/ FLACSO-Chile. Programa de Género y Equidad, Claudia Dides C., José Manuel Morán E., Cristina Benavente R., Soledad Pérez M. Santiago, Chile: FLACSO, 2008. 84 pp.
ISBN: 978-956-205-227-6

SALUD SEXUAL; SALUD REPRODUCTIVA; EMBARAZO; SIDA;
ADOLESCENTES; CHILE

Este libro cuenta con el apoyo de United Nations Population Fund (UNFPA)

RESPONSABILIDADES

Los hallazgos, interpretaciones y conclusiones expresadas en este informe son de exclusiva responsabilidad de FLACSO-Chile y su autoras(es) y no deben atribuirse de ninguna manera a las Naciones Unidas, sus organizaciones asociadas, sus estados miembros, o a los miembros de sus Juntas de Directores Ejecutivos o a los países que éstos representan. Las Naciones Unidas no garantizan la exactitud de los datos que se incluyen en esta publicación y no aceptan ninguna responsabilidad por las consecuencias de su uso.

Diseño y composición: Elisa Araya
Coordinación editorial: Carolina Contreras
Impresión: Alfabetas Artes Gráficas, Santiago de Chile

Todos los derechos reservados.
Esta publicación no puede ser reproducida, en todo o en parte, ni registrada o transmitida por sistema alguno de recuperación de información, en ninguna forma o medio, sea mecánico, fotoquímico, electrónico, magnético, electroóptico, por fotocopia o cualquier otro, sin permiso previo, por escrito, de la editorial

Primera edición: octubre, 2008
ISBN: 978-956-205-227-6
Registro de Propiedad Intelectual N° 174.614

© FLACSO-Chile, 2008
Av. Dag Hammarskjöld 3269, Vitacura
Santiago de Chile
www.flacso.cl

Índice

Introducción	5
Situación de las Estadísticas en Salud Sexual y Reproductiva en Chile	8
Estadísticas Vitales y Demográficas	9
Sexualidad en Adolescentes y Jóvenes	17
Iniciación Sexual	17
Métodos Anticonceptivos y de Prevención	21
Relaciones Sexuales Estables y Ocasionales	26
Embarazo	28
Embarazo Adolescente	29
Antecedentes Generales de Embarazo	34
Fecundidad en Pueblos Originarios	39
Regulación de la Fertilidad	41
Atenciones de Regulación de la Fertilidad	41
Distribución de Métodos de Regulación de Fertilidad en Mujeres	44
Esterilizaciones	49
ITS y VIH/SIDA	52
Infecciones de Transmisión Sexual (ITS)	52
VIH/SIDA	55
Violencia de Género	60
Violencia Intrafamiliar en Adolescentes	64
Violencia de género con resultado de muerte	67
Salud de Mujeres y Hombres	73
Cáncer Cervicouterino	75
Cáncer de Mama	77
Cáncer de Próstata	80
Bibliografía	82

Introducción

El Programa Género y Equidad de FLACSO-Chile, en colaboración con UNFPA y el apoyo técnico de la Organización Panamericana de la Salud OPS-OMS, tiene el agrado de dar a conocer en este Documento de Trabajo la actualización de estadísticas en el ámbito de la salud sexual y reproductiva en Chile al año 2007.

El objetivo de este trabajo fue recolectar, actualizar y describir la información estadística disponible relacionada con salud sexual y reproductiva (SSR) en el país, incluido el VIH/SIDA y las ITS, considerando la perspectiva de género y étnica del país.

Como es sabido la salud sexual y reproductiva desde el Programa de Acción de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (El Cairo 1994)¹ ha considerado la incorporación de diferentes aspectos relacionados con el bienestar físico, mental y social, en los temas de reproducción y enfermedades de transmisión sexual, incluyendo la capacidad de disfrutar una vida sexual sin riesgos, además de la libertad para decidir en estos ámbitos, con el asesoramiento y la atención correspondiente². En este contexto Chile ha suscrito una serie de acuerdos internacionales, originados, en las Conferencias de Naciones Unidas, en particular la de Población y Desarrollo de El Cairo (1994) y la IV Conferencia Mun-

dial de la Mujer, Beijing (1995), lo que se ha traducido en el diseño y elaboración por parte del Estado chileno de las bases de las políticas públicas, desarrollando acciones tendientes a cumplir los objetivos acordados a nivel internacional.

En este escenario diversas organizaciones de la sociedad civil (ONG's, centros académicos, entre otros) han realizado diferentes esfuerzos desde la difusión, la promoción y la defensa de la salud sexual y reproductiva y sus derechos, pasando por incidencia en la políticas públicas principalmente desde el enfoque de derechos y género, hasta diagnósticos e investigaciones exploratorias, descriptivas y en profundidad de la realidad nacional sobre temáticas como violencia de género, embarazo adolescente, regulación de la fertilidad, educación sexual, VIH/SIDA, ETS, entre otros. En este proceso, en los últimos años se han logrado importantes avances con algunos sectores gubernamentales que es necesario seguir consolidando en el mediano y largo plazo.

No obstante, existen a nuestro juicio una serie de déficit en los que es necesario profundizar; y en este contexto consideramos que si bien existe un importante acervo de investigaciones y líneas de acción en el país, aún no se ha logrado de manera evidente el establecimiento de lo que ONUSIDA, UNFPA,

1. Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo. El Cairo, 5 a 13 septiembre de 1994. Disponible en: www.cinu.otg.mx/temas/desarrollo/dessocial/población/icpdf1994.htm Recuperado: septiembre de 2007.
2. Párrafo 7.2 de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo. El Cairo, 5 a 13 septiembre de 1994.

OMS e IPPF han denominado vínculos prioritarios entre SSR y VIH/SIDA³.

Este esfuerzo por vincular estas temáticas surge de la evidencia que los problemas y situaciones comparten causas de origen, como las brechas de equidad, las inequidades de género, junto a la pobreza y la marginalización social de la mayoría de las poblaciones vulnerables. Relacionar el VIH/SIDA con las políticas y las acciones relativas a la salud sexual y reproductiva es una condición para contribuir a lograr el acceso universal a los servicios en este ámbito, además de actuar eficazmente frente a la propagación del VIH/SIDA y las enfermedades de transmisión sexual.

Considerar el problema en su interrelación (brechas de equidad, inequidades de género, pobreza, marginalización entre otros factores) no solo conduce a una serie de beneficios importantes para la salud pública, sino que también implica la posibilidad de repensar y reflexionar teóricamente a partir de los comportamientos de adolescentes, jóvenes, mujeres, hombres, indígenas, adultas/os mayores.

Así, por ejemplo, la diversidad étnica no ha sido considerada en las investigaciones, y si bien hay esfuerzos incipientes tanto desde la academia como desde el mundo de los DD.HH. por este tema, las temáticas de sexualidad y reproducción desde los pueblos indígenas no han sido tratados públicamente, ya que son considerados parte del ámbito privado por su cultura; por lo mismo,

una aproximación a ellos requiere un tratamiento con pertinencia étnica.

Una de las primeras aproximaciones necesarias para comprender y profundizar la vinculación entre género, salud sexual y reproductiva y VIH/SIDA incluyendo un enfoque de derechos e interculturalidad, son las estadísticas disponibles en el país. La información estadística que presentamos a continuación fue recolectada desde diversas fuentes, las cuales corresponden tanto a datos cuantitativos oficiales como de estudios e investigaciones académicas.

Originalmente, la información a revisar contemplaba seis grandes tópicos, a saber, Violencia de Género, VIH/SIDA e ITS, Embarazo Adolescente, Regulación de la Fertilidad, Anticoncepción de Emergencia y Educación Sexual. No obstante, nos encontramos con problemas de disponibilidad de información estadística relacionada con los dos últimos temas señalados, por tanto son excluidos de este diagnóstico. Para el caso del embarazo adolescente, el presente informe asocia este con la situación del embarazo general, desagregando la información según rangos etarios. Adicionalmente, se incluyen algunos temas generales de salud sexual y reproductiva en hombres y mujeres, con la finalidad de enriquecer el contenido de este documento.

De este modo, se da cuenta de los siguientes temas específicos: estadísticas vitales y demográficas, sexualidad en adolescentes y jóvenes, embarazo, regulación de la fecundidad, VIH/SIDA e ITS,

3. OMS, UNFPA, ONUSIDA, IPPF (2006). Salud Sexual y Reproductiva y VIH/SIDA. Un marco de referencia para establecer vínculos prioritarios. Recuperado en: http://www.who.int/reproductive-health/stis/framework_es.html Consultado: diciembre 2007.

violencia, salud en hombres y mujeres. Los datos han sido desagregados, en su mayoría, según sexo y según pertenencia

étnica, incorporando de este modo un enfoque de género e interculturalidad en las descripciones.

Fuentes gubernamentales consultadas
Comisión Nacional del SIDA, Ministerio de Salud
Departamento de Estadísticas del Ministerio de Salud
Instituto Nacional de Estadísticas
Instituto Nacional de la Juventud
MECESUP
Ministerio de Educación
Ministerio de Justicia
Ministerio de Planificación y Cooperación
Ministerio de Salud
Secretarías Regionales Ministeriales de Salud
Servicio Médico Legal
Servicio Nacional de la Mujer
Servicios de Salud Pública

> Situación de las Estadísticas en Salud Sexual y Reproductiva en Chile

Son cinco las situaciones respecto a la información estadística disponible que nos parece relevante mencionar.

La primera de ellas dice relación con la accesibilidad a la información; si bien existe información disponible *online*, hay una gran proporción a la que se puede acceder solo mediante autorización del organismo responsable. Tal es el caso de un alto porcentaje de las estadísticas del Sistema Público de Salud, accesible solo mediante una clave otorgada por el Departamento de Estadísticas del Ministerio correspondiente. Estas estadísticas dan cuenta de la información preliminar de notificaciones de diversa índole provenientes de los distintos Servicios Públicos de Salud del país, y resultan ser un insumo muy importante para el análisis de la situación actual de la salud en Chile.

La segunda situación está relacionada con los pueblos originarios en Chile; no se cuenta con datos estadísticos oficiales en la mayoría de los temas que considera la salud sexual y reproductiva, lo que plantea el desafío de incorporarlos, de manera de considerar tanto las situaciones concretas como las opiniones que existen desde el mundo indígena respecto de estas temáticas, para conocer las brechas ya no solo en términos de género, sino que también considerando la diversidad cultural y étnica del país. La escasa información estadística recopi-

lada corresponde en su mayoría a estadísticas sociales de los pueblos indígenas publicadas por el INE y MIDEPLAN/BID.

La tercera situación se vincula con la disponibilidad de cruces estadísticos relevantes. Existe una amplia información disponible en varias temáticas, pero esta no siempre se encuentra desagregada según sexo, edad, etnia u otras variables que pueden resultar de interés para investigaciones en salud integral y/o en salud sexual y reproductiva, y que permitan identificar grupos vulnerables.

En cuarto lugar, existe información que no ha sido actualizada y que corresponde a datos vigentes hace cinco años o más, lo que dificulta el análisis de la situación actual.

Finalmente, se observa que hay información que aún no ha sido debidamente publicada. Tal es el caso de información estadística relacionada, por ejemplo, con el acceso y uso de anticoncepción de emergencia en los servicios públicos, y sobre la educación sexual que se imparte en colegios privados, subvencionados y municipalizados.

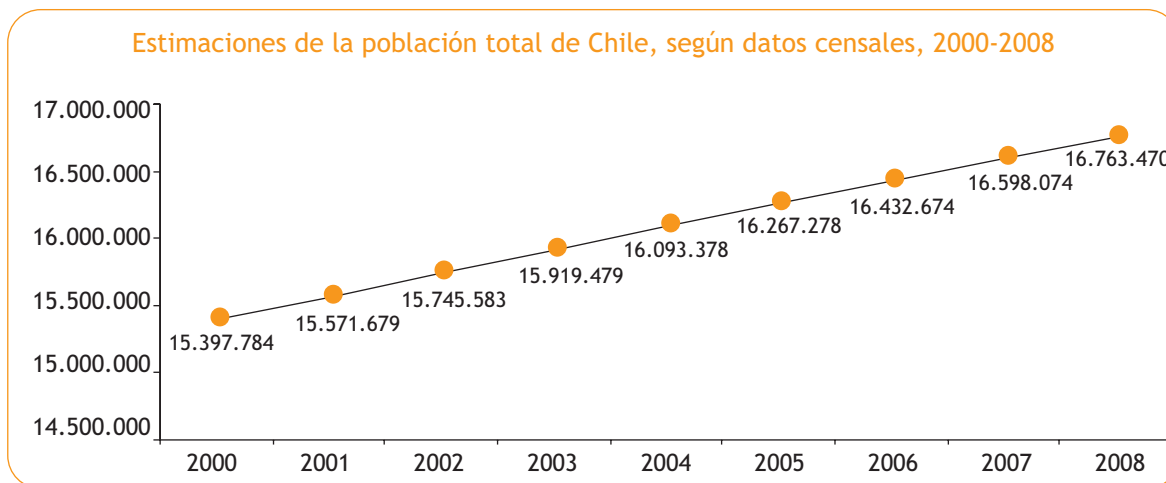
Todo esto da cuenta de una situación en la que, si bien existe información estadística, esta puede ser aún mejorada, lo que ayudaría sin duda a una óptima comprensión del actual panorama en salud sexual y reproductiva en Chile.

ESTADÍSTICAS VITALES Y DEMOGRÁFICAS

La población total de Chile, según los datos del Censo 2002, ascendía a más de 15 millones y medio en dicho año (Gráfico 1). Según estimaciones del INE, como se aprecia en el Gráfico 1, duran-

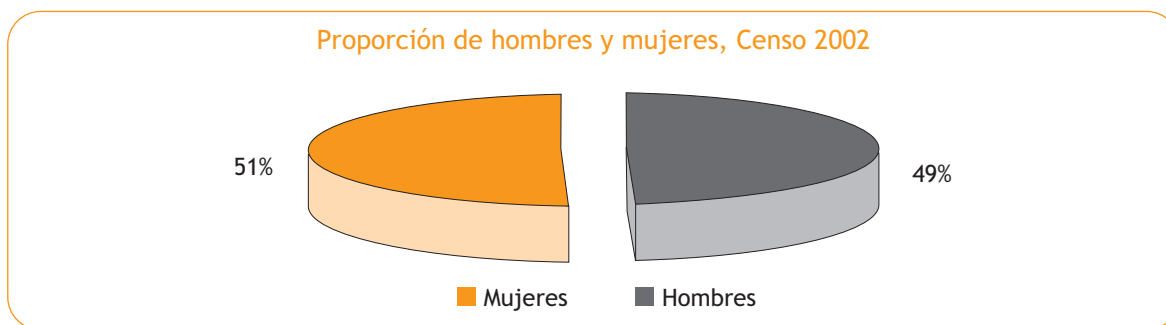
te el año 2008 la cifra total de hombres y mujeres ascendería a más de 16 millones y medio. La proporción de hombres y mujeres en el Censo de 2002 da cuenta de un 49% y un 51%, respectivamente.

Gráfico 1



Fuente: Elaboración propia a partir de INE. Chile: Proyecciones y estimaciones. Total País. 1950 - 2050⁴.

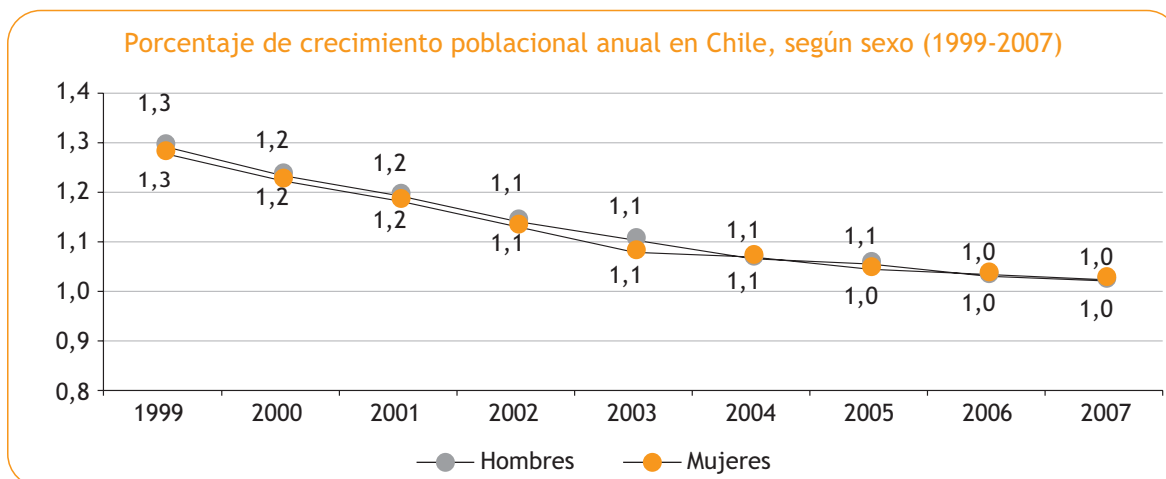
Gráfico 2



Fuente: Elaboración Propia a partir de INE. (s.f). Chile: Proyecciones y estimaciones. Total País. 1950 - 2050⁵.

4. Recuperado de http://www.ine.cl/canales/chile_estadistico/demografia_y_vitales/proyecciones/MenPrincOK.xls Accesado: noviembre 2007.
5. *Idem.*

Gráfico 3

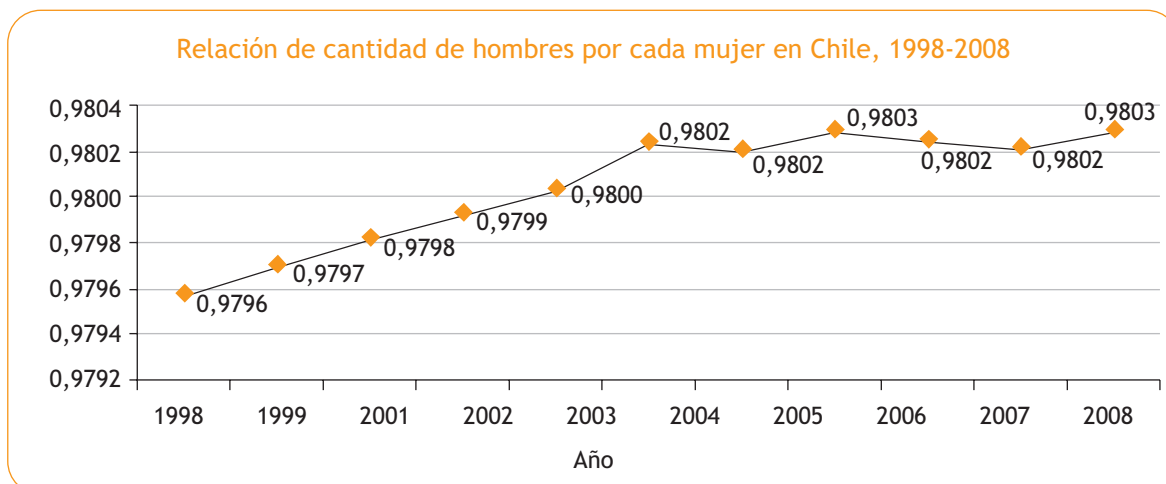


Fuente: Elaboración propia a partir de CEPAL (2008). CEPAL STAT. Estadísticas de América Latina y el Caribe. Recuperado de <http://websie.eclac.cl/sisgen/ConsultaIntegrada.asp?idAplicacion=11&idioma=e> Consultado en julio del 2008.

Sin embargo, en el Gráfico 3 se aprecia que en ambos sexos el porcentaje anual de crecimiento poblacional ha tendido a disminuir, aminorándose además la brecha de crecimiento entre hombres y mujeres. Esto último se aprecia con mayor claridad en el Gráfico 4, donde se

observa que la relación entre hombres y mujeres se acerca cada año más a estar uno a uno, es decir, a que haya una mujer por cada hombre en el país, en circunstancias que en el año 1998, la relación era de 0,979 hombres por cada mujer.

Gráfico 4

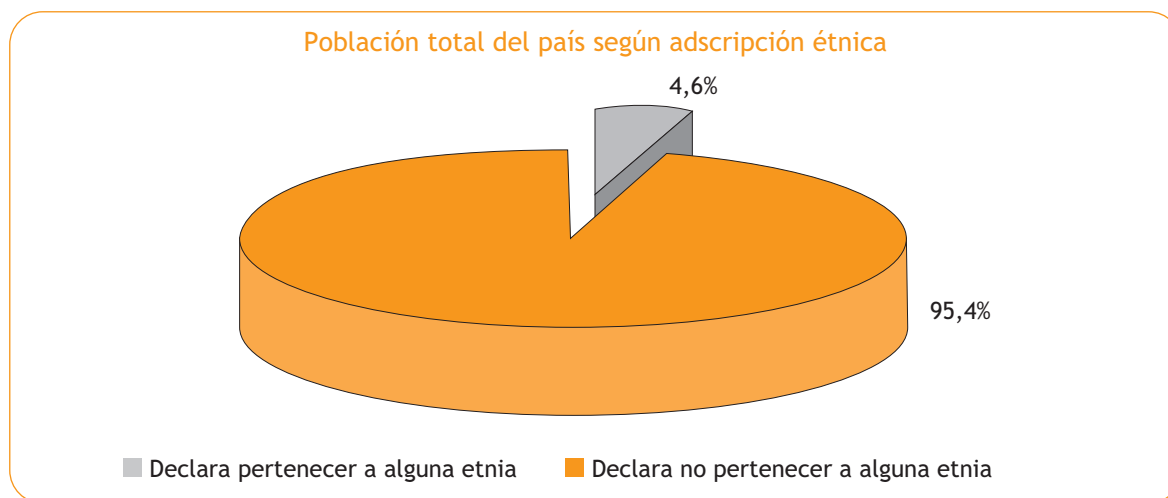


Fuente: Elaboración propia a partir de CEPAL (2008). CEPAL STAT. Estadísticas de América Latina y el Caribe. Recuperado de <http://websie.eclac.cl/sisgen/ConsultaIntegrada.asp?idAplicacion=11&idioma=e> Consultado en julio 2008.

Según el Censo de 2002, 692.192 habitantes se declaraban pertenecientes a culturas indígenas, lo que equivale al 4,6% del total de la población (Gráfico 5).

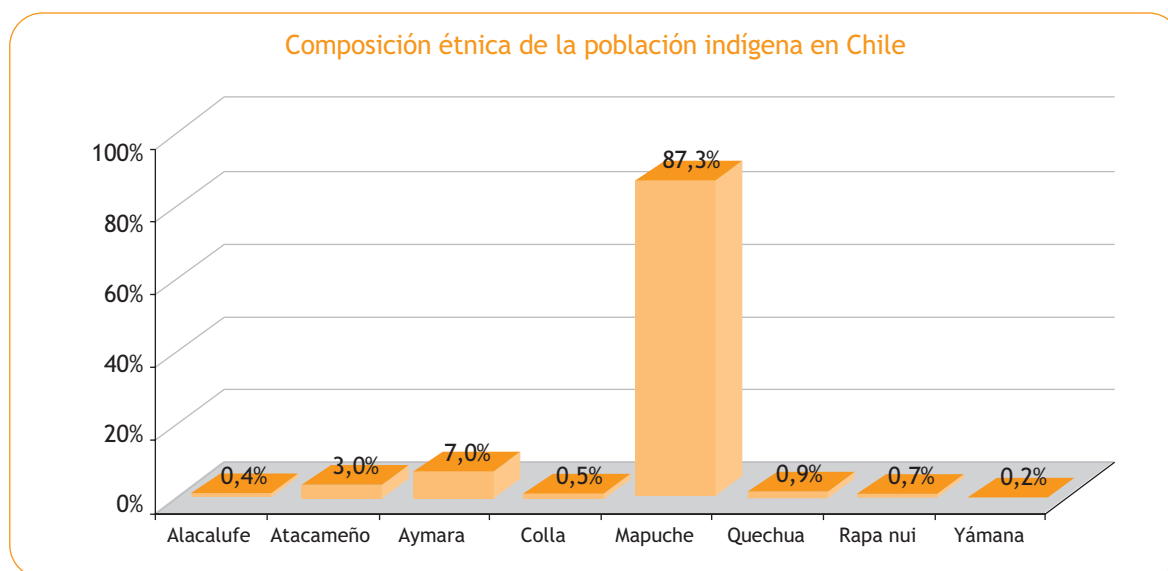
De estos, la gran mayoría pertenece a la etnia mapuche (87,3%), mientras que el segundo lugar lo ocupa la etnia aymara, con un 7,0% (Gráfico 6).

Gráfico 5



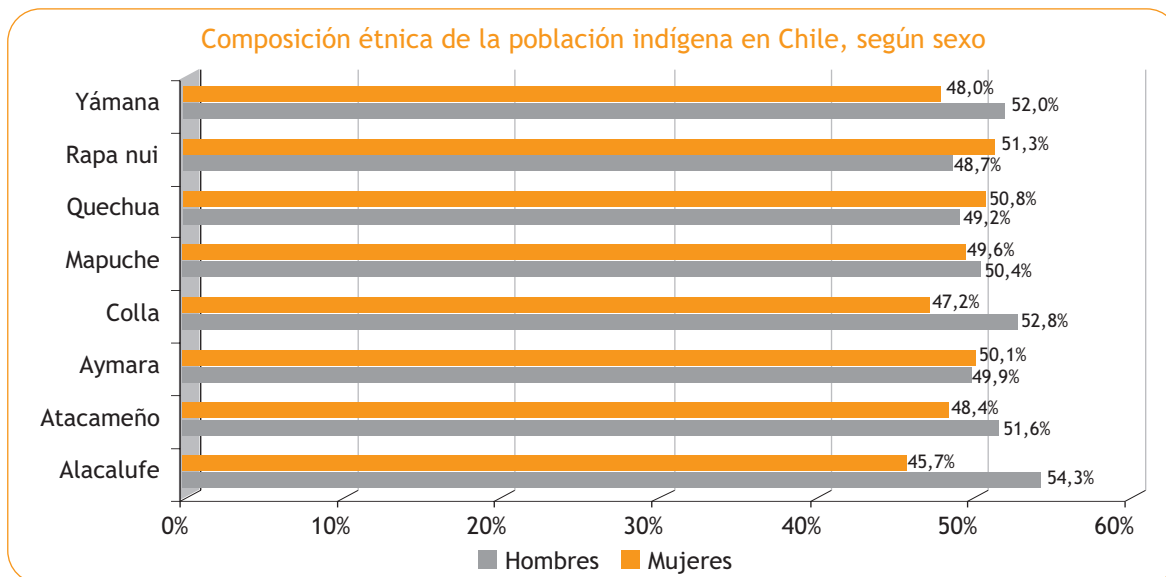
Fuente: INE (s.f.). Estadísticas sociales de los pueblos indígenas en Chile. Censo 2002.

Gráfico 6



Fuente: INE (s.f.). Estadísticas sociales de los pueblos indígenas en Chile. Censo 2002.

Gráfico 7



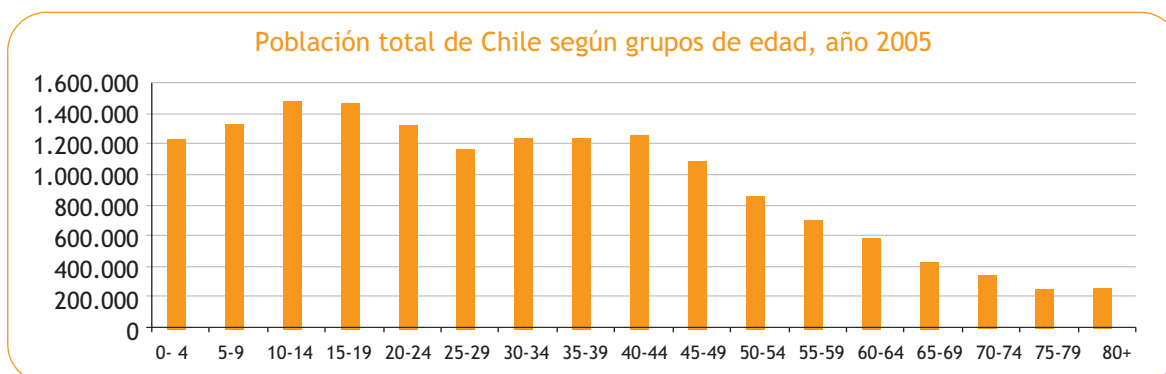
Fuente: INE (s.f.). Estadísticas sociales de los pueblos indígenas en Chile. Censo 2002.

Respecto de la composición étnica de la población indígena por sexo, la etnia que presenta la mayor disparidad poblacional entre hombres y mujeres es la alacalufe, donde la cantidad de hombres supera en alrededor de 9 puntos porcentuales a las mujeres. A esta le sigue la colla, donde se observa una diferencia de 5,6 puntos porcentuales entre hombres y mujeres. Las etnias mapuche y aymara,

por su parte, presentan porcentajes similares entre ambos sexos (Gráfico 7).

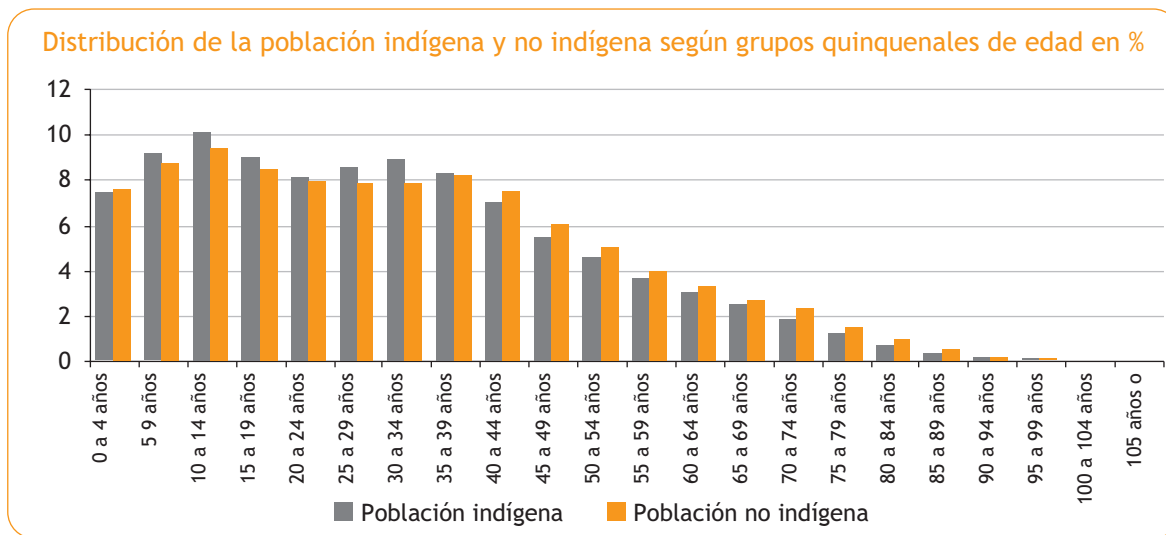
El rango etario que concentra mayor cantidad de población en Chile, corresponde al grupo entre los 10 y los 19 años de edad, mientras que a partir del rango entre 40 y 44 años, la población comienza a disminuir paulatinamente (Gráfico 8).

Gráfico 8



Fuente: Elaboración propia a partir de INE, CEPAL (s.f.). Chile: Proyecciones y Estimaciones de Población. Total País. 1950-2050.

Gráfico 9



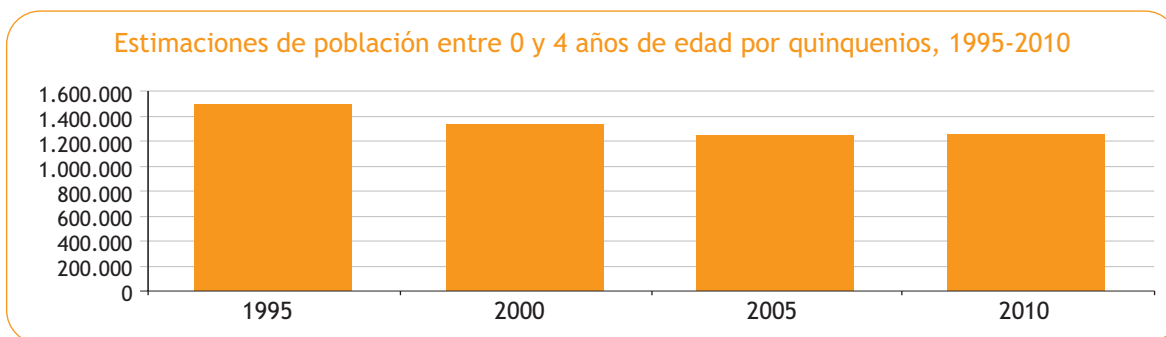
Fuente: INE (s.f.). Estadísticas sociales de los pueblos indígenas en Chile. Censo 2002.

En el Gráfico 9 se observa que a partir de los 40 años de edad la población indígena, porcentualmente hablando, tiende a ser menor que la población no indígena, lo que da cuenta de que la esperanza de vida de la primera tiende a ser menor que la de aquellos/as que no declaran pertenecer a alguna etnia.

Las estimaciones poblacionales realizadas mediante la información cen-

sal señalan que Chile es un país que está tendiendo a “envejecer”, vale decir, la población de mayor edad ha aumentado en el último tiempo, mientras que la población más joven se ha inclinado a disminuir. El Gráfico 10 muestra la tendencia a la disminución de las cifras poblacionales en personas entre 0 y 4 años de edad por quinquenios, estimándose una disminución de alrededor de 200.000 personas desde 1995 hasta el año 2010.

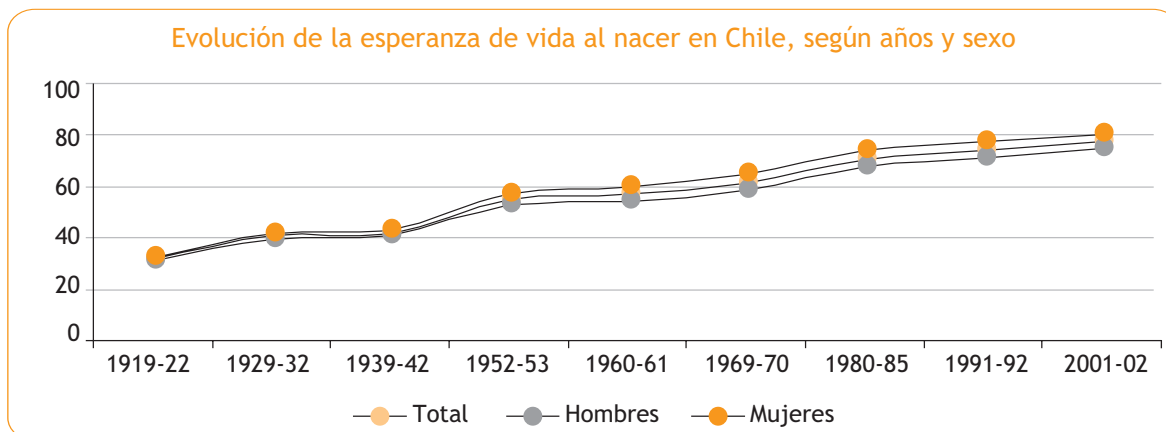
Gráfico 10



Fuente: Elaboración propia a partir de INE (s.f.). Chile: Proyecciones y Estimaciones. Total País. 1950-2050⁶.

6. Recuperado de http://www.ine.cl/canales/chile_estadistico/demografia_y_vitales/proyecciones/MenPrincOK.xls Accedido: noviembre 2007.

Gráfico 11



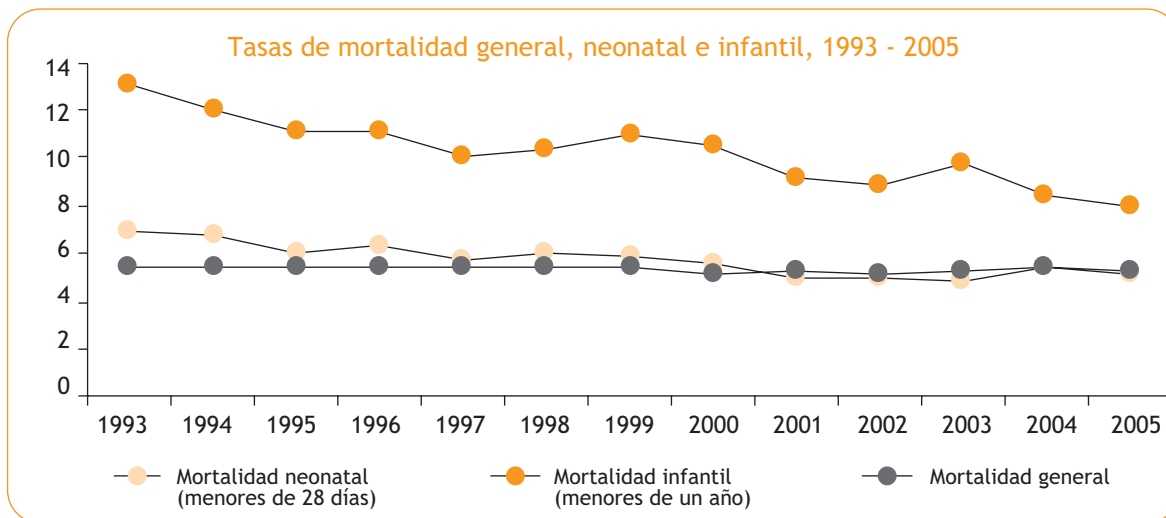
Fuente: Elaboración propia a partir de datos de INE (2004). Enfoques Estadísticos N° 21, junio.

La tendencia al envejecimiento de la población puede ser explicada en parte por el aumento de la esperanza de vida, tanto en hombres como en mujeres, a lo largo del siglo XX, propensión que se mantiene en la actualidad (Gráfico 11). Sin embargo, es notoria la diferenciación existente entre hombres y mujeres para esta variable. Los hombres presentan mayores tasas de mortalidad que las mujeres, lo que hace que la esperanza de vida para estos sea menor. No obstante, se espera que esta aumente en ambos sexos a lo largo del tiempo, debido a la mejoría de las condiciones de vida y de las tecnologías para la prevención y tratamiento de algunas enfermedades⁷.

Por otra parte, como se aprecia en el Gráfico 12, las tasas de mortalidad general han tenido una pequeña disminución a lo largo del tiempo, pasando de 5,5 en 1993 a 5,3 en el 2005, siendo esta tasa mayor en hombres que en mujeres, mientras que las tasas de mortalidad neonatal e infantil sí han presentado una franca disminución en el mismo período, la primera de 1,7 puntos, y la segunda de 5,2 puntos. Estas cifras son el resultado de la amplia cobertura del sistema público de salud de las atenciones por embarazo, parto y puerperio, como también de los niños y las niñas en sus primeros 6 días de vida⁸.

7. Schiappacasse V., Vidal P., Casas L., Dides C., Díaz S. (2003). *Chile: Situación de la Salud y los Derechos Sexuales y Reproductivos*. SERNAM. Con apoyo del UNFPA.
8. Schiappacasse V., Vidal P., Casas L., Dides C., Díaz S. *Op. cit.*

Gráfico 12



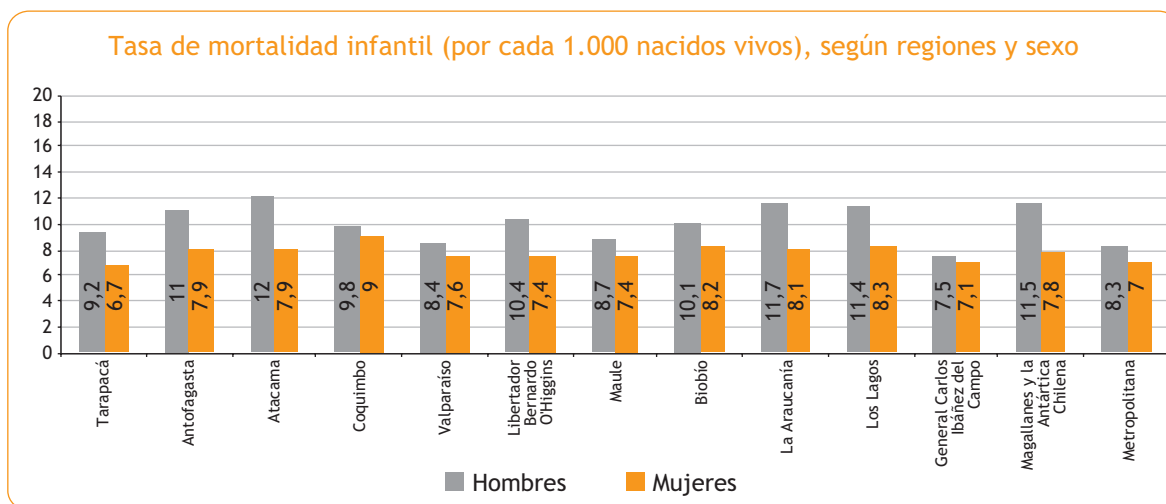
La tasa de mortalidad general se calcula por cada 1.000 habitantes, mientras que la neonatal e infantil por cada 1.000 nacidos vivos.

Fuente: Elaboración propia a partir de INE (2008). Anuario Estadísticas Vitales 2005; INE (2003). Anuario de Estadísticas Vitales 2003; INE (1997). Anuario de Demografía 1997.

La mortalidad infantil es más alta entre los hombres en todas las regiones del país, sin embargo la brecha entre hombres y mujeres varía. Así, las mayo-

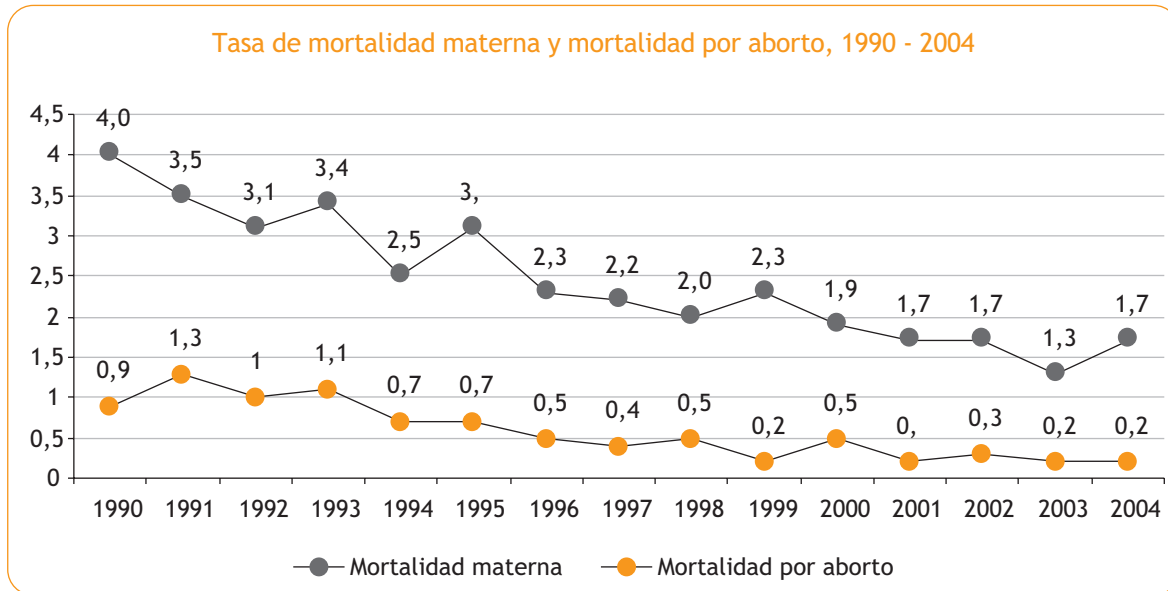
res diferencias se dan entre las regiones de Atacama (4,1%), Magallanes (3,7%) y La Araucanía (3,6%).

Gráfico 13



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de INE (2004). Enfoques Estadísticos N° 21, junio.

Gráfico 14



Tasas por cada 10.000 nacidos vivos.

Fuente: Hoffmeister, Lorena (2007). "Diagnóstico de salud –incluida salud sexual y reproductiva e ITS/VIH/SIDA– de adolescentes y jóvenes en Chile". Programa Nacional de Adolescentes y Jóvenes, Ministerio de Salud de Chile.

SEXUALIDAD EN ADOLESCENTES Y JÓVENES

> Iniciación Sexual

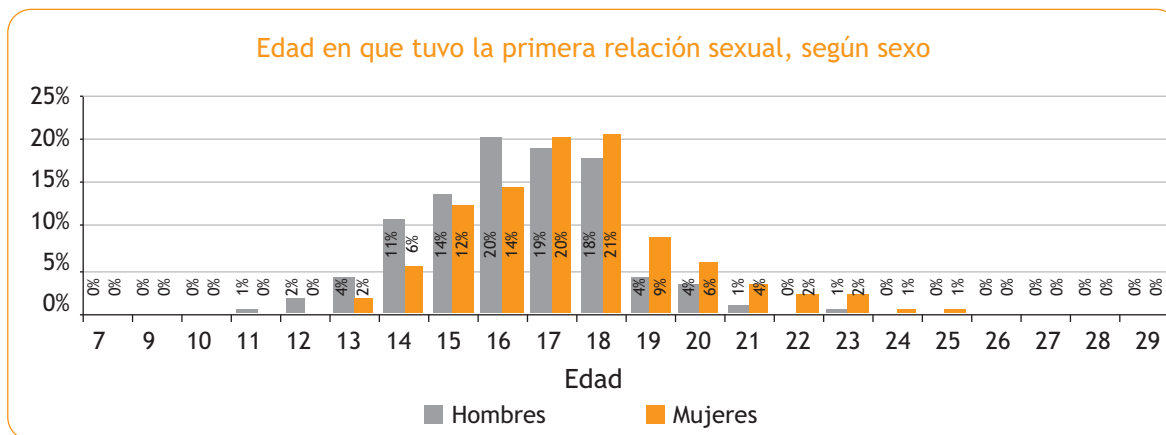
Hasta antes de los noventa, la edad promedio de iniciación sexual fluctuaba entre los 17 y 20 años, pero desde el año 1994 en adelante ha ido disminuyendo el promedio de edad. Al cruzar esta variable con el NSE e instrucción, se tiene que en los sectores socioeconómicos más bajos, la edad de iniciación sexual es menor.

En el Gráfico 15 se observa que, actualmente, la mayor tasa de iniciación

sexual se concentra entre los 16 y los 18 años de edad, tanto para hombres (57%) como para mujeres (55%), tendencia que se mantiene constante entre regiones, como se desprende de la Tabla 1.

La edad de inicio de las relaciones sexuales en hombres tiende a ser menor que la de las mujeres. Esto por cuanto los hombres presentan el mayor porcentaje de iniciación sexual a los 16 años de edad, mientras que las mujeres a los 18 años.

Gráfico 15



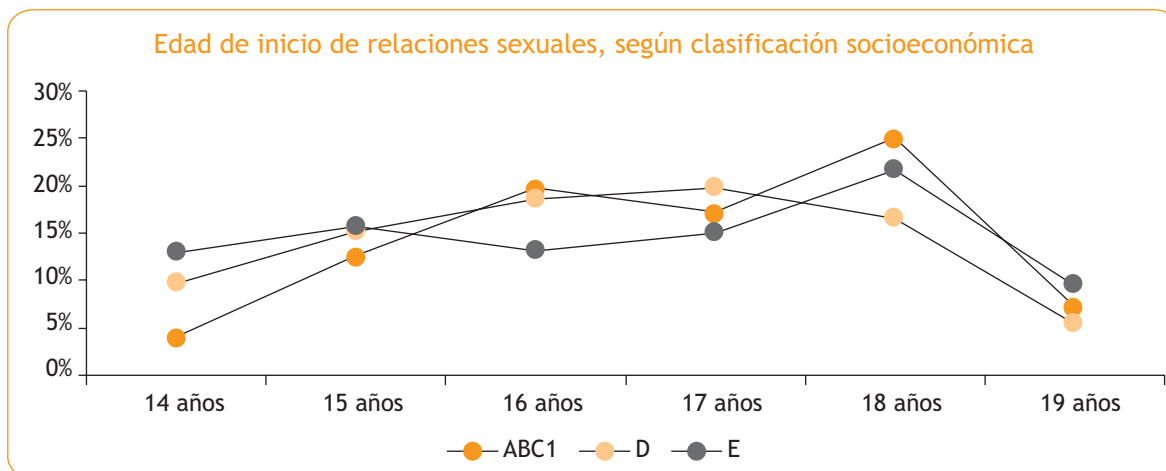
Fuente: INJUV (2007). V Encuesta Nacional de Juventud [CD - ROM]. Santiago, Chile.

Tabla 1: Edad de inicio de relaciones sexuales, según región

Edad/ Región	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	RM
7	0,00%	0,00%	0,40%	0,20%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,50%	0,00%	0,00%	0,00%
9	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,30%	0,00%	0,00%	0,70%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,20%
10	0,50%	0,00%	0,00%	0,50%	0,90%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,30%	0,00%
11	0,00%	0,30%	0,00%	0,30%	0,00%	0,00%	0,50%	0,20%	0,60%	0,00%	0,70%	0,00%	0,50%
12	1,10%	0,50%	0,00%	0,80%	0,20%	0,20%	2,20%	0,80%	2,00%	0,70%	0,80%	2,60%	1,50%
13	4,00%	1,00%	1,80%	7,40%	2,80%	3,00%	2,60%	1,40%	2,60%	4,30%	5,50%	2,40%	3,40%
14	6,90%	7,10%	9,50%	12,00%	7,80%	5,50%	10,70%	8,50%	7,20%	4,60%	9,40%	6,30%	9,20%
15	14,30%	12,60%	7,00%	15,40%	16,20%	11,90%	11,30%	8,70%	12,20%	10,90%	16,10%	13,00%	14,10%
16	21,30%	20,70%	22,00%	18,20%	17,70%	18,00%	10,70%	14,80%	14,60%	17,00%	15,70%	16,70%	18,50%
17	18,40%	19,80%	25,80%	18,10%	18,20%	21,50%	22,00%	18,40%	24,00%	24,60%	21,20%	22,70%	18,30%
18	15,70%	20,50%	16,30%	17,30%	17,70%	18,70%	19,10%	21,00%	19,40%	18,80%	15,40%	16,10%	19,60%
19	5,20%	6,70%	7,70%	3,70%	6,50%	7,50%	7,80%	9,80%	7,80%	7,00%	4,60%	6,40%	5,40%
20	6,30%	4,70%	4,50%	2,70%	3,90%	7,50%	5,70%	7,80%	3,70%	6,80%	3,80%	7,30%	3,40%
21	2,20%	2,90%	2,40%	1,20%	2,70%	1,50%	2,20%	2,70%	2,90%	2,00%	0,70%	1,90%	2,20%
22	1,80%	1,20%	0,50%	0,30%	2,60%	0,60%	2,60%	0,90%	1,70%	0,90%	1,90%	0,30%	0,90%
23	1,30%	0,60%	0,00%	0,80%	0,00%	0,60%	2,10%	1,20%	0,30%	1,60%	1,30%	1,60%	1,60%
24	0,40%	0,40%	0,00%	0,00%	0,80%	0,30%	0,00%	0,60%	0,40%	0,00%	0,00%	0,20%	0,50%
25	0,40%	0,60%	0,50%	0,40%	0,40%	0,50%	0,00%	0,00%	0,00%	0,30%	0,00%	1,00%	0,20%
26	0,00%	0,50%	0,00%	0,00%	0,00%	1,10%	0,30%	1,40%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
27	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,60%	0,00%
28	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,40%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
29	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,40%	0,00%	0,00%

Fuente: INJUV (2007). V Encuesta Nacional de Juventud [CD - ROM]. Santiago, Chile.

Gráfico 16



Fuente: INJUV (2007). V Encuesta Nacional de Juventud [CD - ROM]. Santiago, Chile.

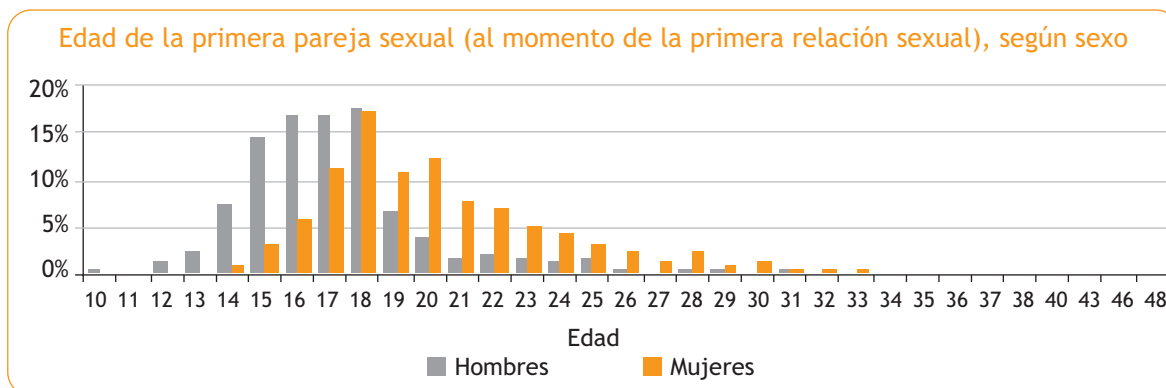
En el Gráfico 16 se observa que la edad de inicio de las relaciones sexuales presenta variaciones por estrato socioeconómico; el estrato más bajo tiende a duplicar al ABC1 en la iniciación sexual a los 14 años de edad. Asimismo, el estrato D supera al estrato alto por más de dos veces en dicha edad.

El estrato ABC1, en tanto, tiene el mayor porcentaje de iniciación sexual en

edades más tardías, con un 25% a los 18 años de edad.

La edad de la primera pareja sexual tiende a ser ampliamente menor en hombres que en mujeres. En el primer caso, la pareja sexual lo hace entre 15 y 18 años de edad, mientras que en las mujeres será entre 17 y 20 años (Gráfico 17).

Gráfico 17

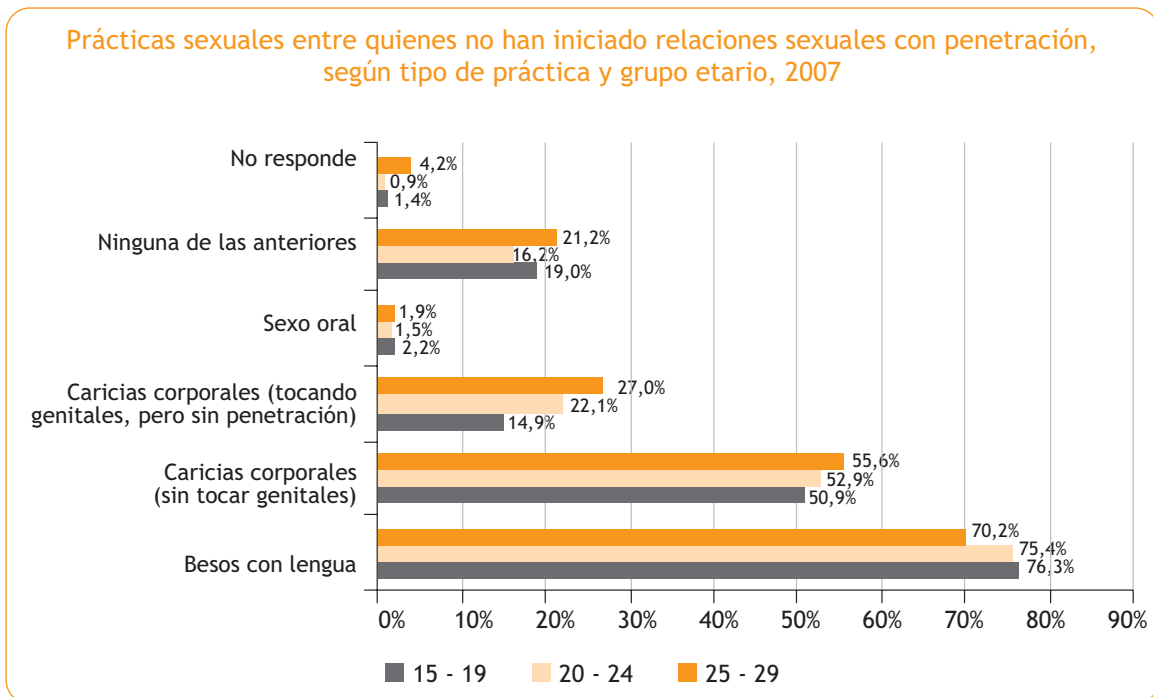


Fuente: INJUV (2007). V Encuesta Nacional de Juventud [CD - ROM]. Santiago, Chile.

La mayoría de los y las jóvenes que no han tenido relaciones sexuales manifiestan que la práctica sexual más recurrente son los besos con lengua seguido por las caricias corporales sin tocar genitales. No se observan diferencias sustantivas según edades.

Sin embargo, entre aquellos/as que manifiestan hacer caricias corporales tocando los genitales, se observan diferencias importantes por edades. Así, mientras el 27% de los y las jóvenes entre 25 y 29 años realizan este tipo de prácticas, solo el 14,9% de los y las adolescentes entre 15 y 19 años las realiza.

Gráfico 18



Fuente: INJUV (2007) V Encuesta Nacional de Juventud [CD - ROM]. Santiago, Chile.

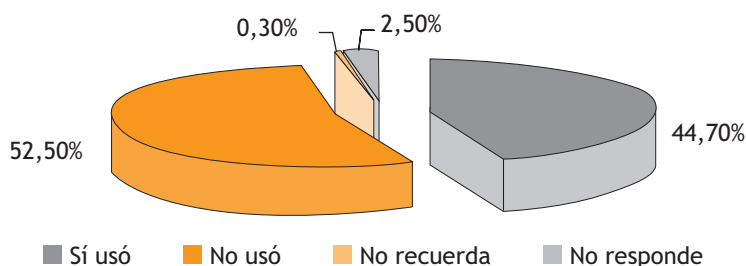
> Métodos de Anticonceptivos y de Prevención

En lo relativo al uso de métodos anticonceptivos, como muestra el Gráfico 19, los datos de la V Encuesta del INJUV señalan que la mayoría de los y las jóvenes tienden a no usar ningún método anticonceptivo durante su primera relación sexual (52,5%), situación que predomina entre los jóvenes de 25 a 29 años de edad, con solo un 35,6% de uso en la primera relación (Gráfico 20).

Por su parte, la mayoría de los/as jóvenes entre 15 y 19 años de edad declaran haber usado algún método de prevención en la primera relación sexual, lo que da cuenta de una brecha generacional respecto de este tema, donde el uso de métodos de prevención en la primera relación tiende a disminuir conforme aumenta la edad del encuestado.

Gráfico 19

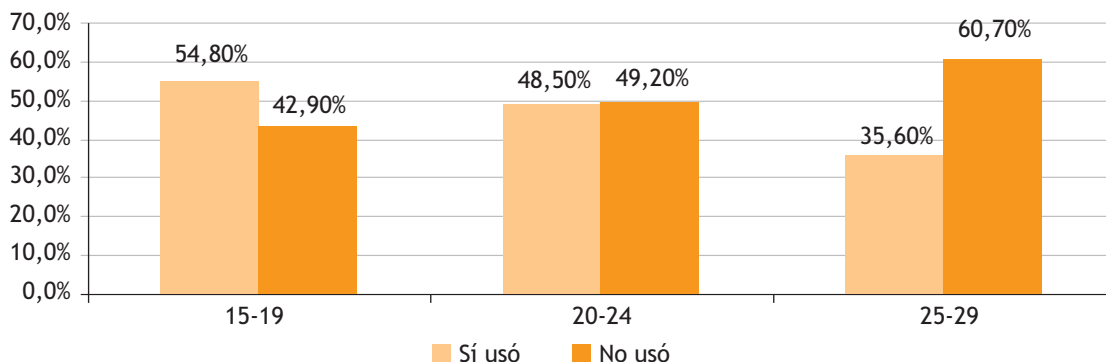
Uso de algún método de prevención durante la primera relación sexual



Fuente: INJUV (2007). V Encuesta Nacional de Juventud [CD - ROM]. Santiago, Chile.

Gráfico 20

Uso de algún método de prevención durante la primera relación sexual, según tramos de edad

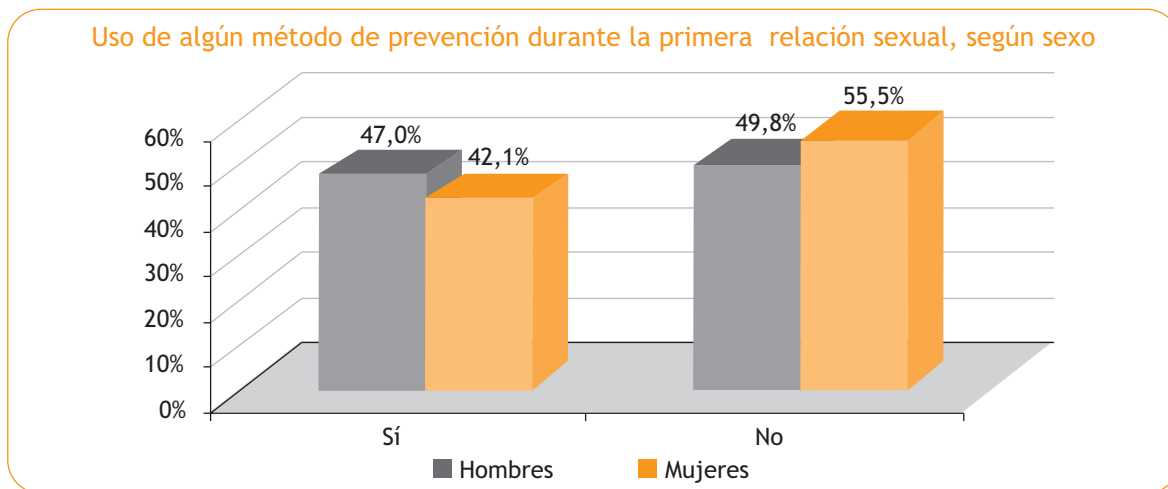


Fuente: INJUV (2007). V Encuesta Nacional de Juventud [CD - ROM]. Santiago, Chile.

En el Gráfico 21 se observa que la prevalencia de uso de algún método de prevención durante la primera relación sexual tiende a ser mayor en mujeres (47,0%) que en hombres (42,1%). Esto puede estar relacionado con la brecha en la edad de la iniciación sexual entre ambos sexos, como se desprende de los datos anteriores.

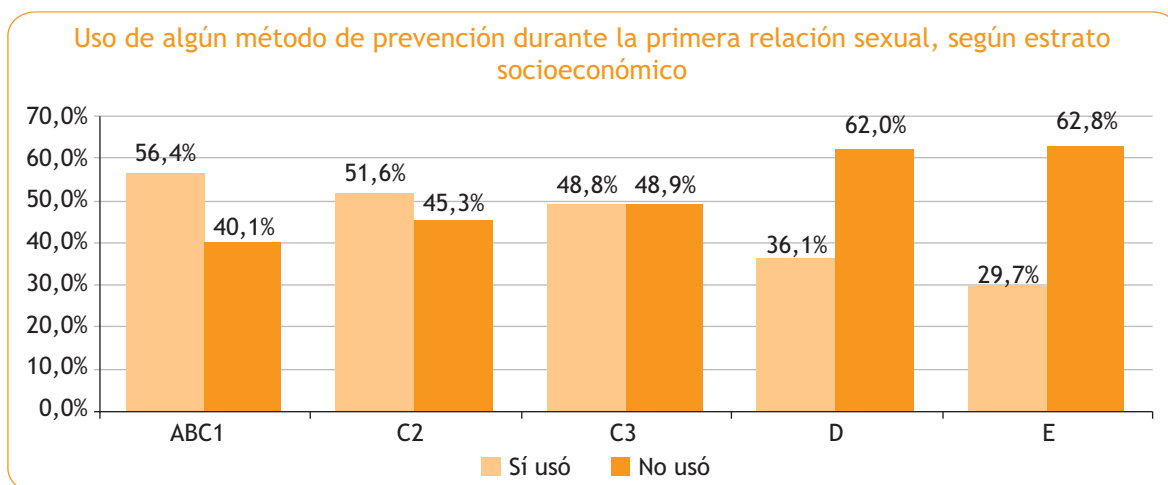
Existe también una brecha socioeconómica en el uso de algún método de prevención en la primera relación sexual. En efecto, en el Gráfico 22 se aprecia un mayor uso en los estratos más altos (56,4%), mientras en los estratos D y E el no uso es de 62% y de 62,8%, respectivamente; solo una/o de cada tres jóvenes tiende a usarlo.

Gráfico 21



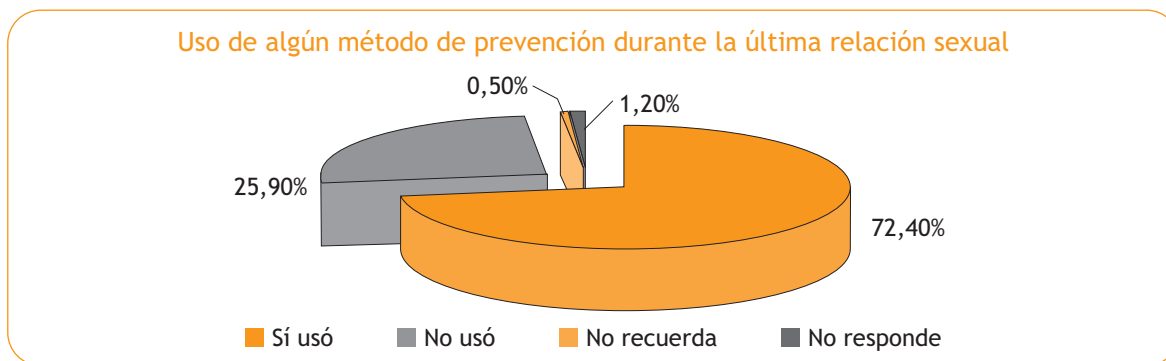
Fuente: INJUV (2007). V Encuesta Nacional de Juventud [CD - ROM]. Santiago, Chile.

Gráfico 22



Fuente: INJUV (2007). V Encuesta Nacional de Juventud [CD - ROM]. Santiago, Chile.

Gráfico 23



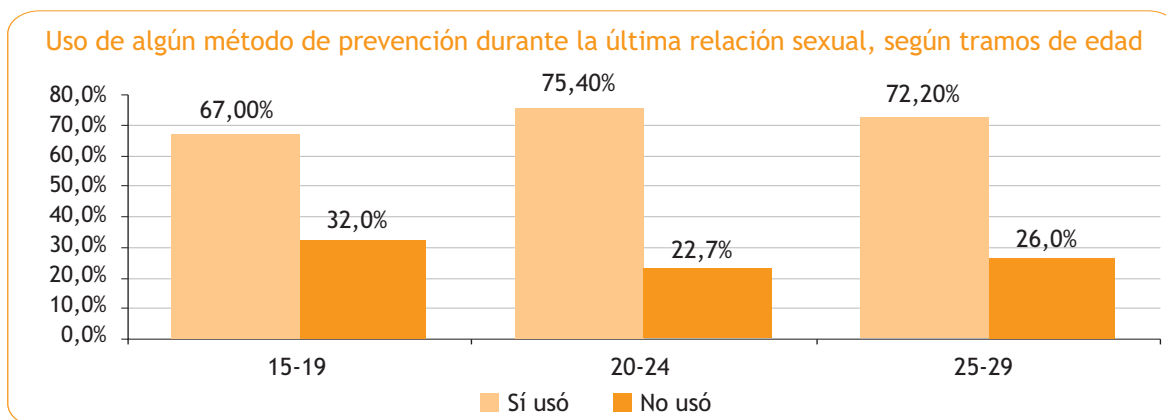
Fuente: INJUV (2007). V Encuesta Nacional de Juventud [CD - ROM]. Santiago, Chile.

En cuanto al uso de algún método de prevención en la última relación sexual, el porcentaje aumenta considerablemente respecto a las estadísticas anteriormente descritas. Así, según la información presentada en el Gráfico 23, el uso de estos es de un 72,4%, existiendo aún un 25,9% de no uso entre los y las jóvenes.

En este caso, la brecha generacional resulta inexistente, lo que significa

que los y las jóvenes, independientemente de sus edades, tienden a presentar las mismas inclinaciones de protección durante sus relaciones sexuales en la actualidad. De hecho, en el Gráfico 24 se observa que la mayor proporción de falta de uso se sitúa entre los jóvenes de 15 a 19 años de edad (32%), lo que refuerza la necesidad de dirigir campañas de protección a este tramo etario.

Gráfico 24

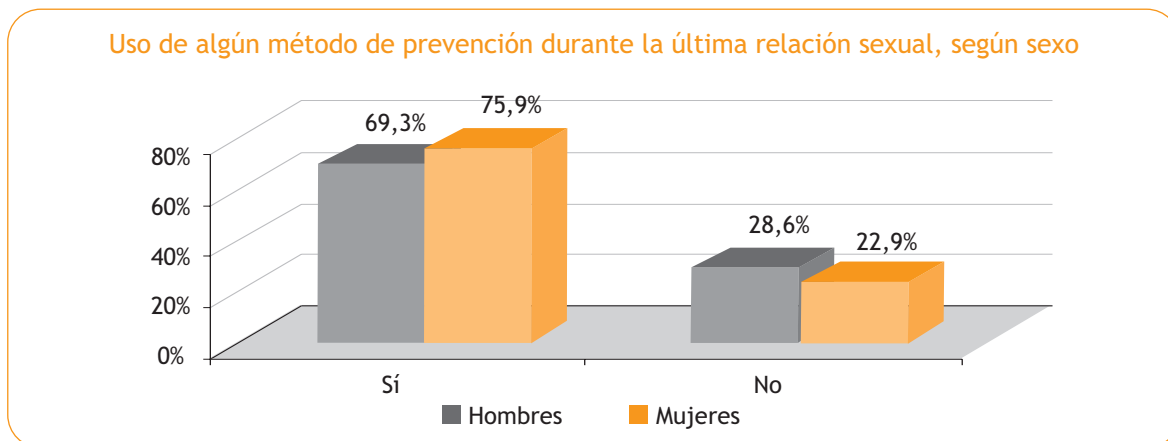


Fuente: INJUV (2007). V Encuesta Nacional de Juventud [CD - ROM]. Santiago, Chile.

La prevalencia de uso de condón varía según tramo etario, disminuyendo desde un 65,7% entre los 15 y 19 años a un 27,7% entre los 25 y 29 años. El uso de

píldora anticonceptiva y DIU aumenta desde un 31,9% en el tramo de 15-19 años a un 67% en el tramo de 25 a 29 años.

Gráfico 25



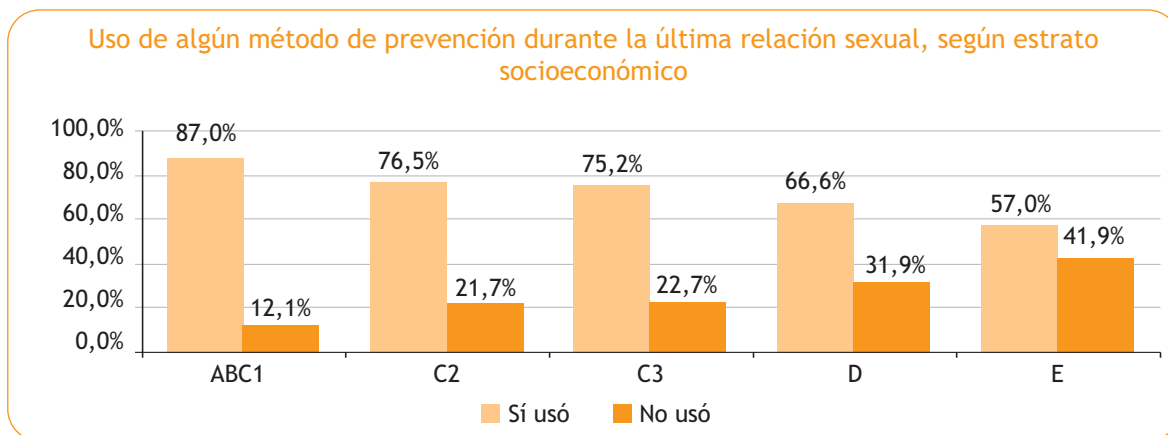
Fuente: INJUV (2007). V Encuesta Nacional de Juventud [CD - ROM]. Santiago, Chile.

En el Gráfico 25 se aprecia que, al igual que en el caso de la primera relación sexual, el uso de algún método de prevención durante la última relación sexual es mayor en mujeres (75,9%) que en los hombres (69,3%).

Sin embargo, si bien los porcentajes de uso de métodos de prevención

en la última relación sexual entre los y las jóvenes tienden a superar el 50%, el Gráfico 26 da cuenta de la existencia de la brecha socioeconómica en el uso de estos, propensión que se asemeja a la del uso de anticonceptivo en la iniciación sexual.

Gráfico 26



Fuente: INJUV (2007). V Encuesta Nacional de Juventud [CD - ROM]. Santiago, Chile.

Así, mientras que en los estratos más altos el uso de métodos anticonceptivos tiende a ser cercano al 90%, en el estrato E solo alcanza un 57%.

Según la V Encuesta del INJUV, el método más usado por hombres entre 15 y 19 años (55,8%) es el condón, mientras que este es usado en un 19,2% entre las mujeres. Las píldoras anticonceptivas es el método más utilizado por las mujeres con un 44,7%. El DIU lo utilizan un 20,6% de las mujeres en este tramo de edad.

En la Tabla 2 se observa que la razón más frecuente para no usar méto-

dos anticonceptivos, es que no les gusta usar ninguno de los métodos que conoce (17,5%), seguido porque la pareja no quería usar (11,3%) y porque quería tener un hijo/a (11,2%). En este sentido, no es menor la proporción de jóvenes que rechazan el uso de métodos anticonceptivos por razones de preferencia de ellos/as o de la pareja, especialmente en el caso de los hombres (20,0%). Para el caso de las mujeres, sin embargo, la razón principal para no usar algún método anticonceptivo es la intención de embarazarse (16,4%), situación que no se presenta con la misma fuerza en los varones.

Tabla 2: Motivos para no usar ningún método de prevención durante la última relación sexual

	Total	Sexo	
		Hombre	Mujer
No conoces o no sabes usar ningún método	1,70%	1,90%	1,40%
No te atreviste a sugerirlo	8,50%	7,80%	9,50%
No te atreviste a preguntar si tu pareja usaba alguno	3,70%	3,70%	3,60%
No te gusta usar ninguno de los métodos que conoces	17,50%	20,00%	13,90%
Tu pareja no quería usar ningún método	11,30%	11,20%	11,30%
Querías tener un(a) hijo(a) - quedar embarazada	11,20%	7,60%	16,40%
Lo solicitaste en un consultorio y no te lo dieron	0,80%	0,10%	1,70%
No tuviste dinero para comprarlo	5,20%	5,30%	4,90%
Porque tu religión no te permite usarlos	0,60%	1,00%	0,00%
Porque es ilegal a tu edad usar métodos	0,30%	0,50%	0,00%
Mi familia se enteraría que tengo relaciones sexuales	1,40%	0,40%	3,00%
No supe donde conseguirlos	3,10%	3,50%	2,50%
Da vergüenza pedir anticonceptivos a mi familia	2,80%	2,50%	3,30%
Da vergüenza pedir anticonceptivos en el consultorio	2,70%	2,60%	2,70%
No pude conseguir un método (farmacia o consultorio cerrado, sexo no planificado)	11,10%	13,10%	8,20%

Fuente: INJUV (2007). V Encuesta Nacional de Juventud [CD - ROM]. Santiago, Chile.

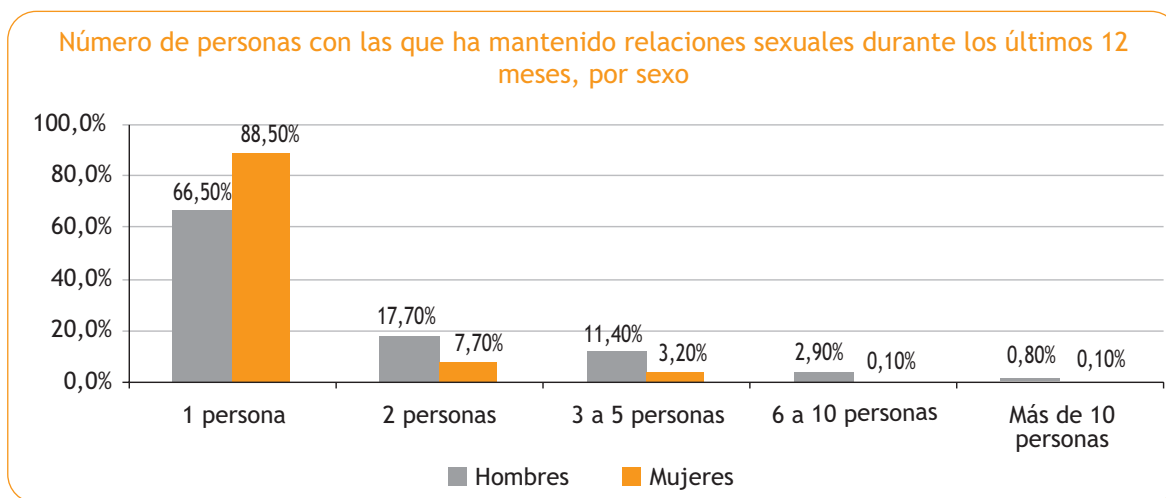
> Relaciones Sexuales Estables y Ocasionales

Actualmente existe una diferencia significativa entre hombres y mujeres respecto a la estabilidad de la pareja sexual. Según datos del INJUV, si bien en ambos sexos se aprecia una mayoría que asevera haber mantenido, en los últimos 12 meses, relaciones sexuales con una sola persona, las mujeres tienden a presentar mayores porcentajes en esta categoría (88,5%) que los hombres (66,5%), lo que mostraría la existencia de una mayor tendencia en las mujeres a mantener una

pareja sexual estable y a tener menos parejas sexuales. (Gráfico 27).

Asimismo, las parejas sexuales tienden a ser más estables conforme aumenta la edad de la persona (Gráfico 28) y conforme disminuye el estrato socioeconómico (Gráfico 29). Sin embargo, cabe destacar que dichas variaciones tienden a ser muy pequeñas, y para todos los casos los porcentajes de jóvenes con una sola pareja sexual se mantienen sobre el 60%.

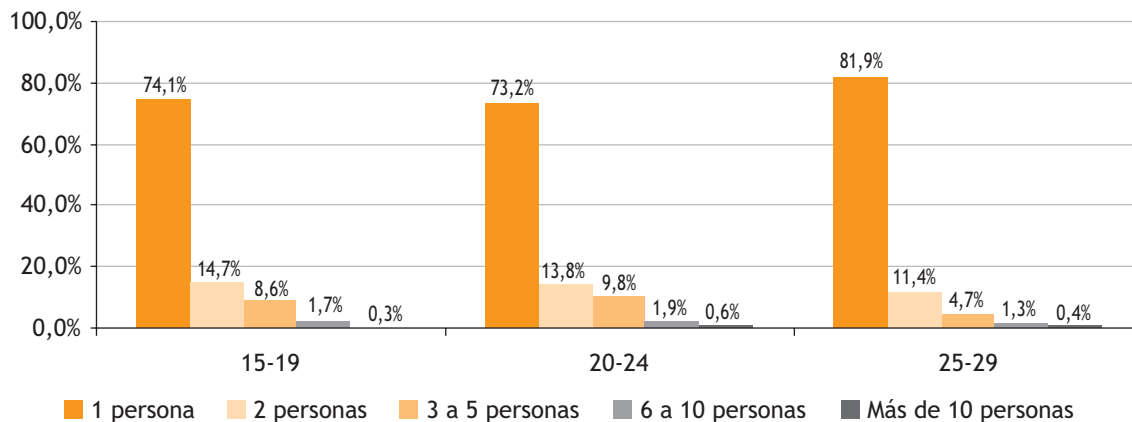
Gráfico 27



Fuente: INJUV (2007). V Encuesta Nacional de Juventud [CD - ROM]. Santiago, Chile.

Gráfico 28

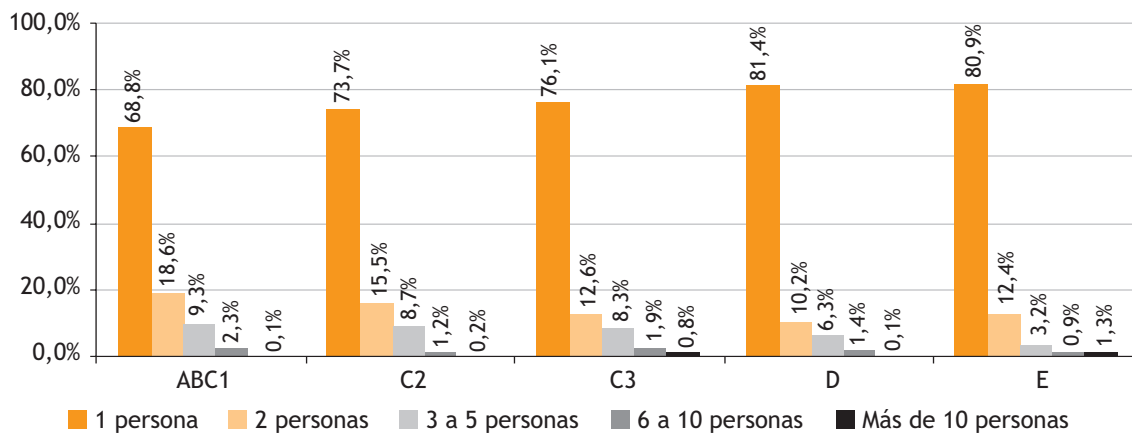
Número de personas con las que ha mantenido relaciones sexuales durante los últimos 12 meses, por rango etario



Fuente: INJUV (2007). V Encuesta Nacional de Juventud [CD - ROM]. Santiago, Chile.

Gráfico 29

Número de personas con las que ha mantenido relaciones sexuales durante los últimos 12 meses, por estrato socioeconómico



Fuente: INJUV (2007). V Encuesta Nacional de Juventud [CD - ROM]. Santiago, Chile.

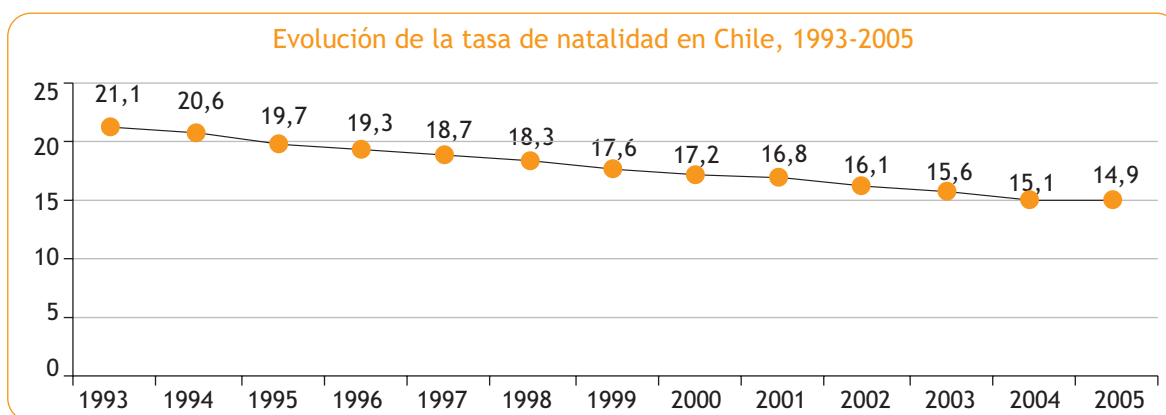
EMBARAZO

Las tasas de natalidad en Chile presentan, desde hace años, una constante disminución, tal como se observa en el Gráfico 30. Entre 1993 y el 2005 la tasa de natalidad disminuyó en 6,2 puntos, lo que pone de manifiesto esta tendencia.

La evolución a través de los años de las tasas de fecundidad observadas según edades de las madres (Tabla 3),

muestra una clara tendencia a la postergación de la maternidad respecto de períodos anteriores. Si bien la tasa de fecundidad más alta sigue estando entre los 25 y 29 años, esta ha tendido a disminuir, al igual que la tasa de fecundidad de la mujeres entre los 20 y los 24 años de edad, mientras que ha aumentado entre las mujeres mayores de 35 años.

Gráfico 30



La tasa de natalidad se calcula por cada 1.000 habitantes.

Fuente: Elaboración propia a partir de INE (2008). Anuario Estadísticas Vitales 2005; INE (2003). Anuario de Estadísticas Vitales 2003; INE (1997). Anuario de Demografía 1997.

Tabla 3: Tasa de fecundidad según edad de la madre y año

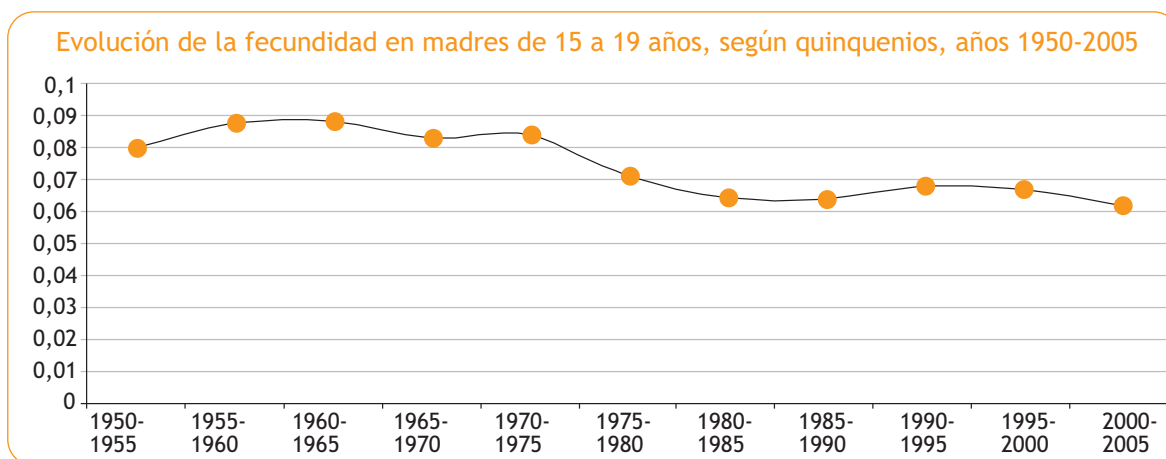
Edad de la Madre	1983	1993	2003
15-19*	59,1	63,9	54,7
20-24	137,6	122,6	94
25-29	129,3	124,3	100,6
30-34	88,9	94,1	88,6
35-39	48,6	51,2	51,7
40-44	16,1	14,5	14,9
45-49*	2	1,1	0,8

* Se incluyen mujeres menores de 15 años y mayores de 49.

Fuente: Elaboración propia a partir de INE (2003). Anuarios de Demografía.

> Embarazo Adolescente

Gráfico 31



Tasa por cada mil habitantes.

Fuente: Elaboración propia a partir de INE, CEPAL (s.f.). Chile: Proyecciones y Estimaciones de Población. Total País. 1950-2050.

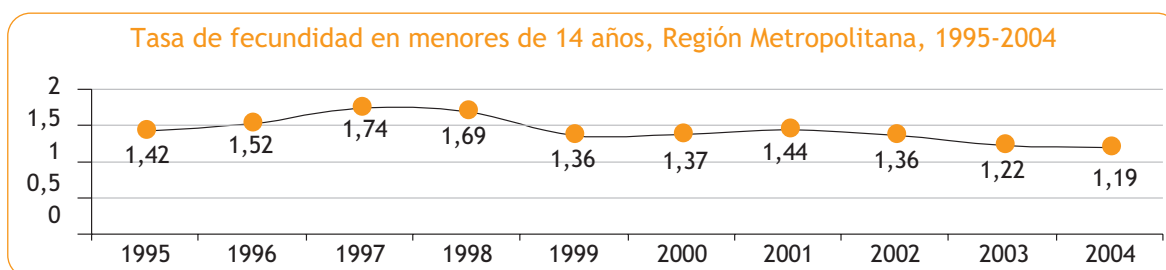
En Chile las tasas de fecundidad en mujeres adolescentes han tendido a disminuir en la última década (Gráfico 31). La baja de esta tasa, solo entre el quinquenio 1995-2000 y el quinquenio 2000-2005, fue de un 7,92%, lo que hace ver que el embarazo adolescente es un problema que está en retroceso desde el punto de vista de la prevalencia.

Asimismo, las tasas de fecundidad en menores de 14 años también han tendido a disminuir en los últimos años.

Las variaciones observadas en el Gráfico 32 pueden ser producto del bajo porcentaje que representa la maternidad en menores de 14 años respecto del total de embarazos en Chile, por lo que cualquier leve alteración numérica tiende a ser representada como una gran magnitud.

Para el caso de las adolescentes de 15 a 19 años, disminuyó en 8,1, llegando a una tasa de 46,6 nacidos vivos por cada mil vivos en 2005.

Gráfico 32



Tasa por cada mil habitantes.

Fuente: Elaboración propia a partir de SEREMI de Salud RM (s.f.). Fecundidad en menores de 15 años. Recuperado de http://epi.minsal.cl/epi/html/presenta/TallerVENT2007/8_FecundidadMenores15RM.pdf. Accesado: enero 2008.

La mayoría de los embarazos que ingresaron el 2005 al servicio público de salud en Chile corresponden a mujeres que están entre los 20 y los 34 años de edad (64,1%), mientras que el segundo lugar lo ocupan las mujeres entre 15 y 19 años (22,0%), como se observa en el Gráfico 33. Esto indica que alrededor de una quinta parte de los embarazos en el país corresponden a embarazos adolescentes, cifra que resulta consecuente con las tasas de fecundidad presentadas anteriormente para los distintos rangos etarios. Por su parte, los embarazos de menores de 15 años solo representan el 1% del total.

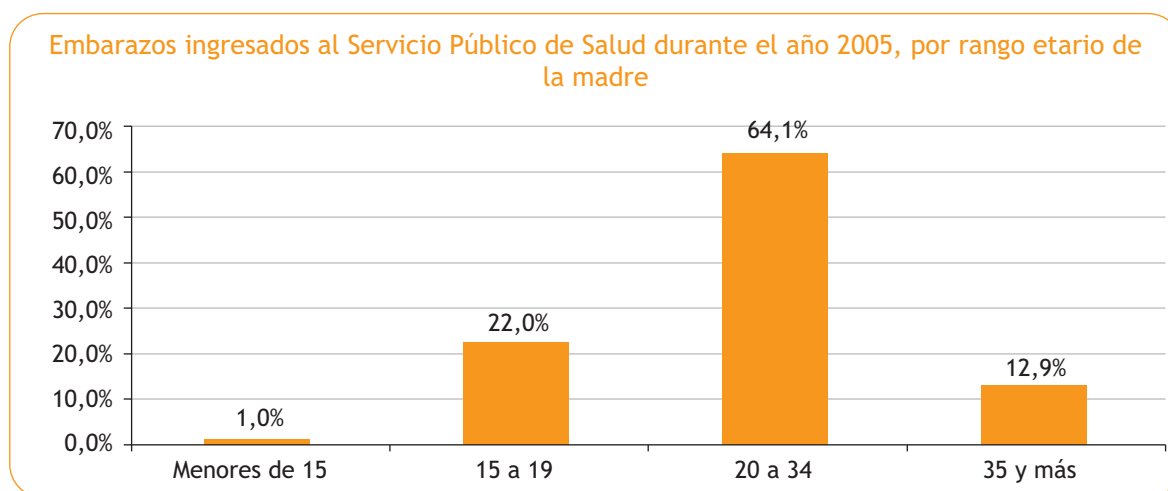
De este modo, es necesario destacar que el fenómeno del embarazo adolescente en la sociedad chilena no adquiere su centralidad en el ámbito de la

salud sexual y reproductiva fundamentalmente a partir de su magnitud, sino de su particular ubicación sociodemográfica en los estratos populares y de las implicancias que ello tiene para el desarrollo social de los sujetos involucrados⁹.

En Chile, el 20,3% de los adolescentes que no asisten a establecimientos educacionales, declaran que se debe a que tienen que cuidar a su hijo/a, siendo esta una de las principales causas de deserción escolar entre las mujeres¹⁰.

Respecto a los hombres adolescentes entre 15 y 19 años, de acuerdo a la IV Encuesta de Juventud, el 2,6% era padre, porcentaje que aumenta en un 11,2% entre las adolescentes mujeres del mismo tramo de edad.

Gráfico 33

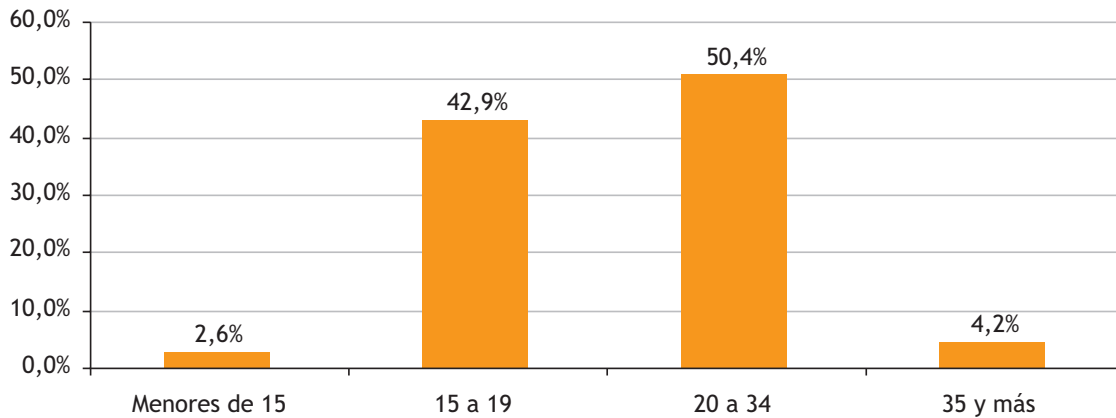


Fuente: Base de datos del Departamento de Estadísticas del Ministerio de Salud, Gobierno de Chile. Año 2007.

9. Palma I. (2001). *Consideración de la Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos de los/as Adolescentes y Jóvenes en el Contexto de la Reforma a la Salud en Chile*. Ministerio de Salud, Gobierno de Chile, Santiago, Chile.
 10. INJUV (2007). Encuesta Nacional de Juventud [CD-ROM]. Santiago, Chile.

Gráfico 34

Embarazadas primigestas ingresadas al Servicio Público de Salud durante el año 2005, por rango etario de la madre



Fuente: Base de datos del Departamento de Estadísticas del Ministerio de Salud, Gobierno de Chile. Año 2007.

La mayoría de las embarazadas primigestas se sitúan en el rango de 20 a 34 años de edad (50,4%), mientras que el 42,9% corresponde a mujeres de entre 15 y 19 años de edad (Gráfico 34). Para el caso de las mayores de 34 años, estas representan solo un 4,2% del total de embarazadas primigestas.

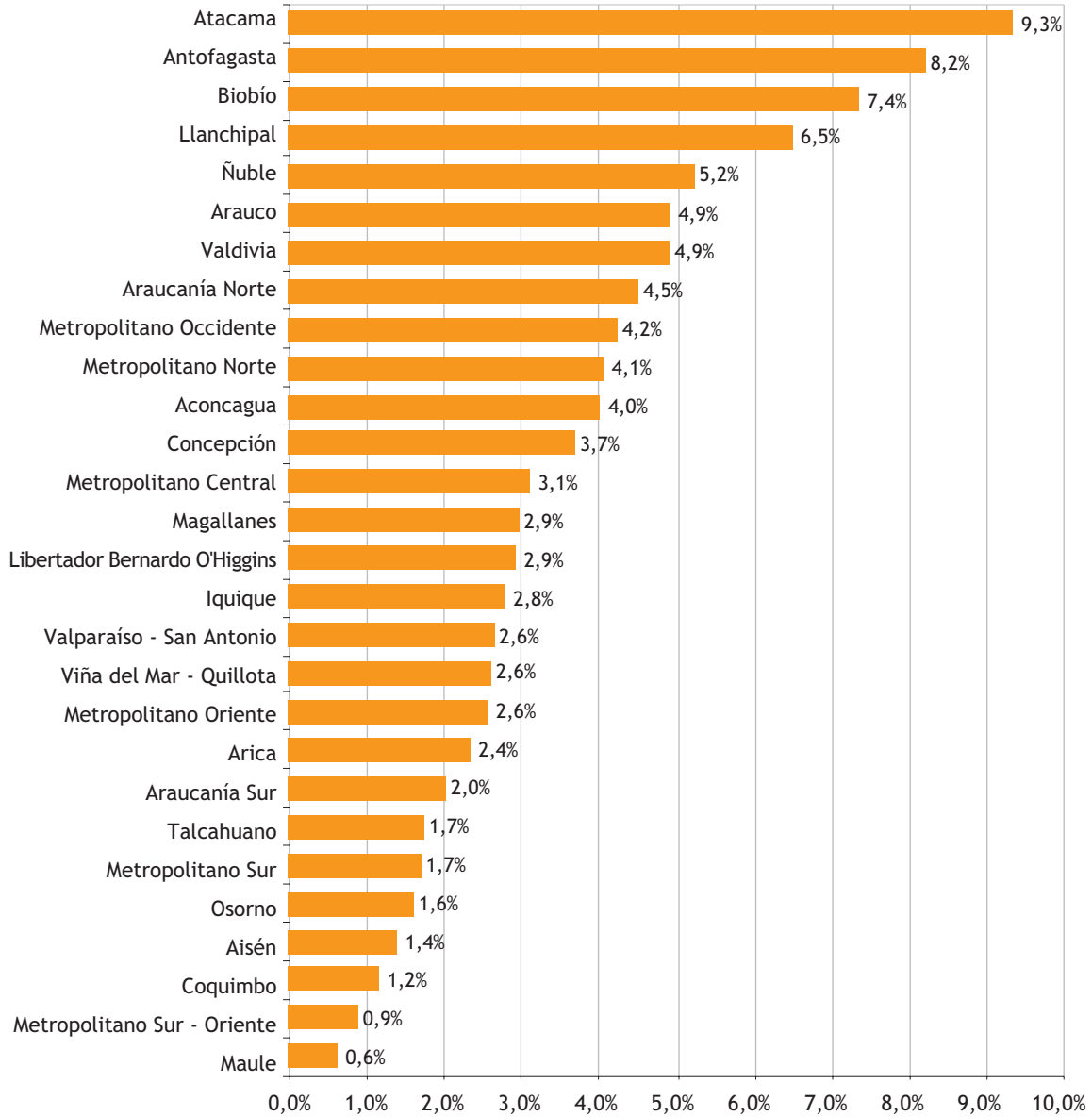
El Gráfico 35 representa el porcentaje de embarazadas adolescentes en control según el Servicio Público de Salud. En este se observa que el Servicio de Salud que presenta el mayor porcentaje de atención a embarazadas entre 15 y 19 años de edad, durante el 2005, fue el

Servicio de Salud de Atacama (9,3%), seguido del de Antofagasta (8,2%) y el del Biobío (7,4%). Por su parte, los servicios del Maule, Metropolitano Sur-Oriente y de Coquimbo son los que presentan los porcentajes más bajos de atención a embarazadas adolescentes.

Respecto a la atención a embarazadas menores de 15 años, el Servicio de Salud Metropolitano Sur-Oriente presenta el mayor porcentaje de atención a este grupo etario (11,4%), seguido del Servicio de Salud del Maule (9,5%) y el Metropolitano Occidente (8,2%), como se aprecia en el Gráfico 36.

Gráfico 35

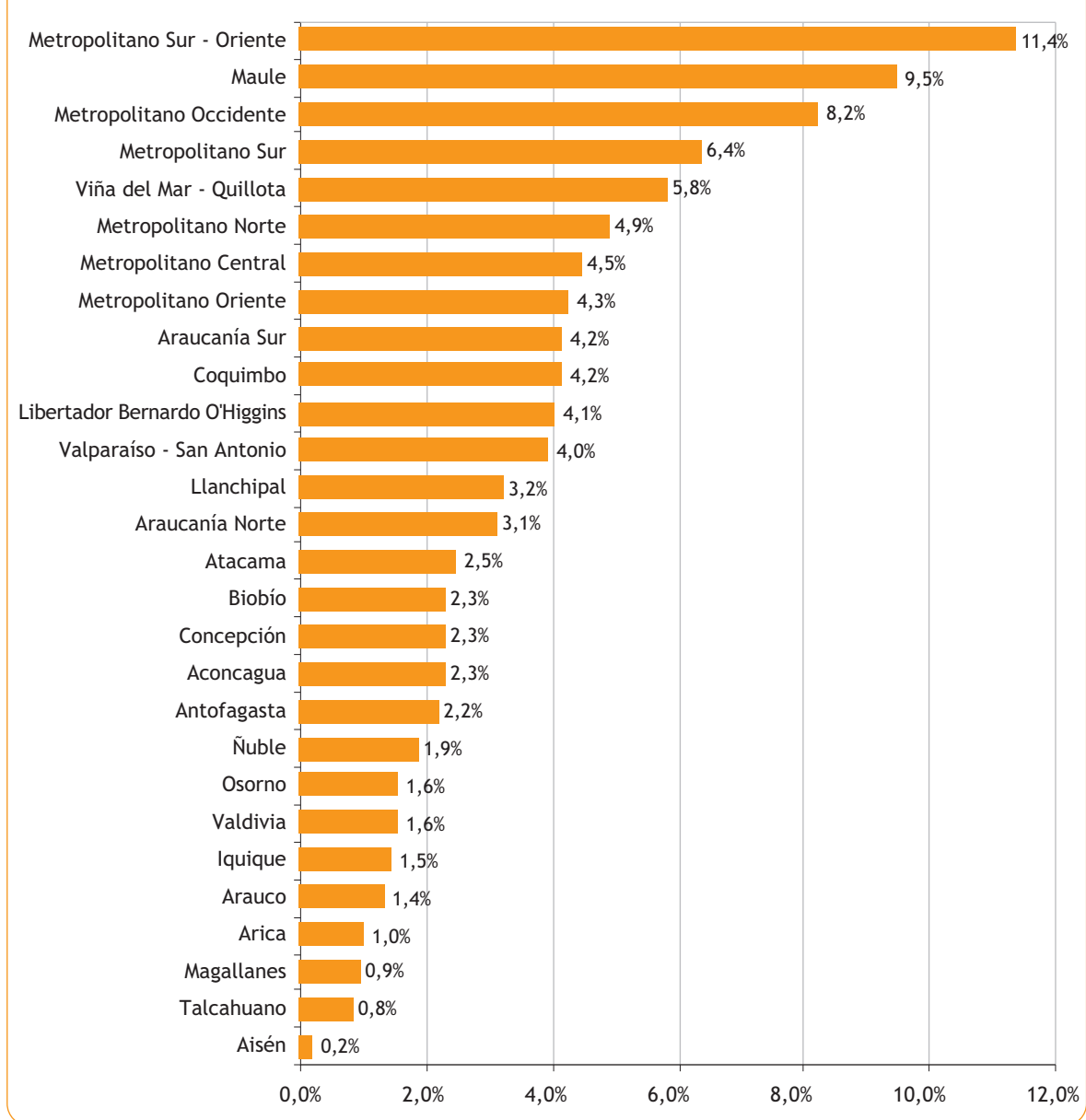
Embarazadas de entre 15 y 19 años de edad en control, respecto del total de las mujeres del mismo rango etario en el país, según Servicio Nacional de Salud, año 2005



Fuente: Base de datos del Departamento de Estadísticas del Ministerio de Salud, Gobierno de Chile. Año 2007.

Gráfico 36

Embarazadas menores de 15 años de edad en control, respecto del total de las mujeres embarazadas menores de 15 años en el país, según Servicio Nacional de Salud, año 2005



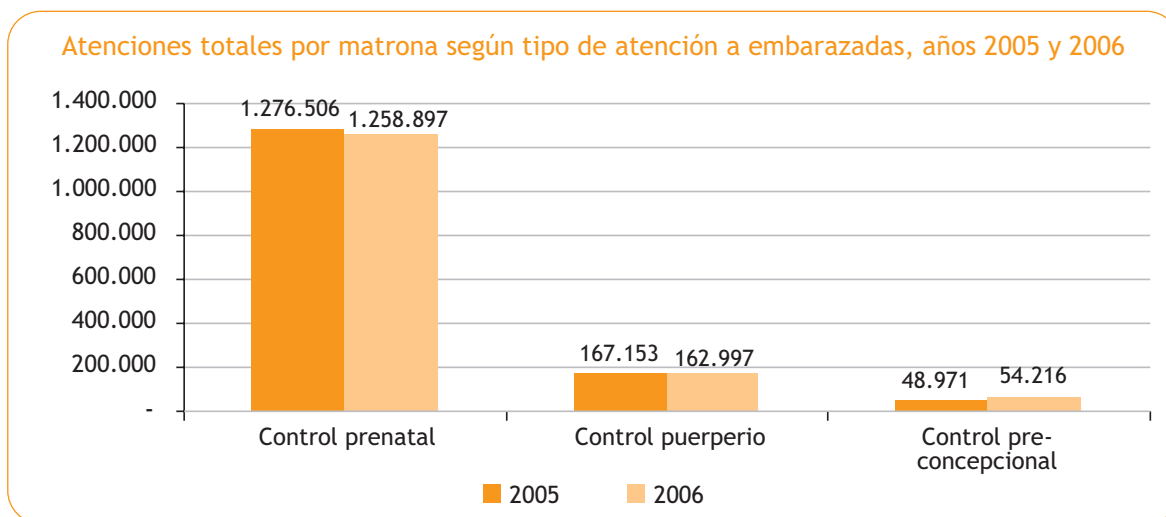
Fuente: Base de datos del Departamento de Estadísticas del Ministerio de Salud, Gobierno de Chile. Año 2007.

> Antecedentes Generales de Embarazo

Según los datos del Programa de Salud de la Mujer, el cual se aboca, entre otras medidas, a la entrega de los distintos tipos de controles y consultas que una mujer debe realizar¹¹, los controles prenatales atendidos durante el 2005 y el 2006 ascendieron a más de un millón en cada año, mientras que los de control puerperal y preconcepcional alcanzaron cifras significativamente más bajas en ambos períodos (Gráfico 37). Pese a esto, llama la atención el aumento en la atención preconcepcional de más de 5.000 casos entre un año y otro, lo que da cuenta de que la cobertura en este ámbito está aumentando de manera paulatina.

Cabe señalar que pese a no tener datos estadísticos en el caso de embarazos y partos en los pueblos indígenas, el sistema de protección de la infancia Chile Crece Contigo del MIDEPLAN incorpora en su manual de atención personalizada en el proceso reproductivo algunas consideraciones en el caso de la atención a mujeres indígenas, además de tener documentos de acceso público en cuanto al parto humanizado aymara y mapuche, y documentos sobre pautas de crianza mapuche y aymara¹².

Gráfico 37

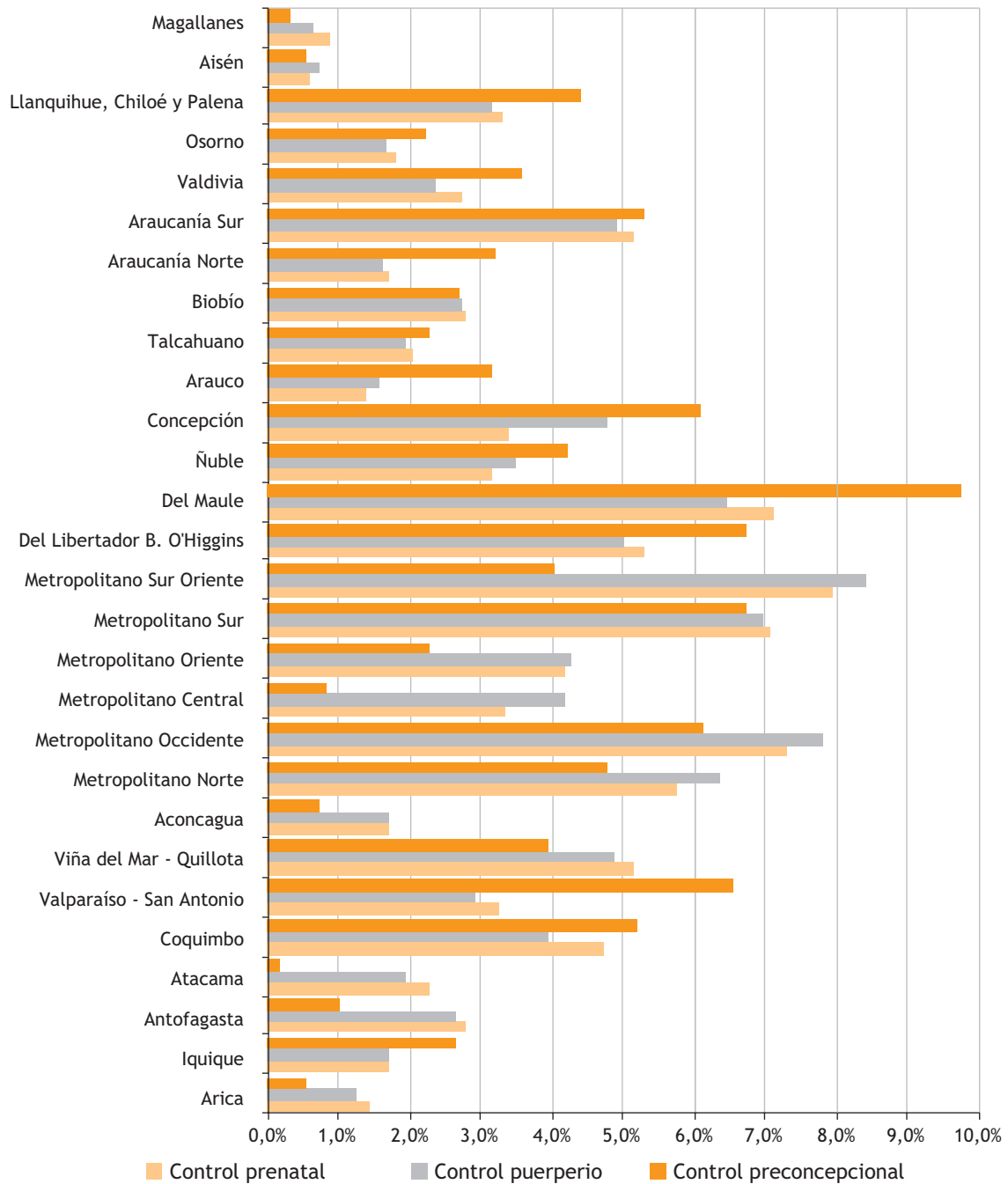


Fuente: Base de datos del Departamento de Estadísticas del Ministerio de Salud, Gobierno de Chile. Año 2007.

11. Gobierno de Chile, Trámite Fácil. Recuperado de: <http://www.tramitefacil.gov.cl/1481/article-47133.html> Accesado: diciembre 2007.
12. MIDEPLAN (2006). "Sistematización parto humanizado en población Aymará". Chile; MIDEPLAN (2006). "Pautas de crianza Aymará". Chile; MIDEPLAN (2006). "Pautas de crianza Mapuche". Chile.

Gráfico 38

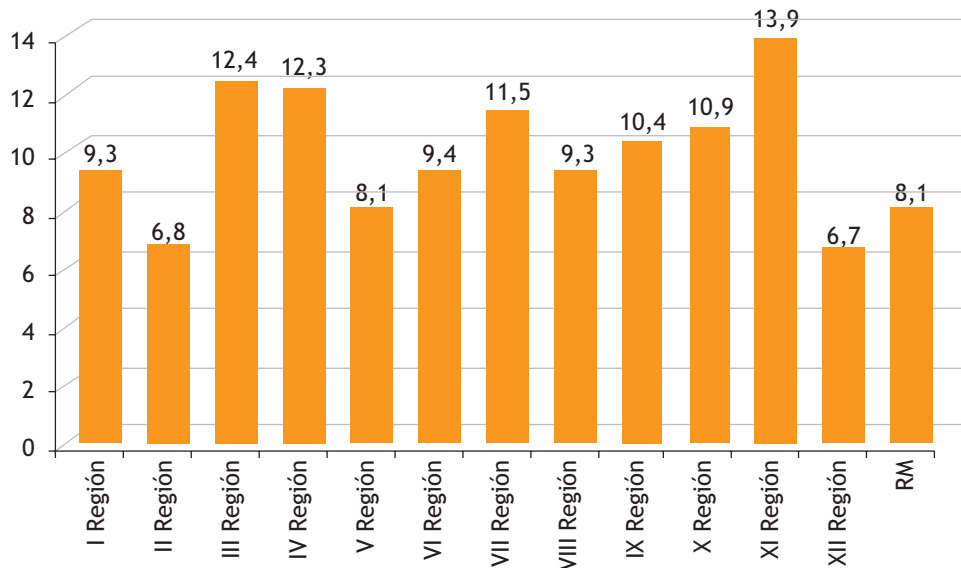
Atenciones por matrona según Servicio de Salud y tipo de atención a embarazadas, año 2006



Fuente: Base de datos del Departamento de Estadísticas del Ministerio de Salud, Gobierno de Chile. Año 2007.

Gráfico 39

Tasa de partos atendidos en el Servicio Nacional de Salud en Chile, según región, año 2007



Tasa por cada 1.000 habitantes por región.

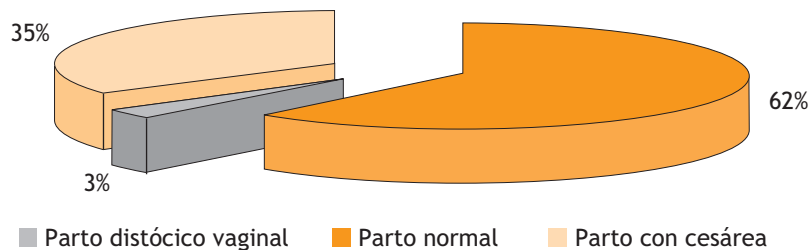
Fuente: Base de datos del Departamento de Estadísticas del Ministerio de Salud, Gobierno de Chile. Año 2007.

Respecto a los partos atendidos en el sistema público de salud en Chile, la mayor tasa por cada 1.000 habitantes se observa en la XI Región (13,9), mientras que las menores tasas están en la XII Región (6,7) y la II Región (6,8), como se ve en el Gráfico 39.

En lo relativo a los tipos de parto atendidos, el Gráfico 40 muestra que la mayoría de los partos durante el año 2007 correspondieron a partos normales (62%), el 35% a partos con cesárea, y el 3% a partos distócicos vaginales.

Gráfico 40

Tipos de parto atendidos en el Servicio Público de Salud, año 2007



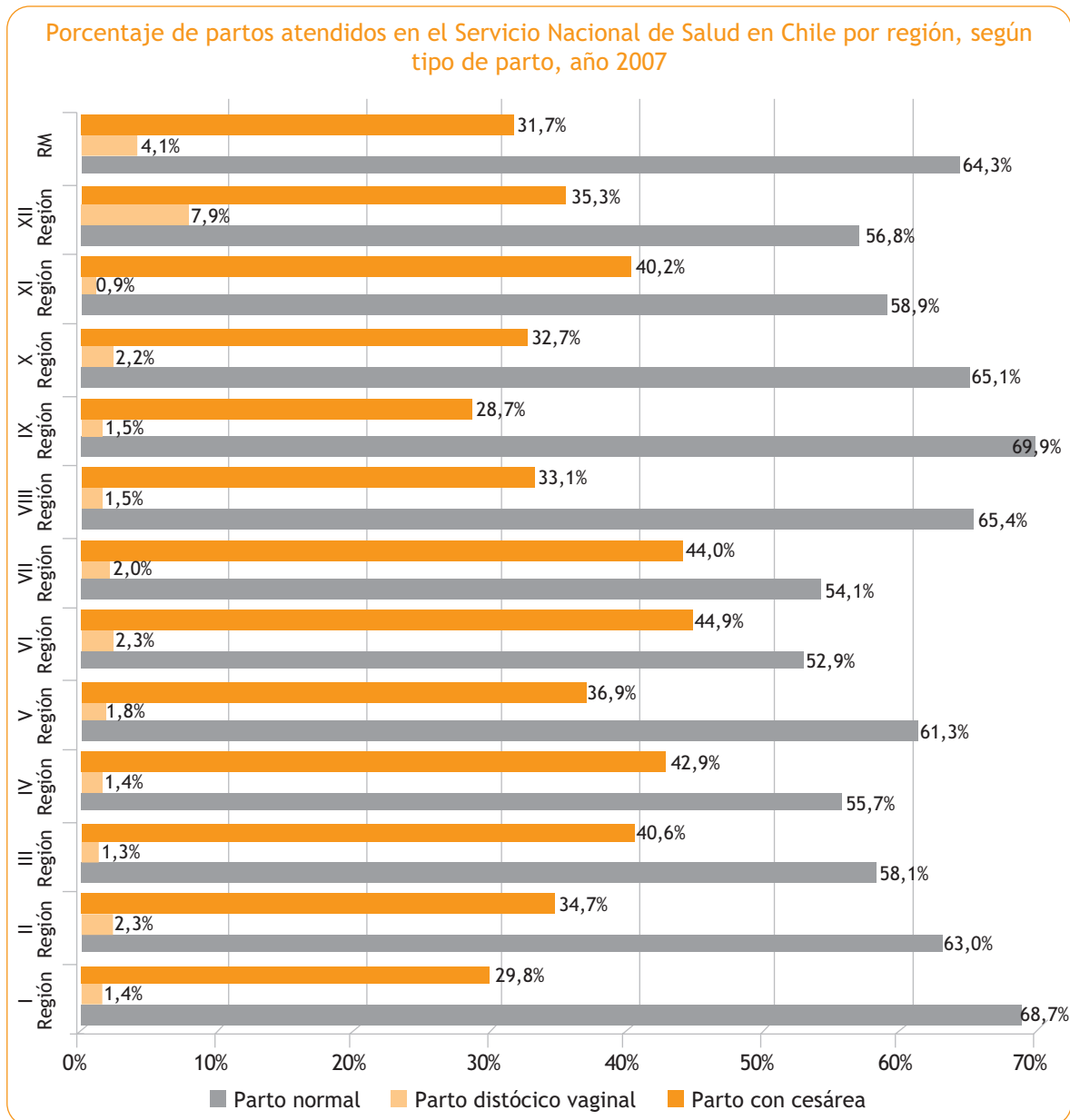
Fuente: Base de datos del Departamento de Estadísticas del Ministerio de Salud, Gobierno de Chile. Año 2007.

Como se observa en el Gráfico 41, el porcentaje de partos normales fluctúa entre el 52,9% en la VI Región a un 69,9% en la IX Región.

El porcentaje más bajo de partos

por cesárea es de un 28,7% en la IX Región y de un 29,8% en la I Región. Los porcentajes más altos se encuentran en la VI Región con un 44,9% y en la Región Metropolitana el porcentaje de cesáreas es de un 31,7%.

Gráfico 41



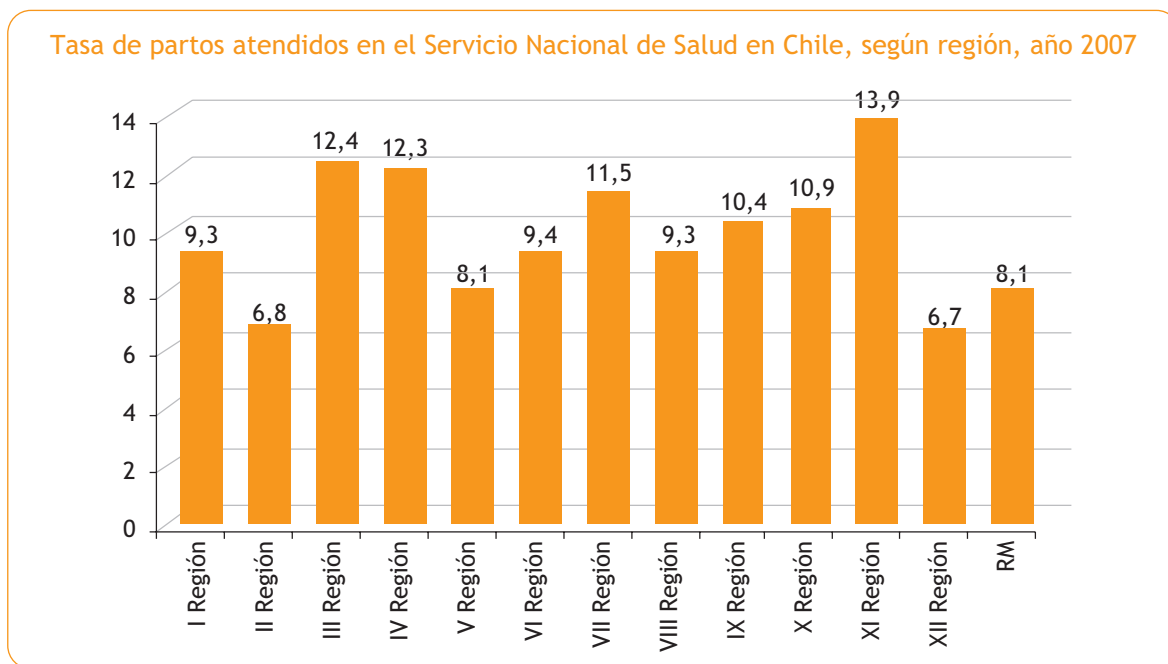
Fuente: Base de datos del Departamento de Estadísticas del Ministerio de Salud, Gobierno de Chile. Año 2007.

Con relación a los partos con presencia de familiares en el sistema público del país, la tasa total asciende a un 60,6%, siendo la XII Región la que presenta el mayor porcentaje de participación respecto al resto del país (84,1%), mientras que la tasa más baja se presenta en la II Región, con un 28%, casi tres veces más baja que la última región.

Si bien no hay información disponible respecto de la participación de familiares en los partos para años anteriores, es sabido que la intervención masculina en partos y controles prenatales, postparto, ginecológicos y/o pediátricos

es reducida en Chile, tendencia que tradicionalmente había estado influenciada en parte por las restricciones existentes en los servicios públicos de salud respecto a la participación masculina en estos procesos¹³. Estando conscientes de que la participación de familiares en los procesos de parto no se refiere exclusivamente a los hombres, no deja de ser relevante la cifra nacional de participación familiar y la alta dispersión zonal de esta variable, lo que indica que las distancias geográficas son un factor significativo para el análisis y el tratamiento de esta situación (Gráfico 42).

Gráfico 42



Fuente: Base de datos del Departamento de Estadísticas del Ministerio de Salud, Gobierno de Chile. Año 2007.

13. Schiappacasse V., Vidal P., Casas L., Dides C., Díaz S. (2003). *Chile: Situación de la Salud y los Derechos Sexuales y Reproductivos*. SERNAM.

> Fecundidad en Pueblos Originarios

Para el caso de los pueblos originarios, la tasa global de fecundidad (TGF), la cual representa el número promedio de hijos que tendría una mujer en todo su período reproductivo, representa un promedio de 2,1 hijos¹⁴. Los atacameños son la etnia con la menor tasa de fecundidad, con un promedio de 2,01 hijos por mujer, mientras que los rapa nui se

sitúan al otro extremo, con un promedio de 2,62 hijos por mujer (Tabla 4).

La maternidad adolescente tiende a ser baja en general para los pueblos originarios, especialmente para los rapa nui (Tabla 5), lo cual llama la atención debido a su alta tasa de fecundidad general.

Tabla 4: Promedio de hijos por mujer, por zona geográfica, según grupo étnico

Zona geográfica	Kawashkar	Atacameño	Aymara	Colla	Mapuche	Quechua	Rapa nui	Yagán	PNI	TGF
Urbana	2,21	1,93	2,4	2,08	2,27	2,35	2,67	2,36	2,09	2,10
Rural	1,57	2,37	2,58	2,45	2,29	1,97	2,09	2,68	2,07	2,10
Total	2,15	2,01	2,44	2,15	2,28	2,226	2,62	2,4	2,09	2,10

Fuente: INE (s.f.). Estadísticas sociales de los pueblos indígenas en Chile. Censo 2002.

Tabla 5: Promedio de hijos por mujer, según etnia y rango etario

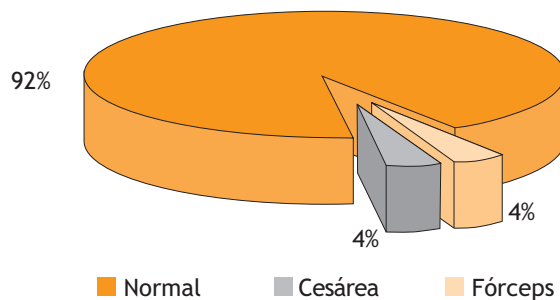
	Atacalufe	Mapuche	Atacameño	Quechua	Aymara	Rapa nui	Colla	Yámana
15-19	0,18	0,23	0,21	0,22	0,19	0,16	0,35	0,37
20-24	1,02	0,75	0,77	0,68	0,73	0,7	0,77	0,67
25-29	1,39	1,35	1,46	1,28	1,38	1,57	1,5	1,16
30-34	1,9	1,92	2,15	1,97	2,04	2,12	2,11	1,58
35-39	2,27	2,38	2,61	2,51	2,62	2,49	2,75	2,13
40-44	2,55	2,8	2,96	2,92	2,96	2,84	2,7	2,72
45-49	2,69	3,06	3,23	3,68	3,33	2,98	2,99	2,88
50 y más	3,25	4,18	4,24	4,38	4,27	4,21	4,02	3,94

Fuente: INE, Ministerio de Planificación y Cooperación. (2005). Estadísticas sociales de los pueblos indígenas en Chile. Censo 2002.

14. Pérez S., Dides C. (2005). *Salud, Sexualidad y Reproducción. Sistematización de investigaciones y experiencias en pueblo indígenas en Chile 1990-2004*. CORSAPS, UNFPA, Santiago, Chile.

Gráfico 43

Distribución porcentual de partos en población aymara, según tipo de parto, Hospital de Iquique, 2006



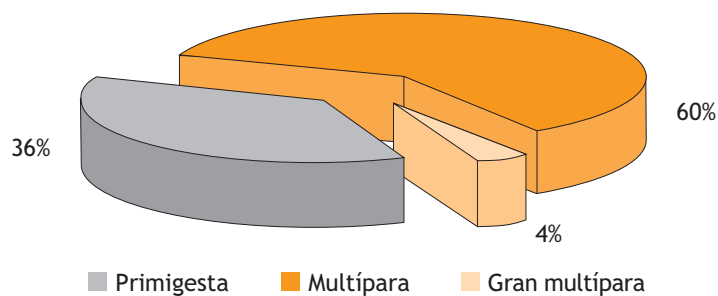
Fuente: Maternidad Hospital de Iquique (2006). Sistematización Parto Humanizado en Población Aymara. FOSIS - MIDEPLAN

En un estudio realizado por el área de Maternidad del Hospital de Iquique durante el 2006¹⁵, donde se atendieron a 55 mujeres aymaras, se detectó que alrededor del 90% de sus partos fue normal, mientras que los partos por cesárea y fórceps tendieron a presentar bajas frecuencias (Gráfico 43).

En este mismo estudio se detectó que la mayoría de las gestantes aymaras tenía condición de múltipara (60%), aunque el porcentaje de primigestas no es menor (36%), como se observa en el Gráfico 44.

Gráfico 44

Distribución porcentual de partos en población aymara, según condición de las gestantes, Hospital de Iquique, 2006



Fuente: Maternidad Hospital de Iquique (2006). Sistematización Parto Humanizado en Población Aymara. FOSIS - MIDEPLAN

15. Maternidad Hospital de Iquique (2006). Sistematización Parto Humanizado en Población Aymara. FOSIS - MIDEPLAN, Santiago, Chile.

REGULACIÓN DE LA FERTILIDAD

Según los datos estadísticos del Censo 2002, las tasas de fecundidad han disminuido a la mitad desde 1960 hasta la fecha, pasando de una tasa de 5,3 hijos por mujer, hace cuatro décadas, a una de 2,3 en la actualidad. Se pueden identificar principalmente dos causas de

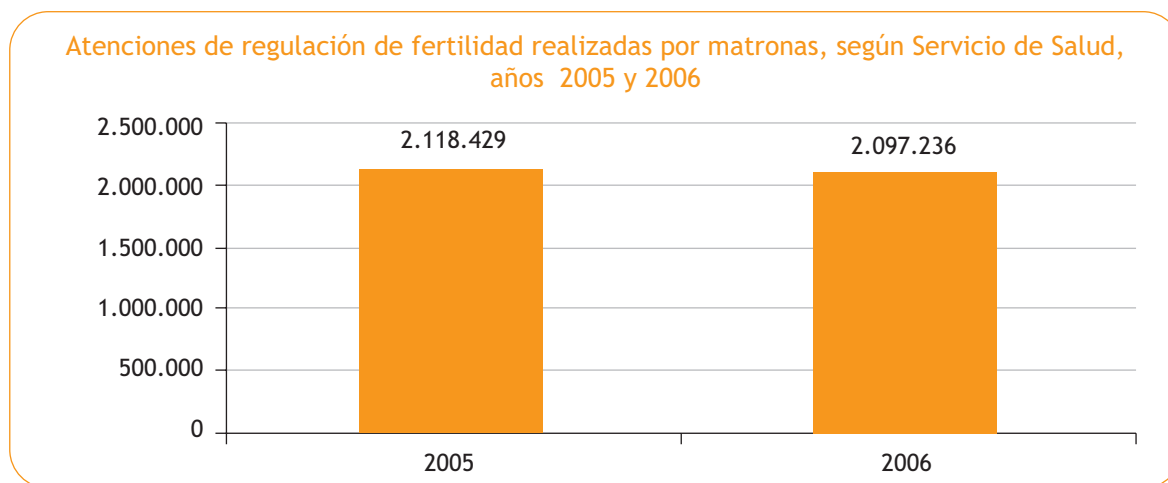
esta tendencia: la promoción del uso de métodos anticonceptivos modernos que se impulsó en la década de los sesenta, y los cambios generacionales respecto del número de hijos deseados por la mujer y/o la pareja¹⁶.

> Atenciones de Regulación de la Fertilidad

A comienzos del siglo XXI, el 99% de las atenciones de regulación de fertilidad en el sistema público de salud eran realizadas por matronas¹⁷. En el año 2006 estas correspondieron al 39,8%

del total de atenciones realizadas por estas profesionales (5,7 puntos porcentuales más que en el 2005), las cuales ascienden a más de dos millones en el año (Gráfico 45).

Gráfico 45



Fuente: Base de datos del Departamento de Estadísticas del Ministerio de Salud, Gobierno de Chile. Año 2007.

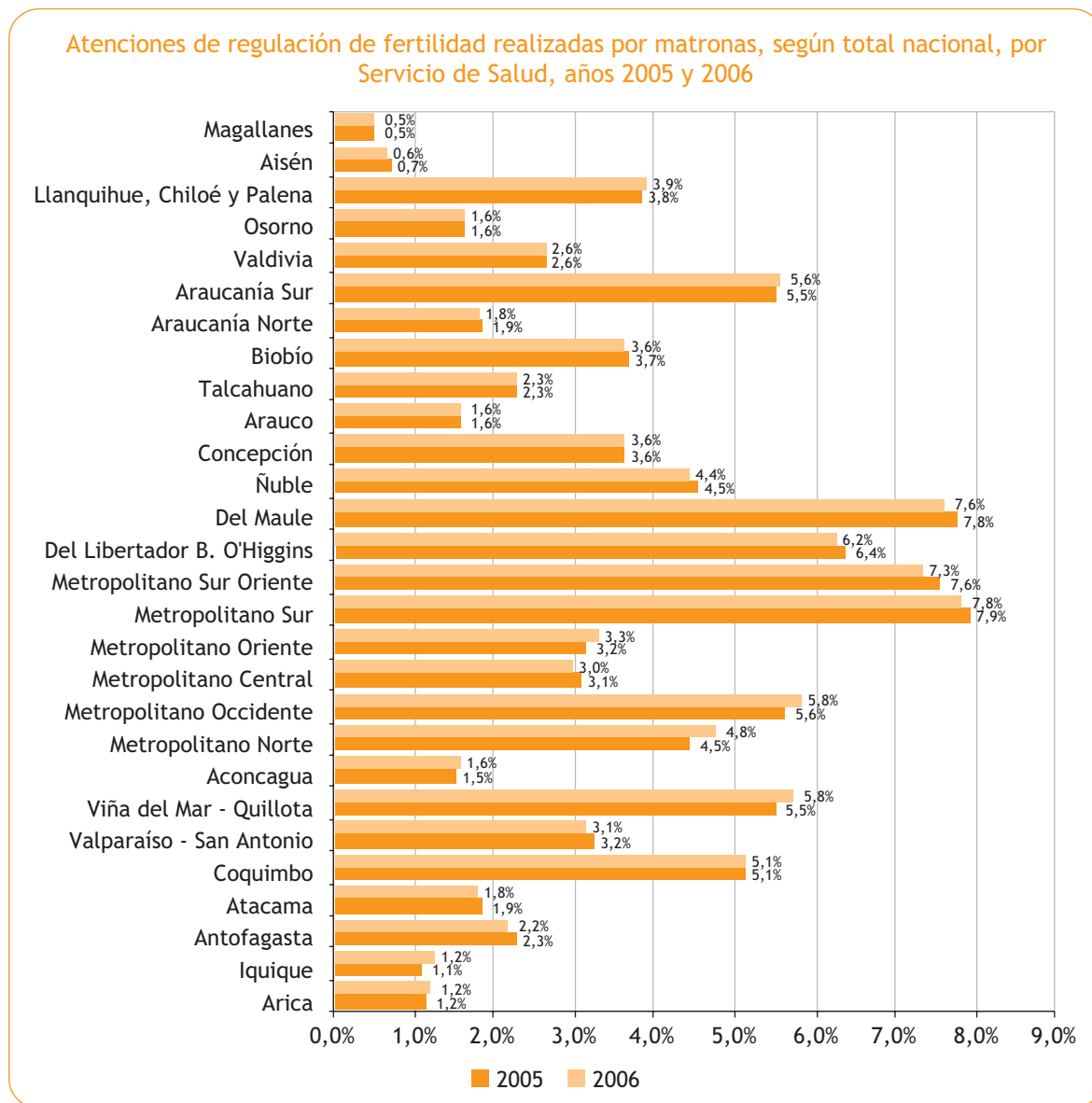
16. Schiappacasse V., Vidal P., Casas L., Dides C., Díaz S. (2003). *Chile: Situación de la Salud y los Derechos Sexuales y Reproductivos*. SERNAM.

17. *Idem*.

En el Gráfico 46 se aprecia que el Servicio de Salud Metropolitano Sur y el del Maule son los que realizan mayor porcentaje de atenciones de regulación

de fertilidad, mientras que los de Aisén y Magallanes, respectivamente, son los con las proporciones más bajas.

Gráfico 46

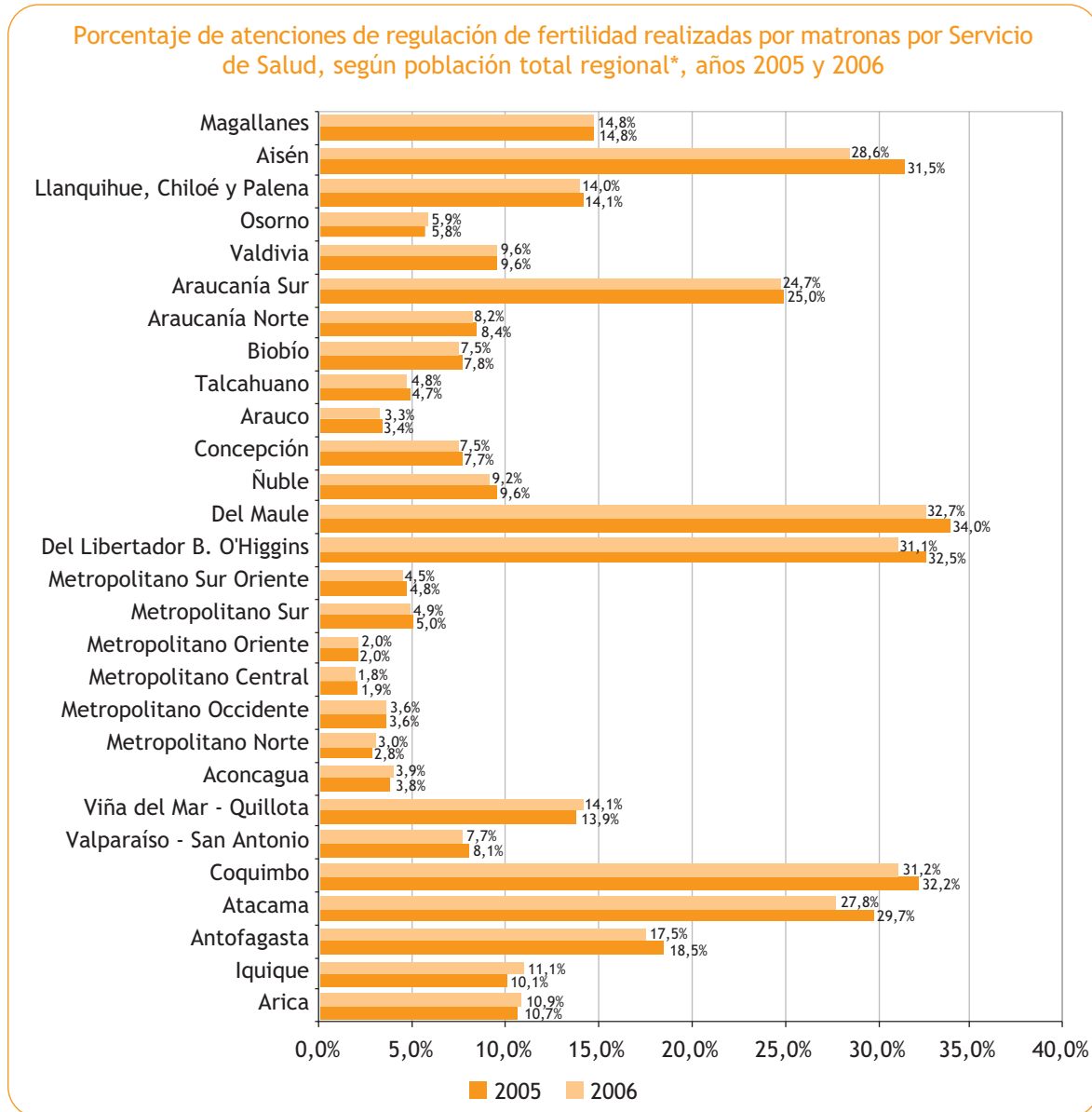


Fuente: Base de datos del Departamento de Estadísticas del Ministerio de Salud, Gobierno de Chile. Año 2007.

Sin embargo, al observar las tasas de atenciones por regulación de la fertilidad realizadas por matronas, respecto a la población total de cada región (Gráfi-

co 47), se aprecia que los porcentajes más altos se concentran en la VII, VI, IV, III y XI, respectivamente.

Gráfico 47



* El porcentaje se calculó dividiendo el número total de atenciones de regulación de fertilidad realizadas por matronas, por la población regional estimada para los años 2005 y 2006 de cada Servicio de Salud.

Fuente: Base de datos del Departamento de Estadísticas del Ministerio de Salud, Gobierno de Chile. Año 2007.

Esto significa que es en estas regiones donde este tipo de atenciones tiene mayor incidencia en la población total regional, mientras que en los servicios públicos de salud de la Región Metropolitana la incidencia es mucho menor;

de hecho, la sumatoria de los porcentajes del año 2006 solo para los Servicios de Salud Metropolitanos da un total de 17,1%, cifra muy por debajo de los porcentajes de las regiones antes descritas.

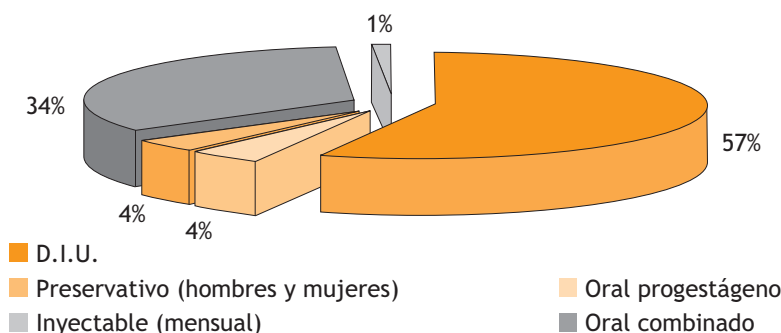
> Distribución de Métodos de Regulación de Fertilidad en Mujeres

El Gráfico 48 muestra la distribución de métodos de regulación de fertilidad en mujeres en control. Se observa que el dispositivo intrauterino presenta la mayor incidencia, con un 57% de uso en pacientes del sistema público de salud, mientras que los preservativos solo alcanzan un 4%.

En la encuesta de Calidad de Vida del año 2000 del Ministerio de Salud, se señala que alrededor de un 40% de las usuarias de preservativos los obtiene directamente de las farmacias o en la consulta privada, lo que explicaría la baja proporción de entrega de este tipo de métodos en el sistema público de salud, trayendo serias consecuencias para la prevención del VIH/SIDA e ITS, tanto para mujeres como hombres.

Gráfico 48

Uso de métodos de regulación de la fertilidad en mujeres en edad fértil en control, año 2004



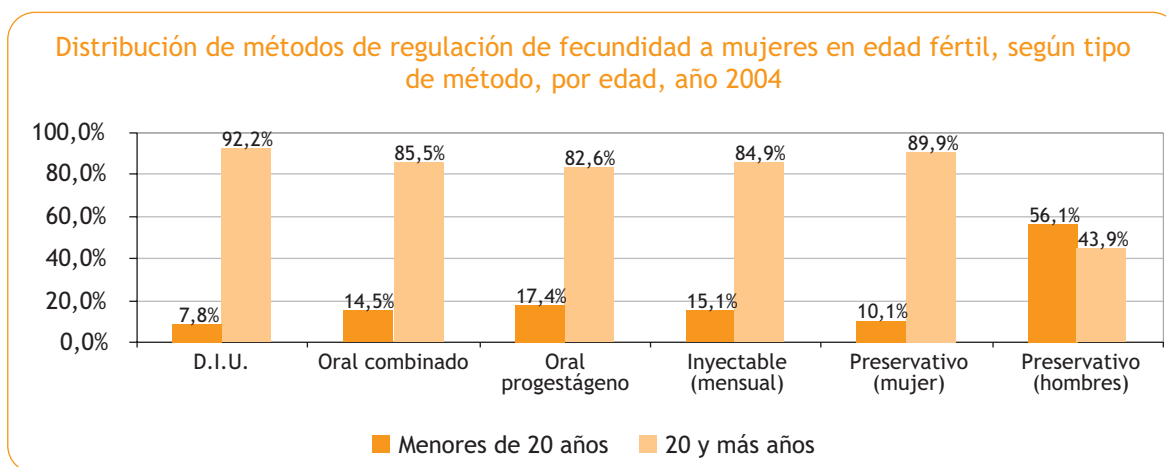
Fuente: Base de datos del Departamento de Estadísticas del Ministerio de Salud, Gobierno de Chile. Año 2007.

En el Gráfico 49 se observa que el preservativo masculino es el único método que es entregado más a mujeres menores de 20 años que a mujeres mayores de 20, en el servicio público de salud, factor que probablemente pueda vincularse a las tendencias a la baja en la tasa de fecundidad adolescente.

En los Gráficos 50, 51 y 52 se observa que tanto el Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente como el Metropolitano Sur son los que presentan los más altos porcentajes de distribución de D.I.U. a mujeres en control dentro del

país. Por su parte, el método hormonal inyectable predomina en los Servicios de Salud de Concepción, Villa Alemana – Quillota y la Araucanía Sur. Los Servicios con mayor incidencia en el método hormonal oral progestágeno y oral combinado son el Metropolitano Sur Oriente y el de Villa Alemana – Quillota. Por último, la entrega de preservativos masculinos tiende a ser mayor en el Servicio de Salud de la Araucanía Sur que en el resto del país, y la entrega de preservativos femeninos tiene mayor incidencia en el Metropolitano Sur Oriente.

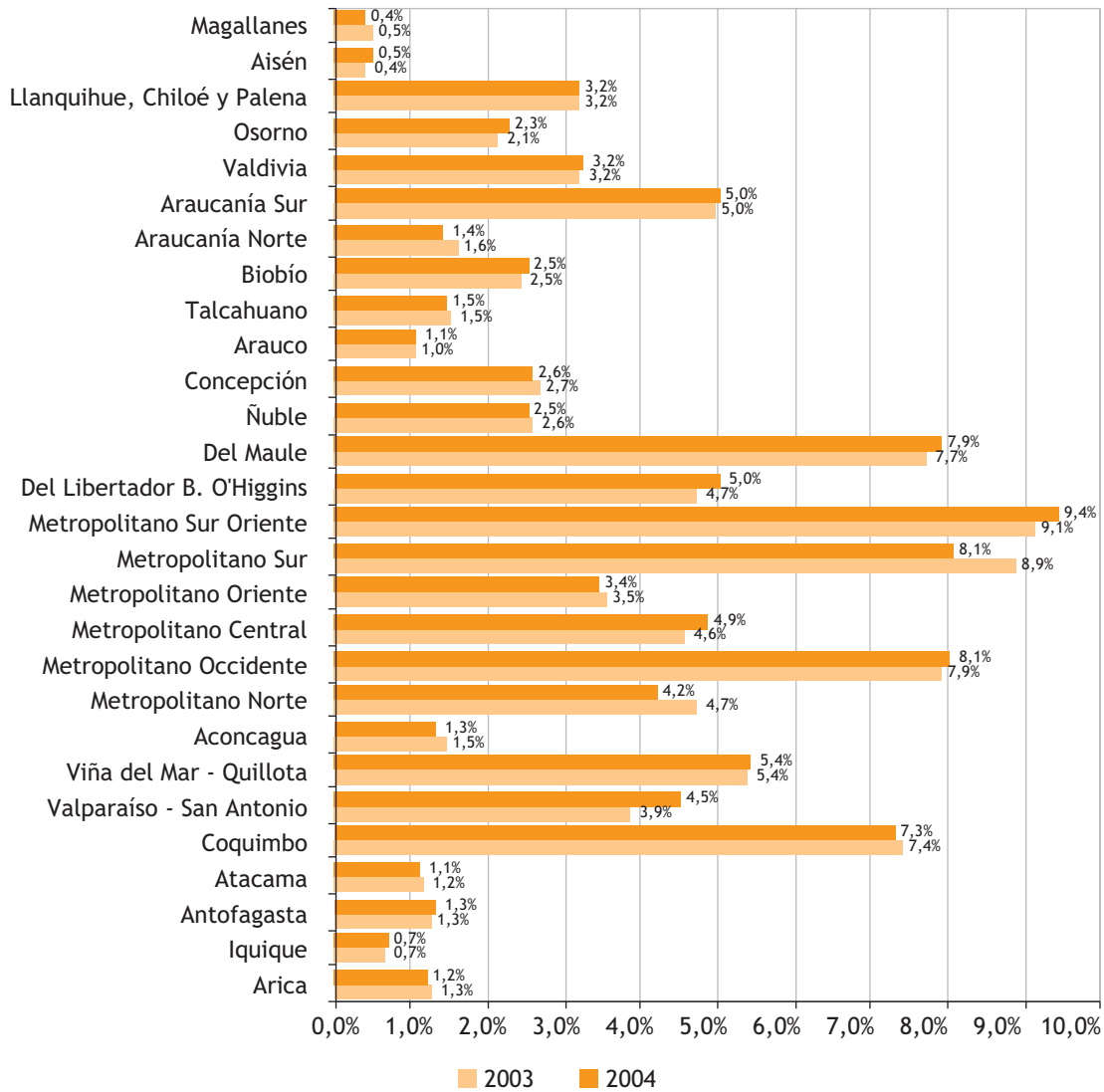
Gráfico 49



Fuente: Base de datos del Departamento de Estadísticas del Ministerio de Salud, Gobierno de Chile. Año 2007.

Gráfico 50

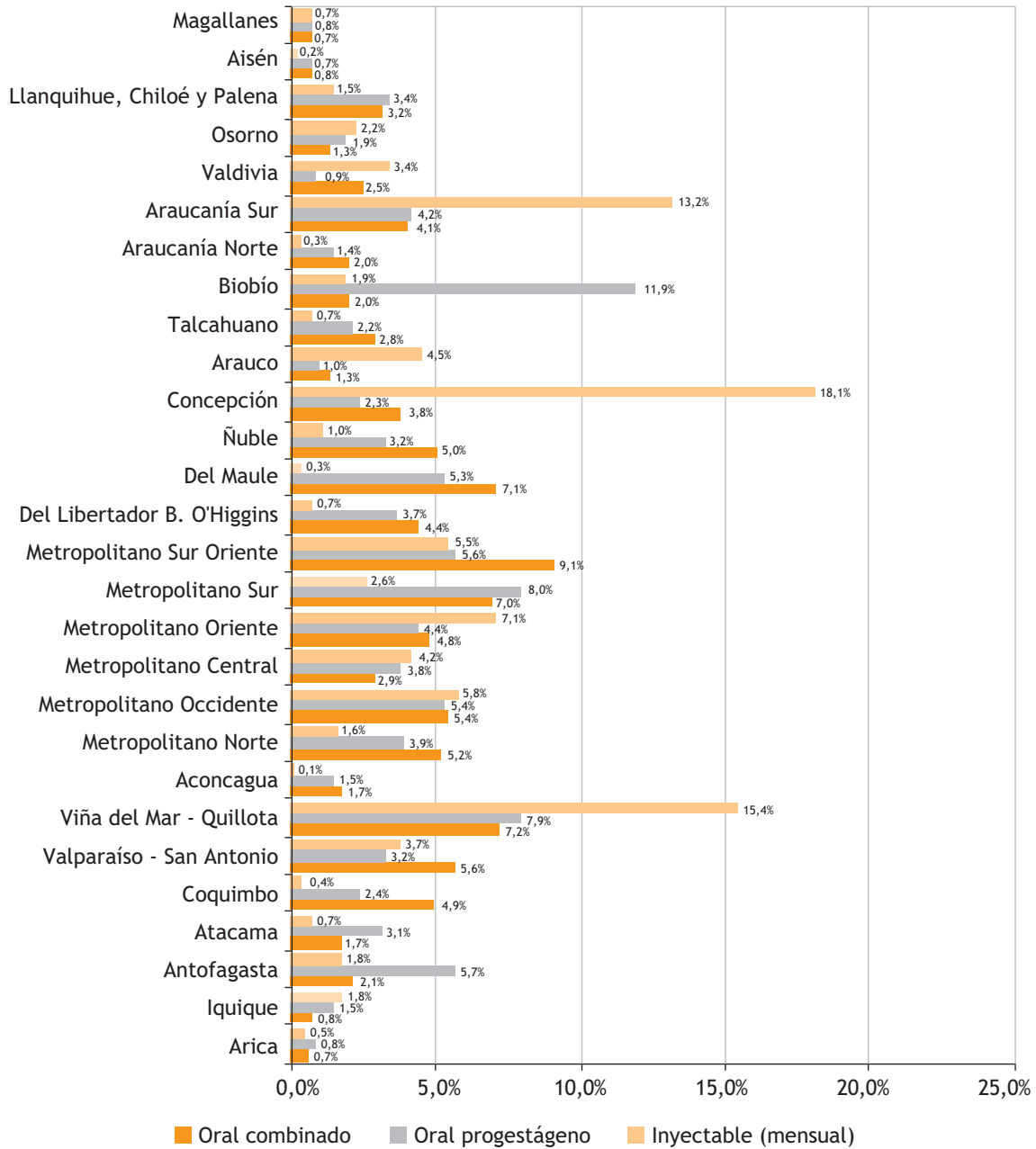
Mujeres en edad fértil en control de regulación de fecundidad que utilizan D.I.U., según total nacional por Servicio de Salud, años 2003 y 2004



Fuente: Base de datos del Departamento de Estadísticas del Ministerio de Salud, Gobierno de Chile. Año 2007.

Gráfico 51

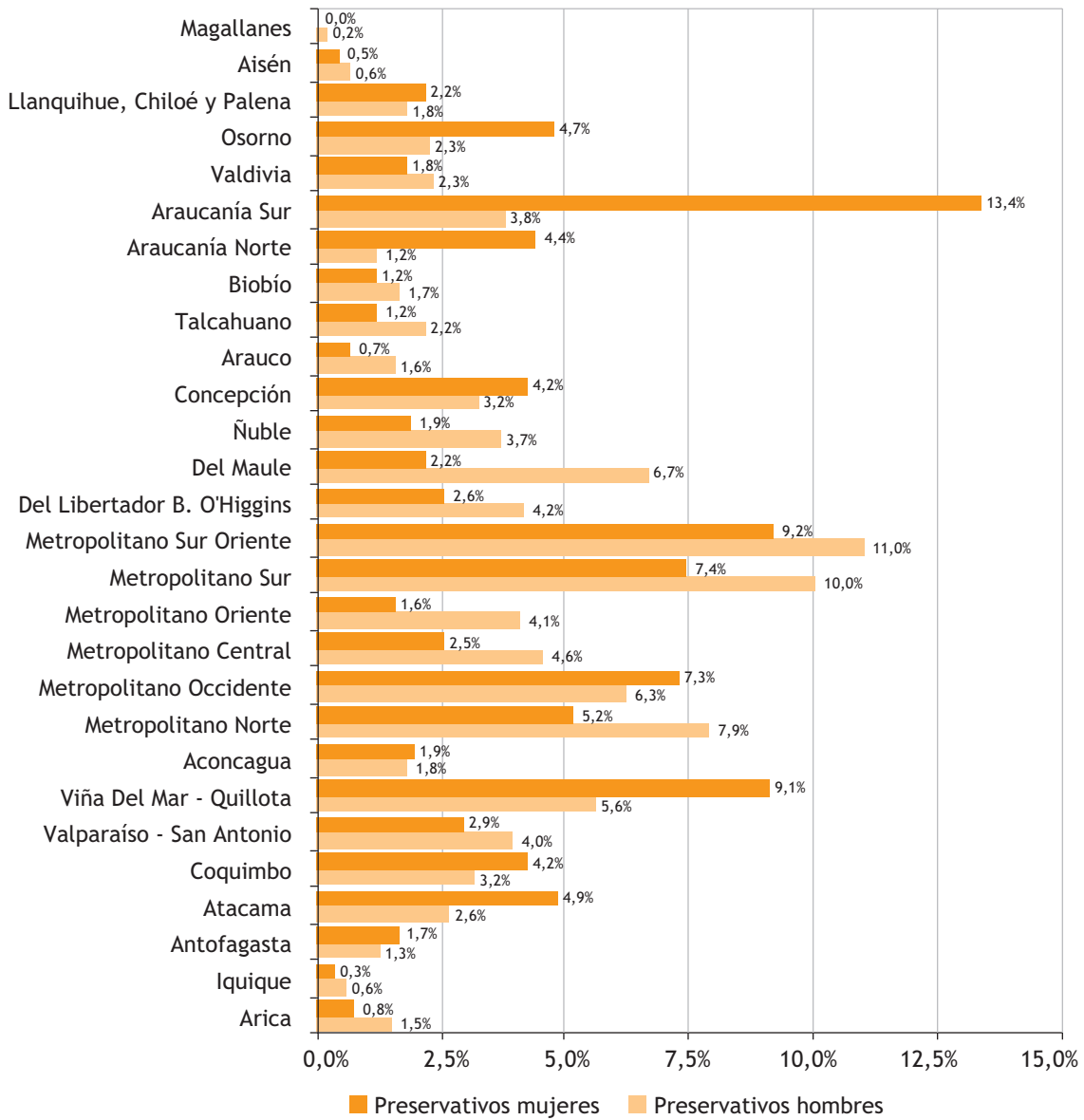
Mujeres en edad fértil en control de regulación de fecundidad que utilizan métodos hormonales, según total nacional por Servicio de Salud, año 2004



Fuente: Base de datos del Departamento de Estadísticas del Ministerio de Salud, Gobierno de Chile. Año 2007.

Gráfico 52

Entrega de preservativos a mujeres en edad fértil, según total nacional por Servicio de Salud, según tipo de preservativo, año 2004



Fuente: Base de datos del Departamento de Estadísticas del Ministerio de Salud, Gobierno de Chile. Año 2007.

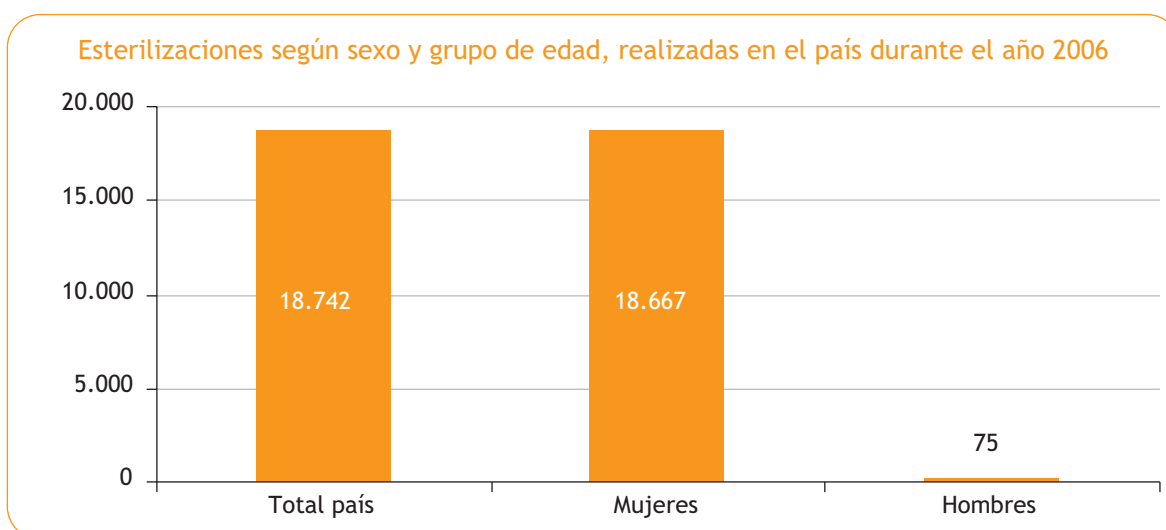
> Esterilizaciones

Las esterilizaciones realizadas en el sistema público de salud durante el año 2006 ascendieron a 18.742 casos (Gráfico 53), siendo el 99% realizadas a mujeres. Estas cifras, representan un aumento de un 14,2% de esterilizaciones a mujeres respecto del primer diagnóstico de realización de este procedimiento, efectuado por el Ministerio de Salud durante el año 2002¹⁸, luego de la modificación a la

reglamentación administrativa sobre esterilización voluntaria realizada por el mismo Ministerio en el año 2000, la cual tenía por objeto terminar con la discriminación de género en este ámbito¹⁹.

Por su parte, entre el 2002 y el 2006 las esterilizaciones masculinas (vasectomías) tuvieron una disminución de un 45,2% en el Sistema Público de Salud.

Gráfico 53



Fuente: Base de datos del Departamento de Estadísticas del Ministerio de Salud, Gobierno de Chile. Año 2007.

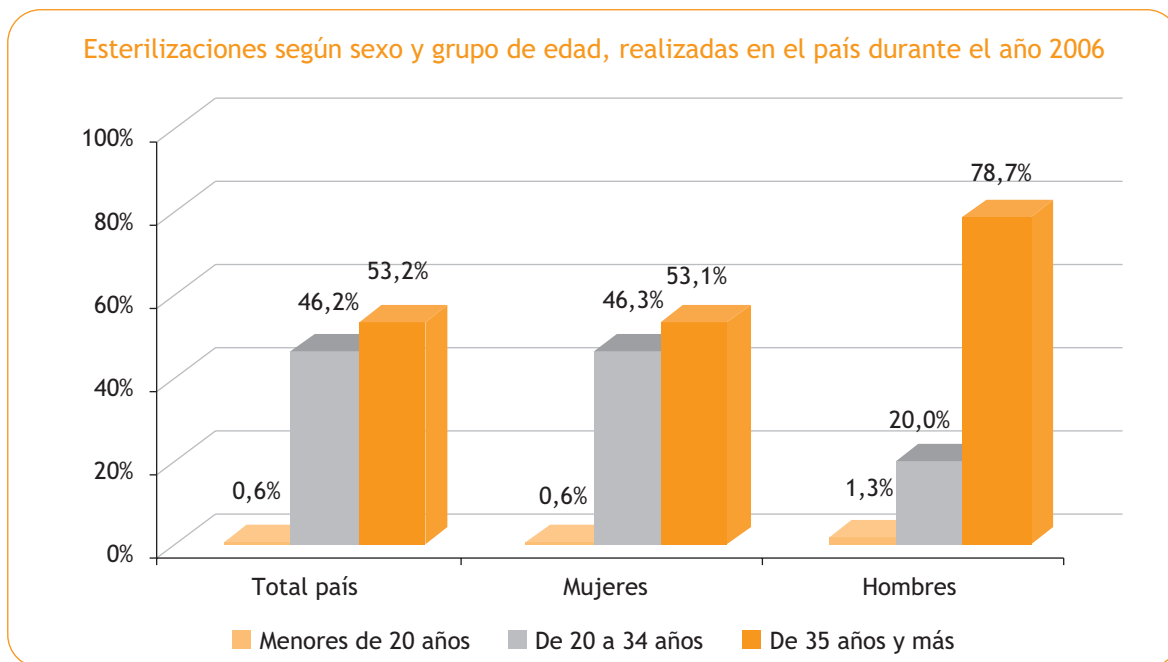
18. Departamento de las Personas, Programa Salud de la Mujer (2002). Diagnóstico de Situación sobre Esterilizaciones Voluntarias. Ministerio de Salud.
19. Resolución N° 2.326 exenta del Ministerio de Salud que fija directrices para los servicios de salud sobre esterilización femenina y masculina. Santiago, 30 de noviembre de 2000.

Como se observa en el Gráfico 54, la mayor proporción de esterilizaciones masculinas son realizadas a mayores de 35 años (78,7%), mientras que para el caso de las esterilizaciones femeninas, si bien también en su mayoría son efectuadas a mujeres mayores de 35 años de edad (53,1%), existe una prevalencia de un 46,3% en mujeres de entre 20 y 25 años, lo que se vincula con la actual tendencia a la disminución de las tasas de fecundidad en Chile.

El porcentaje de esterilizaciones en el grupo de mujeres mayor de 35 años

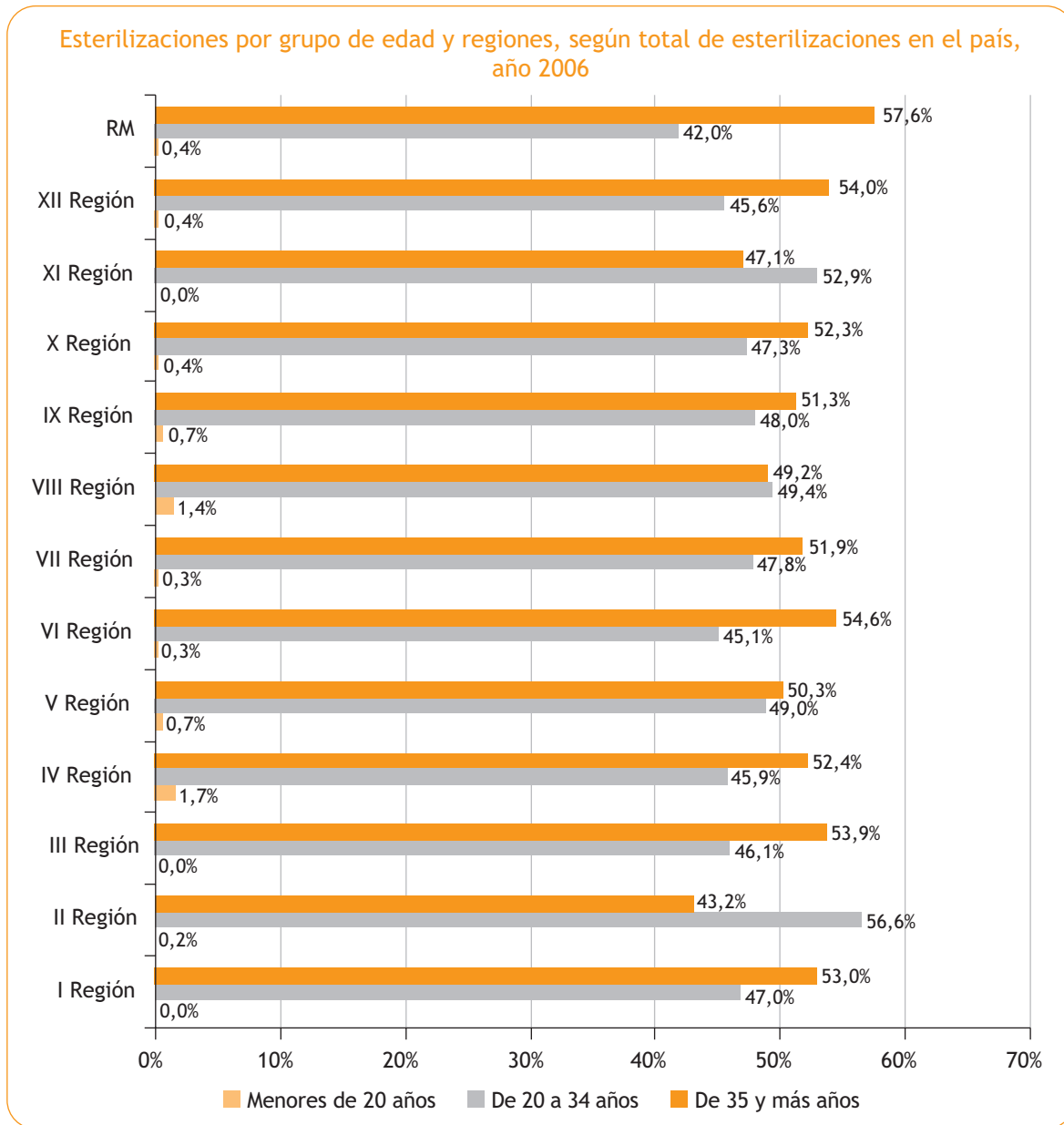
es levemente superior a las del grupo de entre 20 y 34 años. Esto se revierte solamente en tres regiones; la II Región, donde las esterilizaciones en el grupo de 20 a 34 años constituye el 56,6% frente a un 43,2% para el grupo mayor de 35 años; la XI, donde las mujeres de entre 20 y 34 años alcanzan un 52,9% de esterilizaciones, frente a un 47,1% para el caso de las mayores de 35; y la VIII, donde la diferencia porcentual entre las esterilizaciones realizadas por mujeres de 35 años o más es solo 0,2 puntos porcentuales mayor que el rango etario entre 20 y 34 años.

Gráfico 54



Fuente: Base de datos del Departamento de Estadísticas del Ministerio de Salud, Gobierno de Chile. Año 2007.

Gráfico 55



Fuente: Base de datos del Departamento de Estadísticas del Ministerio de Salud, Gobierno de Chile. Año 2007.

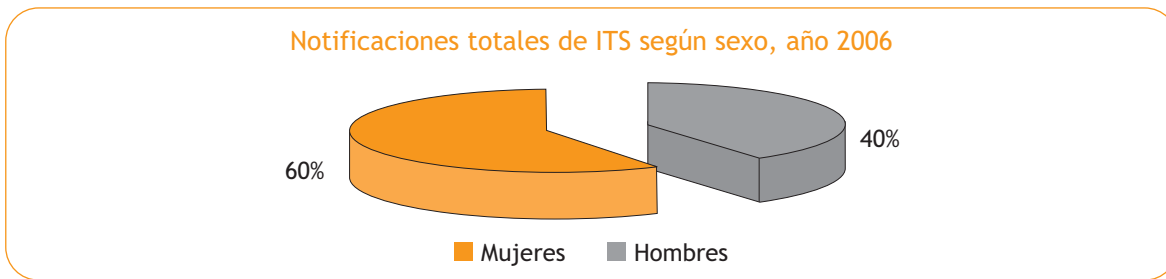
> ITS

Las infecciones de transmisión sexual constituyen un factor de riesgo para desarrollar infertilidad y para la transmisión del VIH, debido a que comparten la misma vía de transmisión y porque muchas ITS producen alteraciones físicas que hacen que las mujeres sean más vulnerables a la infección por VIH²⁰.

El Gráfico 56 muestra que la incidencia de las ITS tiende a ser mayor en mujeres (60%) que en hombres (40%).

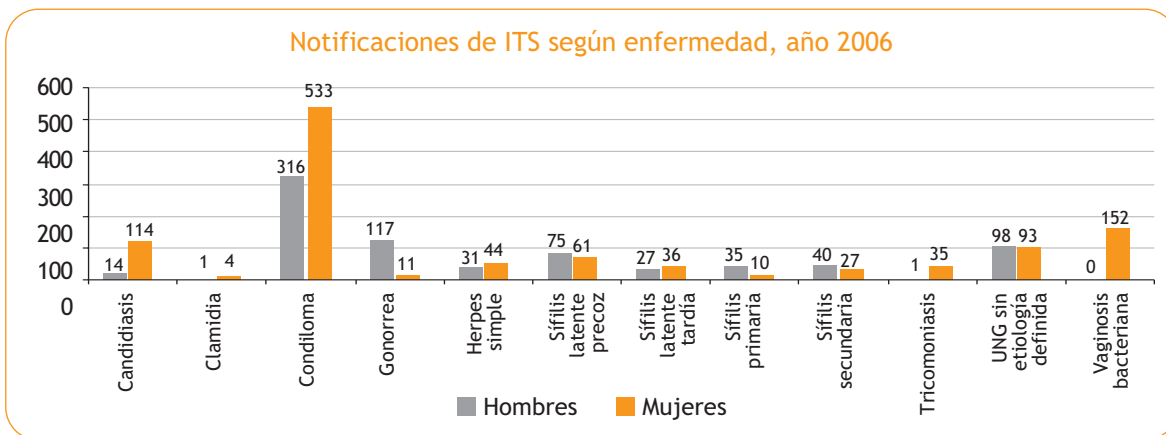
En el Gráfico 57 se observa que el condiloma representa la mayor cantidad de notificaciones durante el año 2006, siendo más prevalente en mujeres (533 casos) que en hombres (316 casos).

Gráfico 56



Fuente: Elaboración propia a partir de información otorgada por el Departamento de Estadísticas del MINSAL, 2007.

Gráfico 57



Fuente: Elaboración propia a partir de información otorgada por el Departamento de Estadísticas del MINSAL, 2007.

20. Schiappacasse V., Vidal P., Casas L., Dides C., Díaz S. (2003). *Chile: Situación de la Salud y los Derechos Sexuales y Reproductivos*. SERNAM. Valdés T., Dides C., Márquez A., Barrales K. (2006). *Puerta Adentro. Mujeres, vulnerabilidad y riesgo frente al VIH/SIDA*. CONASIDA, MINSAL, FLACSO-Chile.

La Tabla 6 y el Gráfico 58 muestran que todas las ITS se presentan con mayor fuerza en personas entre 20 y 44 años de edad, especialmente en el caso de las mujeres.

Durante el 2006, salvo para el rango etario más longevo, todos los grupos de edades presentaron mayor prevalencia de ITS en mujeres que en hombres, lo que nos vuelve a mostrar la alta incidencia de este tipo de enfermedades en las mujeres.

En el caso de la clamidia, las cifras de notificación son bajas, por lo que no se pueden hacer aseveraciones al desagregar la información por rangos etarios.

En el caso del condiloma, es preocupante la cantidad de casos notificados en adolescentes, observándose un total de 144 casos en los y las jóvenes de 15 a 19 años.

Cabe destacar que específicamente en la gonorrea no se notificó ningún caso en mujeres menores de 20 años de edad, y sí se notificaron 25 casos de adolescentes hombres con esta infección.

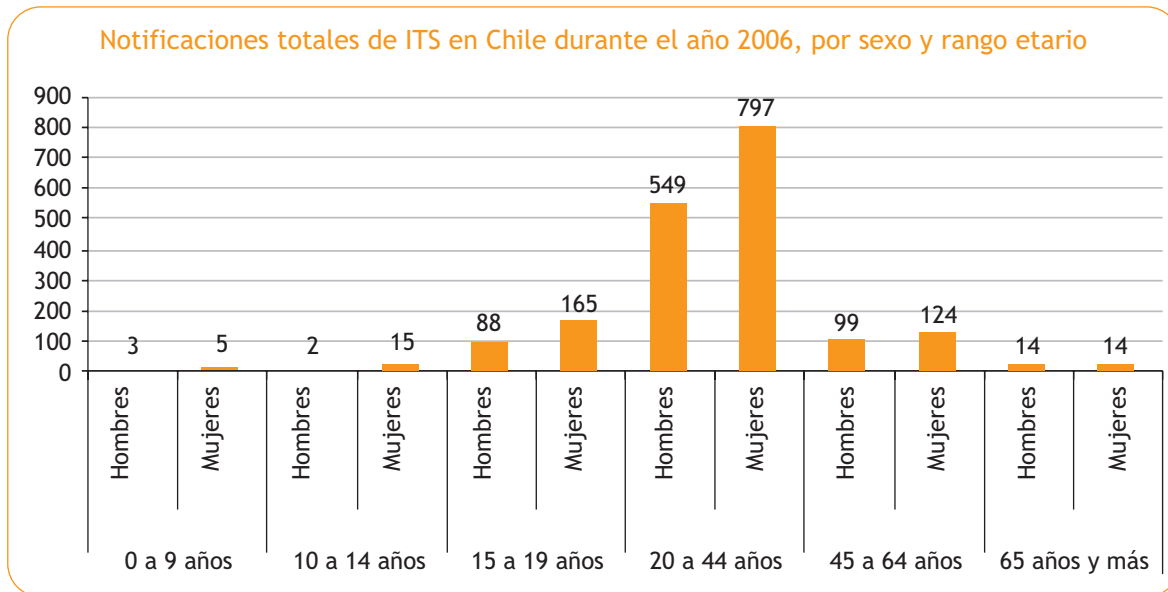
Solo 25 casos de ITS se registran en menores de 15 años, lo que refleja en parte algunas de las consecuencias de los abusos sexuales a menores de edad. De estas, 20 afectaron a mujeres y 5 a hombres.

Tabla 6: Notificaciones de ITS en Chile durante el año 2006, por sexo y rango etario, según ITS.

	0 a 9 años		10 a 14 años		15 a 19 años		20 a 44 años		45 a 64 años		65 años y más		Total	
	Hom.	Muj.	Hom.	Muj.	Hom.	Muj.	Hom.	Muj.	Hom.	Muj.	Hom.	Muj.	Hom.	Muj.
Candidiasis	0	0	0	0	3	13	8	87	3	14	0	0	14	114
Clamidia	0	0	0	0	1	2	0	2	0	0	0	0	1	4
Condiloma	1	4	2	6	39	105	244	369	26	43	4	6	316	533
Gonorrea	1	0	0	0	25	0	80	9	10	1	1	1	117	11
Herpes simple	0	0	0	1	1	8	22	23	6	10	2	2	31	44
Sífilis latente precoz	1	1	0	1	4	3	56	44	14	11	0	1	75	61
Sífilis latente tardía	0	0	0	0	1	1	17	25	7	9	2	1	27	36
Sífilis primaria	0	0	0	0	1	2	24	6	9	2	1	0	35	10
Sífilis secundaria	0	0	0	1	2	2	27	17	8	6	3	1	40	27
Tricomoniasis	0	0	0	1	0	7	0	20	1	5	0	2	1	35
UNG sin etiología definida	0	0	0	3	11	9	71	76	15	5	1	0	98	93
Vaginosis bacteriana	0	0	0	2	0	13	0	119	0	18	0	0	0	152
Total	3	5	2	15	88	165	549	797	99	124	14	14	755	1120

Fuente: Elaboración propia a partir de información otorgada por el Departamento de Estadísticas del Ministerio de Salud, año 2007.

Gráfico 58



Fuente: Elaboración propia a partir de información otorgada por el Departamento de Estadísticas del MINSAL, 2007.

> VIH/SIDA

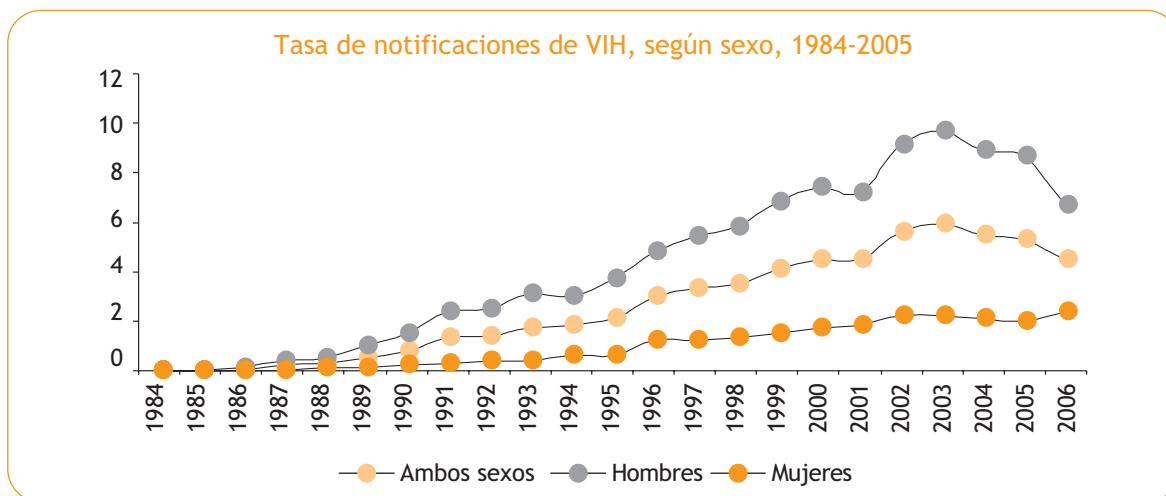
La infección por virus de inmunodeficiencia humana (VIH) tipo 1 o tipo 2 se caracteriza clínicamente por una infección asintomática durante un período variable de hasta alrededor de 8 años, debido al equilibrio entre replicación viral y respuesta inmunológica del paciente. Posteriormente se rompe este equilibrio aumentando la carga viral y deteriorándose la función inmune, lo que permite la aparición de diversas infecciones (clásicas y oportunistas) y tumores, con lo que se llega a la etapa de síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA).

Se transmite por tres vías: sexual (la más frecuente), perinatal o vertical; en relación a la vía perinatal, es necesario disminuir la probabilidad que el hijo de

una madre infectada con el VIH adquiera el virus en tres momentos distintos: durante el embarazo, parto o lactancia²¹.

En el Gráfico 59 se observa un aumento sostenido de la tasa de notificación por VIH hasta el 2003, y luego la tasa tiende a bajar hasta el 2006, gracias a la disminución de notificación entre los hombres (de 9,7 el 2003 a 8,7 casos por cada 100.000 habitantes el año 2006). Sin embargo, la fuerte baja observada en el 2006 puede no ser del todo exacta, debido a que existe un retraso en las notificaciones, por lo que los datos del último año pueden estar reflejando dicho retraso más que una real disminución de la tasa de notificaciones.

Gráfico 59



Tasa por cada 100.000 habitantes.

Fuente: MINSAL. 2007. Evolución del VIH-SIDA en Chile, 1987-2006. Santiago, Chile.

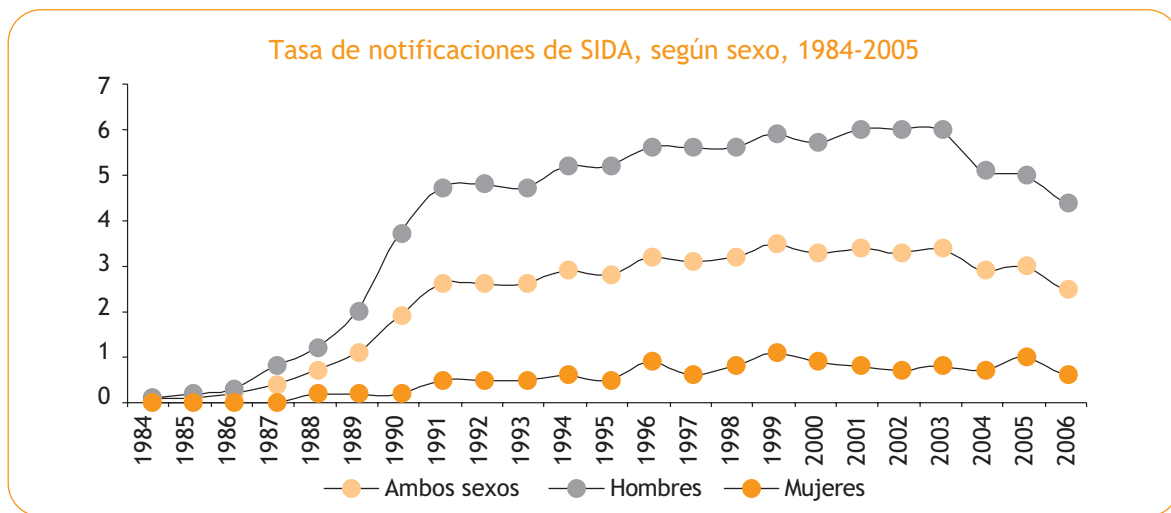
21. Resolución exenta N° 876, del Ministerio de Salud, Gobierno de Chile, del 17 de enero de 2007. Santiago, Chile. Recuperada de: http://www.supersalud.cl/568/articulos-3336_recurso_1.pdf Accesado: noviembre 2007

Similar es lo que ocurre con las notificaciones de SIDA a lo largo del tiempo. A partir de 2004 las tasas tienden a disminuir, fundamentalmente en el caso de los hombres, tal como se observa en el Gráfico 60. Esto puede deberse en parte al acceso de las personas que viven con VIH a tratamientos antirretrovirales, los cuales comenzaron a llegar al país a fi-

nales del siglo XX y que en la actualidad tienen cobertura a través del Plan Auge.

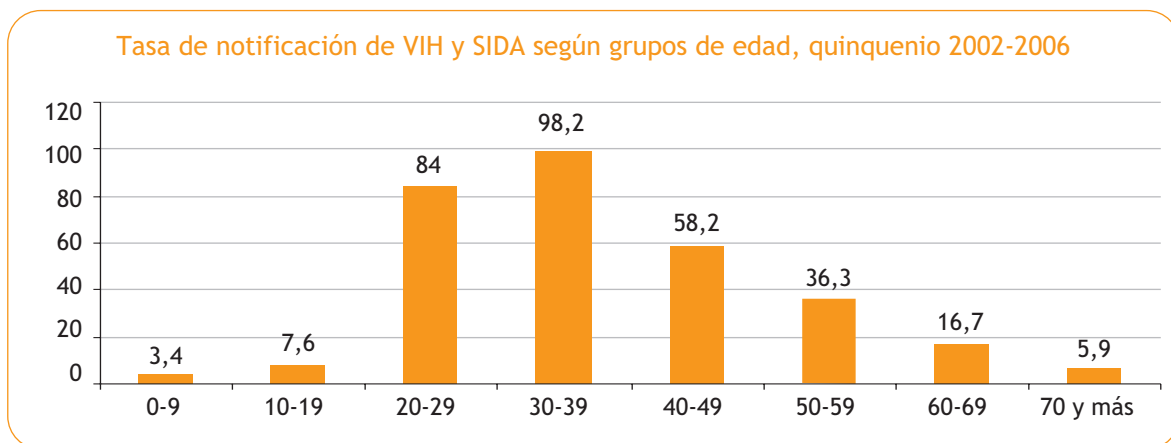
Entre el año 2002 y el 2006 la tasa más alta de notificaciones se registró en personas entre los 30 y los 39 años de edad, seguido del grupo comprendido entre los 20 y los 29 años (Gráfico 61).

Gráfico 60



Tasa por cada 100.000 habitantes.
Fuente: MINSAL. 2007. Evolución del VIH-SIDA en Chile, 1987-2006. Santiago, Chile.

Gráfico 61



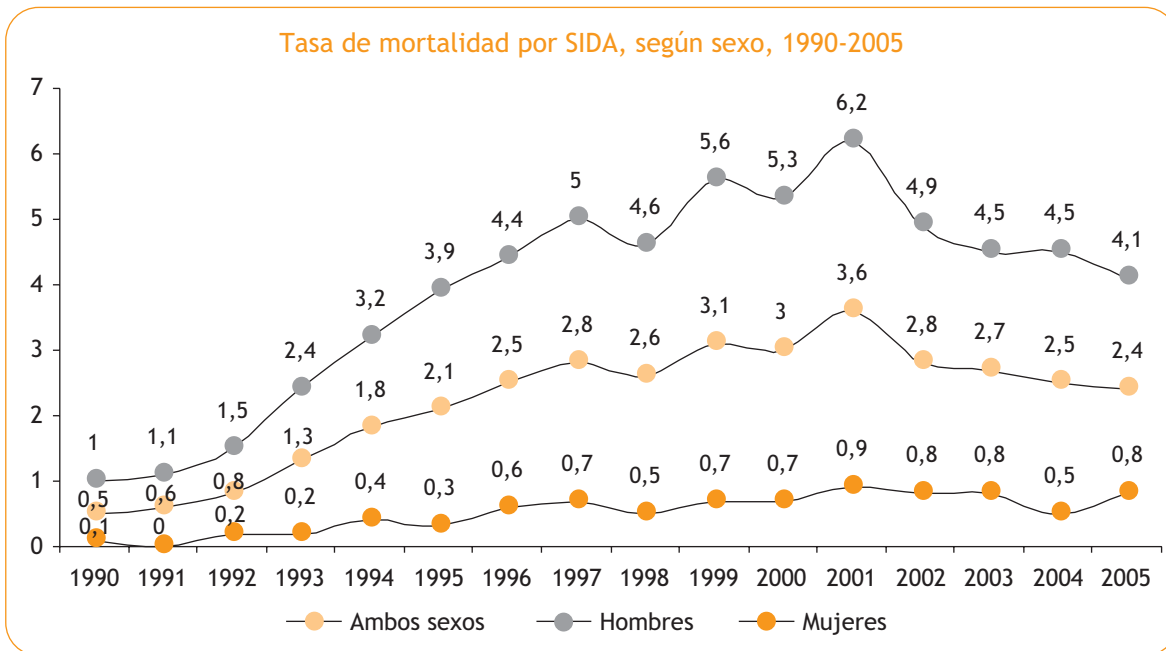
Tasa por cada 100.000 habitantes.
Fuente: Elaboración propia a partir de MINSAL. 2007. Evolución del VIH-SIDA en Chile, 1987-2006. Santiago, Chile.

Tabla 7: Tasas de notificación de VIH y SIDA, 1984 - 2006

Año	SIDA			VIH		
	Ambos sexos	Hombres	Mujeres	Ambos sexos	Hombres	Mujeres
1984	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0
1985	0,1	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0
1986	0,2	0,3	0,0	0,0	0,1	0,0
1987	0,4	0,8	0,0	0,2	0,4	0,0
1988	0,7	1,2	0,2	0,3	0,5	0,1
1989	1,1	2,0	0,2	0,5	1,0	0,1
1990	1,9	3,7	0,2	0,8	1,5	0,2
1991	2,6	4,7	0,5	1,3	2,4	0,3
1992	2,6	4,8	0,5	1,4	2,5	0,4
1993	2,6	4,7	0,5	1,7	3,1	0,4
1994	2,9	5,2	0,6	1,8	3,0	0,6
1995	2,8	5,2	0,5	2,1	3,7	0,6
1996	3,2	5,6	0,9	3,0	4,8	1,2
1997	3,1	5,6	0,6	3,3	5,4	1,2
1998	3,2	5,6	0,8	3,5	5,8	1,3
1999	3,5	5,9	1,1	4,1	6,8	1,5
2000	3,3	5,7	0,9	4,5	7,4	1,7
2001	3,4	6,0	0,8	4,5	7,2	1,8
2002	3,3	6,0	0,7	5,6	9,1	2,2
2003	3,4	6,0	0,8	5,9	9,7	2,2
2004	2,9	5,1	0,7	5,5	8,9	2,1
2005	3,0	5,0	1,0	5,3	8,7	2,0
2006	2,5	4,4	0,6	4,5	6,7	2,4

Fuente: MINSAL. 2007. Evolución del VIH-SIDA en Chile, 1987-2006. Santiago, Chile.

Gráfico 62.



Tasa por cada 100.000 habitantes.

Fuente: MINSAL. 2007. Evolución del VIH-SIDA en Chile, 1987-2006. Santiago, Chile

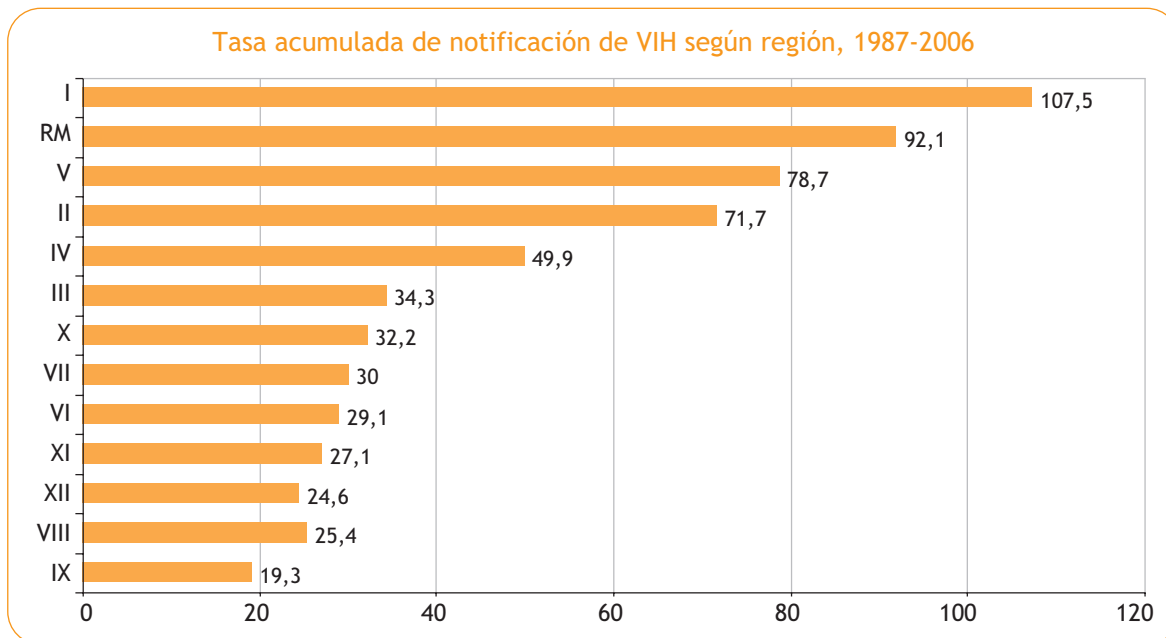
La tasa de mortalidad por SIDA (Gráfico 62) muestra que entre 1990 y 2005 se produjo una disminución sostenida de esta, fundamentalmente en el caso de los hombres, mientras que las mujeres no presentan dicho patrón. Sin embargo, la razón de hombres que mueren por VIH por cada mujer es de 5,4 a 1.

Asimismo, en los Gráficos 63 y 64, se aprecia que la mayor tasa acumulada de notificaciones por VIH y por SIDA entre 1987 y 2006 se da en la Región de

Tarapacá, seguida por la Metropolitana y la de Valparaíso, respectivamente.

Por su parte, para el caso del VIH, las regiones de La Araucanía, de Magallanes y del Biobío presentan las menores tasas de notificación, mientras que para el caso del SIDA las regiones con menores tasas de notificación son las de Aisén, de Magallanes y de O'Higgins, respectivamente.

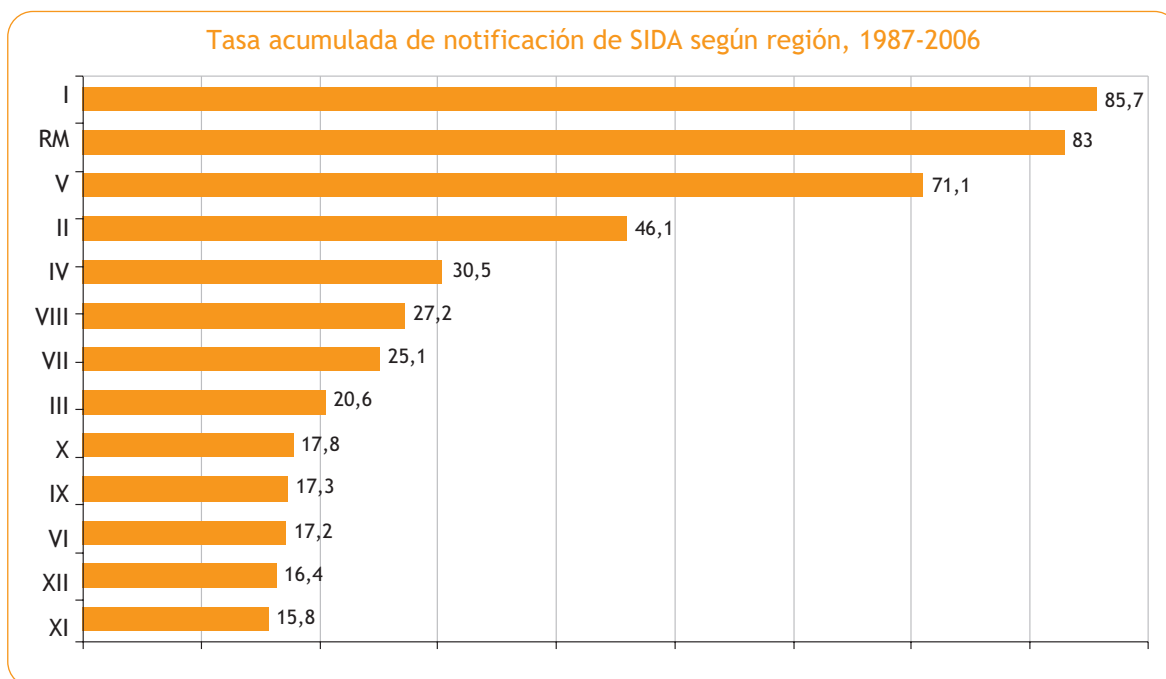
Gráfico 63



Tasa por cada 100.000 habitantes.

Fuente: MINSAL. 2007. Evolución del VIH-SIDA en Chile, 1987-2006. Santiago, Chile.

Gráfico 64



Tasa por cada 100.000 habitantes.

Fuente: MINSAL. 2007. Evolución del VIH-SIDA en Chile, 1987-2006. Santiago, Chile.

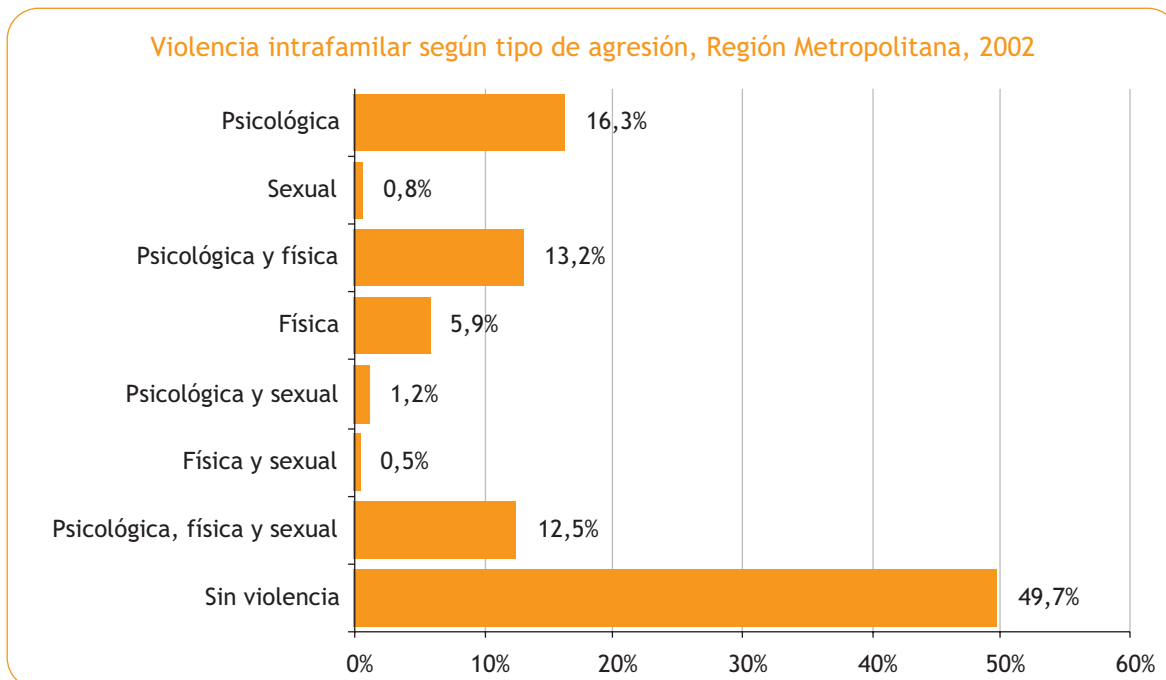
VIOLENCIA DE GÉNERO

La violencia intrafamiliar tiene diversas dimensiones. Esta puede ser ejercida tanto física como psicológicamente. A su vez, la violencia física puede significar maltrato hacia la pareja o hijos/as, o bien abuso sexual hacia estos/as.

Según los datos de uno de los últimos estudios realizados en Chile (específicamente en la Región Metropolitana y IX Región) sobre prevalencia de la

violencia intrafamiliar, encargado por el SERNAM, solo en la Región Metropolitana existe una prevalencia de más del 50% de violencia conyugal, ya sea esta física, psicológica o sexual. Según la información presentada en el Gráfico 65, entre los casos de violencia existe una predominancia de la violencia psicológica (16,3%), seguida de la combinación de esta con violencia física y sexual (12,5%).

Gráfico 65



Fuente: Elaboración propia a partir de Urzúa R., Ferrer M., Gutiérrez C., Larraín S. (2002). *Detección y Análisis de la Prevalencia de la Violencia Intrafamiliar*. SERNAM.

En la Región de La Araucanía (Gráfico 66) esta tendencia se repite con leves variaciones.

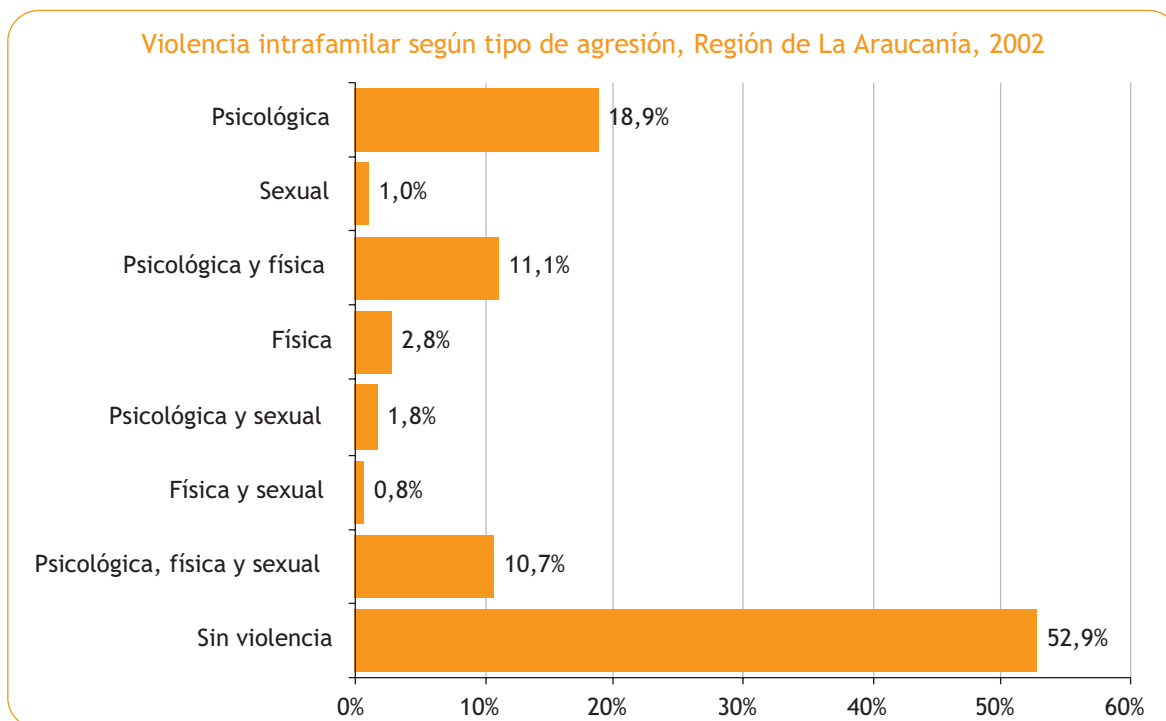
En este sentido, resulta relevante constatar que en uno de cada tres hogares se ejerce maltrato físico en la Región Metropolitana, lo que denota la alta prevalencia de este fenómeno en la sociedad chilena.

Por su parte, la violencia sexual alcanza en esta región una prevalencia

de alrededor de un 15%, lo que implica que en uno de cada cinco hogares se ejerce este tipo de violencia, mientras que en la Región de La Araucanía la violencia sexual tiende a ser algo menor.

Este último tipo de violencia suele ser perpetrada por personas conocidas por las víctimas y/o familiares, las cuales no necesariamente presentan alguna patología evidente en el ámbito psicológico²².

Gráfico 66



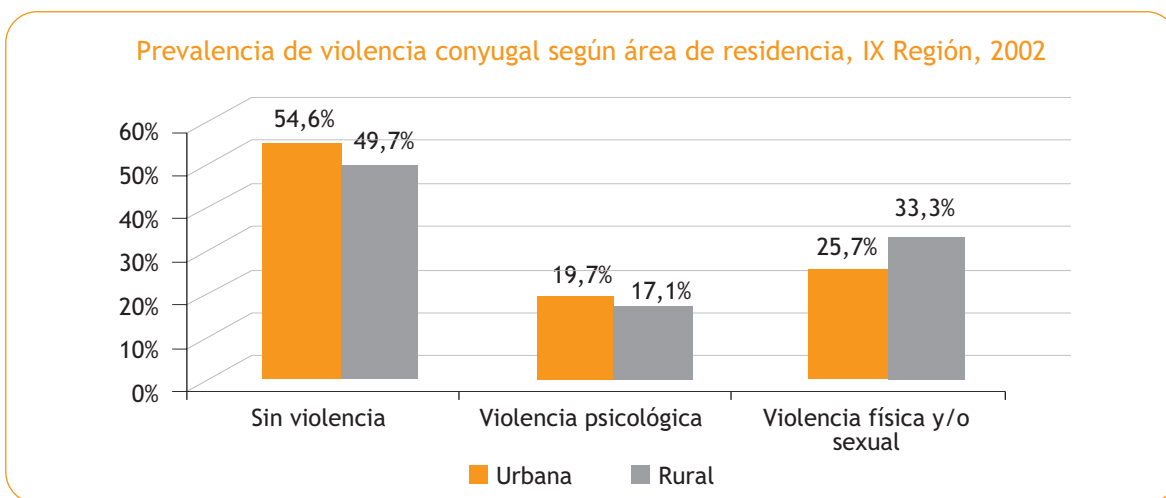
Fuente: Elaboración propia a partir de Urzúa R., Ferrer M., Gutiérrez C., Larrain S. (2002). *Detección y Análisis de la Prevalencia de la Violencia Intrafamiliar*. SERNAM.

22. Schiappacasse V., Vidal P., Casas L., Dides C., Díaz S. (2003). *Chile: Situación de la Salud y los Derechos Sexuales y Reproductivos*. SERNAM.

El único dato que existe de violencia conyugal según zona rural y urbana y pertenencia étnica lo proporciona el estudio de prevalencia de violencia intrafamiliar encargado por el SERNAM durante el año 2002, el cual indica que existe mayor prevalencia de violencia física y/o sexual en la zona rural (33,3%) respecto de la zona urbana (25,7%), como se observa en el Gráfico 67, y entre mujeres mapuche (36,2%) respecto de no mapuche (26,2%) (Gráfico 68), en el caso de la IX Región.

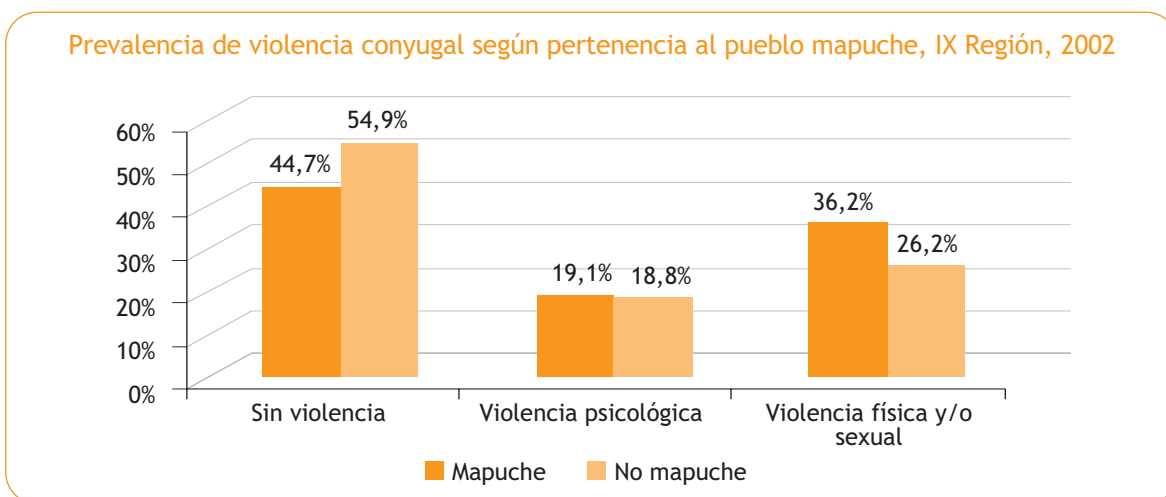
sica y/o sexual en la zona rural (33,3%) respecto de la zona urbana (25,7%), como se observa en el Gráfico 67, y entre mujeres mapuche (36,2%) respecto de no mapuche (26,2%) (Gráfico 68), en el caso de la IX Región.

Gráfico 67



Fuente: Urzúa R., Ferrer M., Gutiérrez C., Larraín S. (2002). *Detección y Análisis de la Prevalencia de la Violencia Intrafamiliar*. SERNAM

Gráfico 68



Fuente: Urzúa R., Ferrer M., Gutiérrez C., Larraín S. (2002). *Detección y Análisis de la Prevalencia de la Violencia Intrafamiliar*. SERNAM

En la Tabla 8 se puede observar que dentro de los delitos cometidos por hombres que ingresan a la Defensoría Penal Pública, la mayoría corresponde a lesiones menos graves, seguidos por las amenazas de atentados contra personas y propiedades, las lesiones leves y las lesiones graves, respectivamente.

Las causas por motivo de violencia intrafamiliar, ingresadas a los Tribunales de Familia entre el año 2005 y el 2006 desde la entrada en vigencia de la Ley de Violencia Intrafamiliar (Ley N° 20.066), dan cuenta de un aumento de las denuncias en todos los casos de un año a otro (Tabla 9). El aumento de denuncias por esta causa, entre el 2005 y el 2006, fue de aproximadamente un 30%.

Tabla 8: Ingreso de delitos seleccionados a la Defensoría Penal Pública según sexo entre noviembre 2005 y julio 2006, a nivel nacional

Delito/Sexo	Hombre		Mujer		Total	
	N	%	N	%	N	%
Parricidio	42	77,8	12	22,2	54	100
Homicidio calificado	71	92,2	6	7,8	77	100
Homicidio	662	94,2	41	5,8	703	100
Lesiones graves gravísimas	59	88,1	8	11,9	67	100
Lesiones graves	2.128	92,4	176	7,6	2.304	100
Lesiones menos graves	9.966	91,0	983	9,0	10.949	100
Lesiones leves	4.650	80,9	1.097	19,1	5.747	100
Amenazas de atentados contra personas y propiedades	6.668	87,2	980	12,8	7.648	100
TOTAL	24.246	88,0	3.303	12,0	27.549	100

Fuente: Casas L., Armisén M., Dides C., Ponce N., Báez X., De la Maza C., Olguín A., Aliaga J. *La defensa en casos de violencia intrafamiliar*. Centro de Documentación Defensoría Penal Pública. N° 5, octubre, 2007.

Tabla 9: Ingreso de causas de violencia intrafamiliar en los años 2005-2006 a Tribunales de Familia desde la entrada en vigencia de la Ley 20.066

Corte	Año 2005	Año 2006	Total
Corte de Apelaciones de Antofagasta	605	999	1.604
Corte de Apelaciones de Talca	1.350	2.972	4.322
Corte de Apelaciones de Chillán	354	690	1.044
Corte de Apelaciones de Concepción	1.794	3.614	5.408
Corte de Apelaciones de Valdivia	724	1.389	2.113
Corte de Apelaciones de Puerto Montt	804	1.613	2.417
Corte de Apelaciones de Santiago	4.805	9.082	13.887
Corte de Apelaciones de San Miguel	4.147	7.217	11.364
TOTAL	14.583	27.576	42.159

Fuente: Casas L., Armisén M., Dides C., Ponce N., Báez X., De la Maza C., Olguín A., Aliaga J. *La defensa en casos de violencia intrafamiliar*. Centro de Documentación Defensoría Penal Pública. N° 5, octubre, 2007.

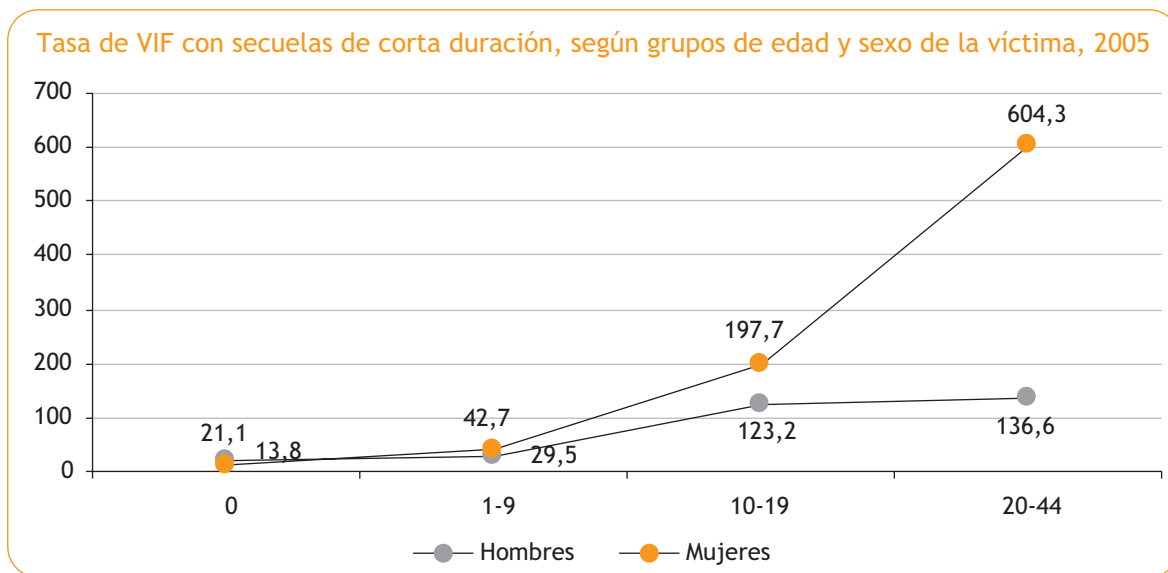
> Violencia Intrafamiliar en Adolescentes

En un estudio encargado por el Ministerio de Salud de Chile se calculó la incidencia de violencia intrafamiliar (negligencia y abandono) a través del análisis de la base de denuncias por violencia intrafamiliar 2005 de Carabineros de Chile y la base de datos de egresos hospitalarios por traumatismos y envenenamientos debidos a violencia intrafamiliar, negligencia y abandono, 2005, del Departamento de Estadísticas del Ministerio de Salud. Se consideraron dos escenarios: lesiones con secuelas de lar-

ga duración, en las cuales el daño provocado por el evento de violencia genera discapacidad permanente, y las lesiones con secuelas de corta duración, las que generan un daño transitorio.

En ambos tipos de violencia se advierte una mayor incidencia en mujeres, a partir de la adolescencia y hasta los 44 años de edad, siendo mayores las tasas de violencia con secuelas de corta duración que las tasas de secuelas de larga duración para ambos sexos.

Gráfico 69

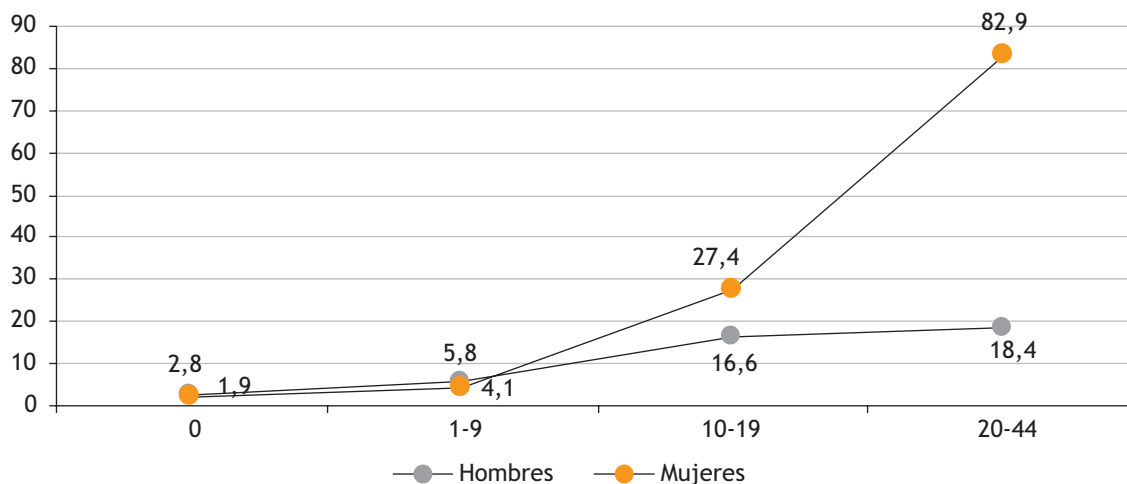


Tasa por cada 100.000 habitantes.

Fuente: Hoffmeister, Lorena (2007). "Diagnóstico de salud –incluida salud sexual y reproductiva e ITS/VIH/SIDA– de adolescentes y jóvenes en Chile". Programa Nacional de Adolescentes y Jóvenes, Ministerio de Salud de Chile.

Gráfico 70

Tasa de VIF con secuelas de larga duración, según grupos de edad y sexo de la víctima, 2005



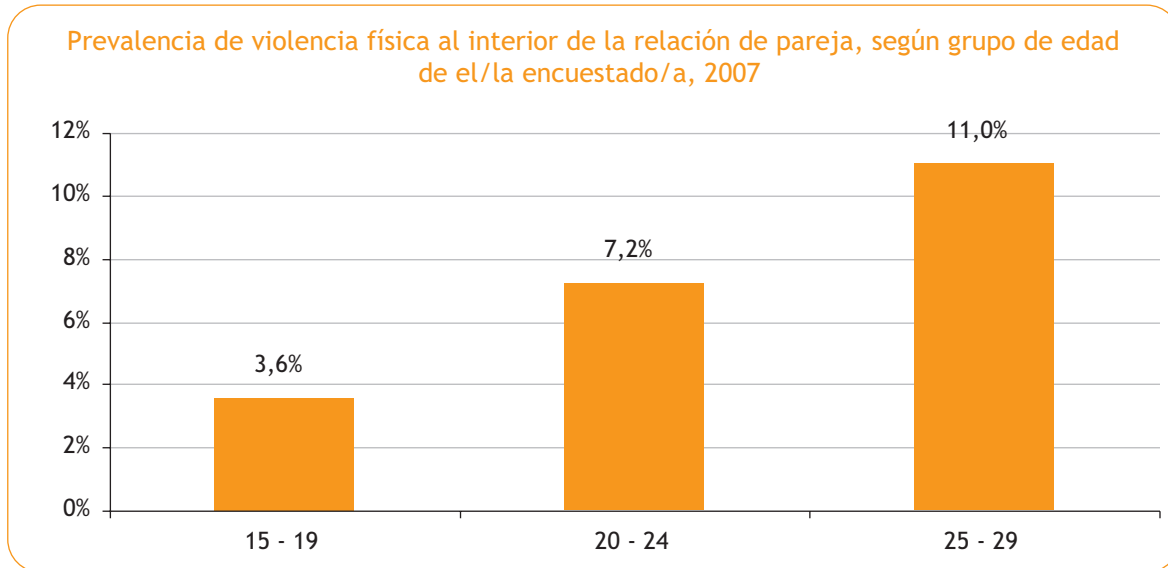
Tasa por cada 100.000 habitantes.

Fuente: Hoffmeister, Lorena (2007). "Diagnóstico de salud –incluida salud sexual y reproductiva e ITS/VIH/SIDA– de adolescentes y jóvenes en Chile". Programa Nacional de Adolescentes y Jóvenes, Ministerio de Salud de Chile.

En la encuesta del año 2007, del Instituto Nacional de la Juventud, se consultó a los adolescentes y jóvenes si se había dado alguna vez una situación de violencia física o psicológica al interior de su relación de pareja. Se declara más violencia psicológica que física. En esta última se observa un incremento estadísticamente significativo con la edad,

siendo de 3,6% en los/as adolescentes de 15 a 19 años, de 7,2% en los/as jóvenes y de 11,0% en el grupo de 25 a 29 años (Gráfico 71). Con respecto a la violencia psicológica, el 6,5% de los/as adolescentes señala haberla padecido alguna vez, proporción que asciende a un 15,3% entre los/as jóvenes y a un 16,6% en el grupo siguiente (Gráfico 72).

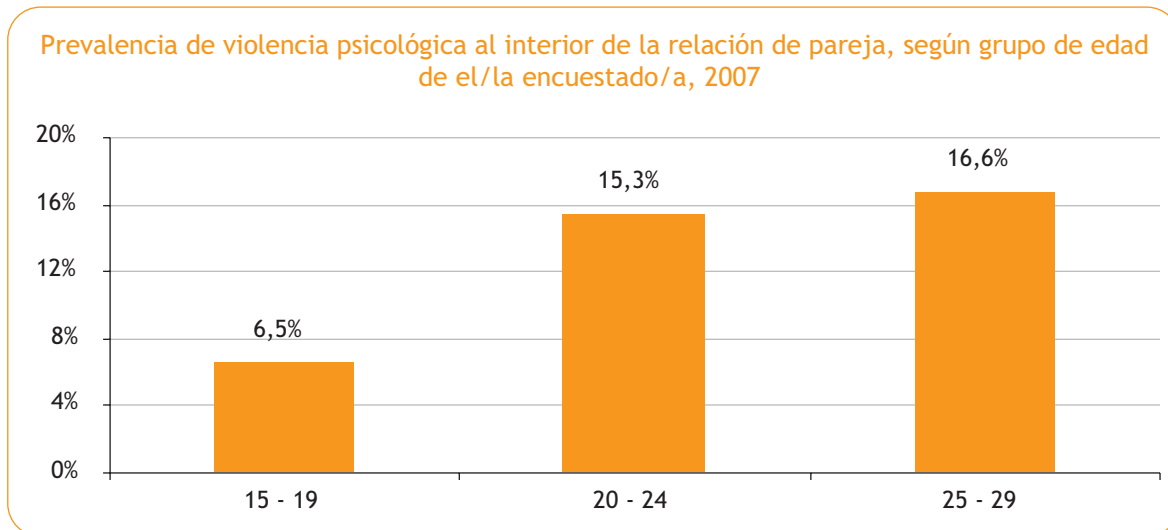
Gráfico 71



Tasa por cada 100.000 habitantes.

Fuente: Hoffmeister, Lorena (2007). "Diagnóstico de salud –incluida salud sexual y reproductiva e ITS/VIH/SIDA– de adolescentes y jóvenes en Chile". Programa Nacional de Adolescentes y Jóvenes, Ministerio de Salud de Chile.

Gráfico 72



Tasa por cada 100.000 habitantes.

Fuente: Hoffmeister, Lorena (2007). "Diagnóstico de salud –incluida salud sexual y reproductiva e ITS/VIH/SIDA– de adolescentes y jóvenes en Chile". Programa Nacional de Adolescentes y Jóvenes, Ministerio de Salud de Chile.

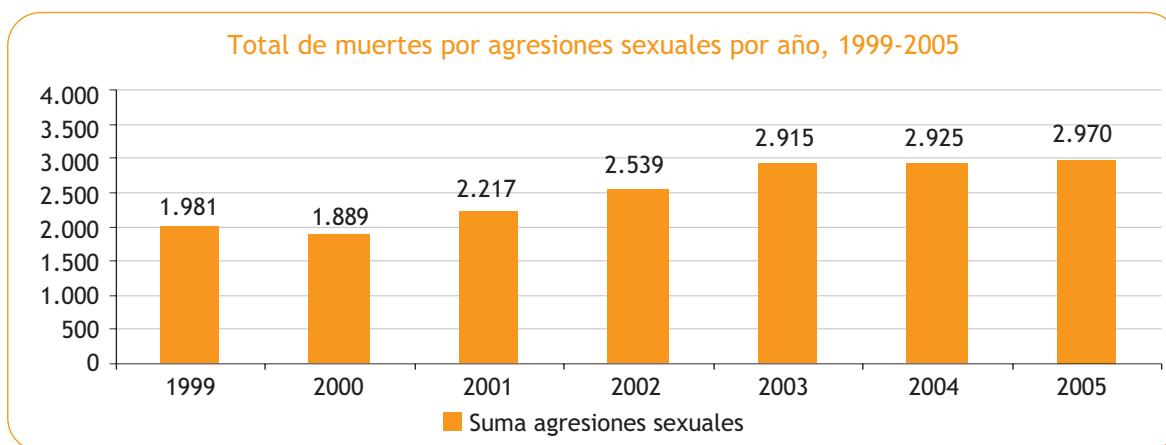
> Violencia de Género con Resultado de Muerte

Según los datos de peritajes de sexología forense del Servicio Médico Legal, las muertes por agresiones sexuales aumentaron en un 49% en un período de siete años, pasando de 1.981 casos durante 1999, a 2.970 en el 2005 (Gráfico 73).

Al desagregar la información de muertes por agresiones sexuales se-

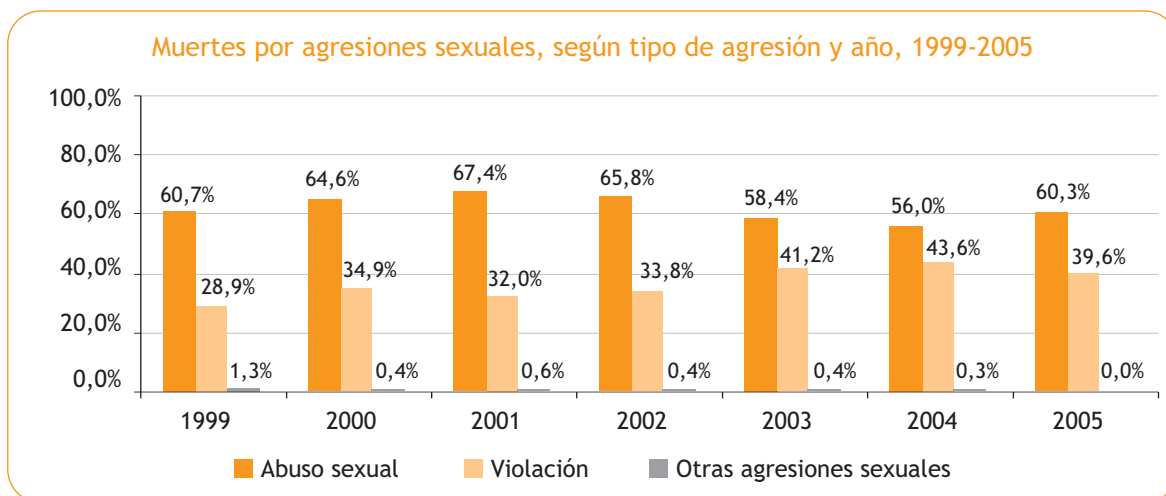
gún tipo de agresión, se constata que la muerte causada por abuso sexual es la de mayor incidencia, seguida de la violación (Gráfico 74). Pese a esto, las muertes causadas por violación han ido en alza, llegando a aumentar en más de 10 puntos porcentuales entre 1999 y el 2005.

Gráfico 73



Fuente: Elaboración propia a partir de información de Anuarios Estadísticos del Servicio Médico Legal, 1999-2005.

Gráfico 74



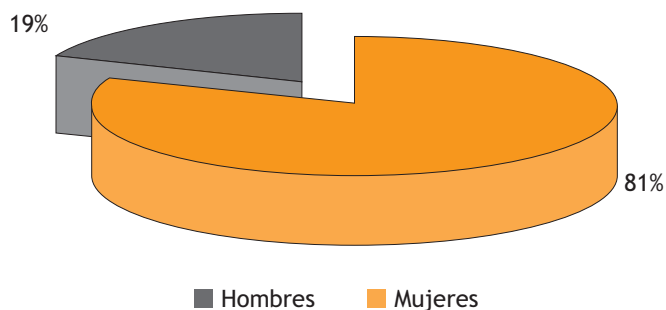
Fuente: Elaboración propia a partir de información de Anuarios Estadísticos del Servicio Médico Legal, 1999-2005.

Los Gráficos 75 y 76 muestran que las causas de muerte por violación y por abuso sexual afectan principalmente

a las mujeres, estas superan entre cuatro y cinco veces más los casos de los hombres.

Gráfico 75

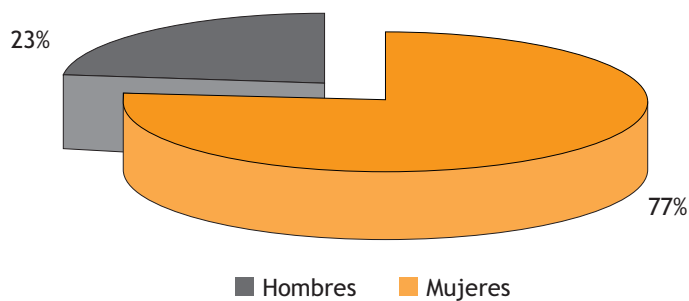
Proporción de muertes por violación según sexo de la víctima, año 2005



Fuente: Elaboración propia a partir de información de Servicio Médico Legal (2005). Anuario Estadístico. Informe Preliminar.

Gráfico 76

Proporción de muertes por abuso sexual según sexo de la víctima, año 2005

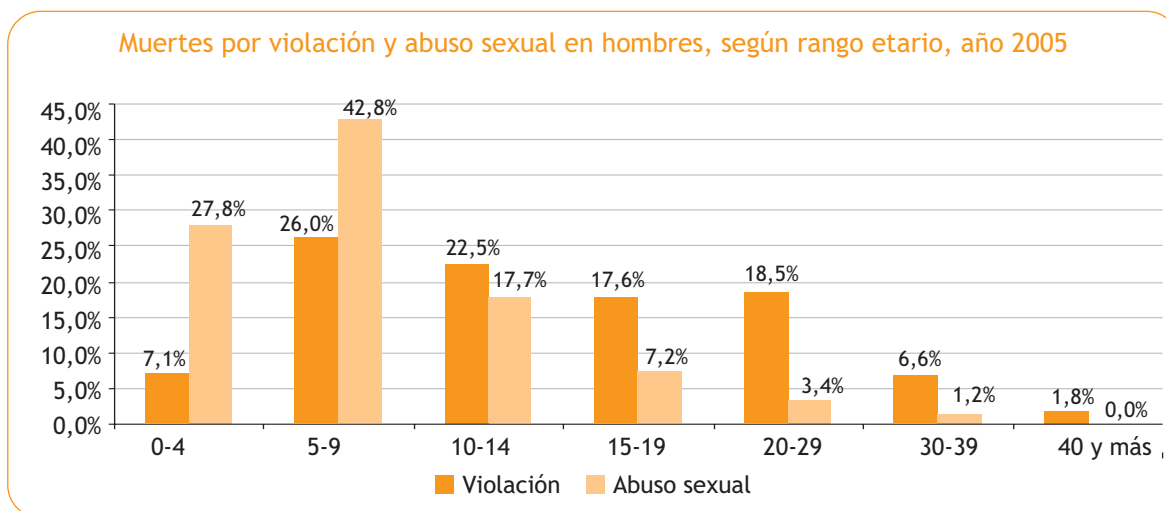


Fuente: Elaboración propia a partir de información de Servicio Médico Legal (2005). Anuario Estadístico. Informe Preliminar.

En el caso de los hombres, como se observa en el Gráfico 77, la mayoría de las muertes por abusos sexuales y violaciones se concentran entre los 5 y 9 años de edad de la víctima (42,8% y 26,0%, respectivamente), lo que da cuenta de la vulnerabilidad de los menores de edad en este contexto. Para las mujeres

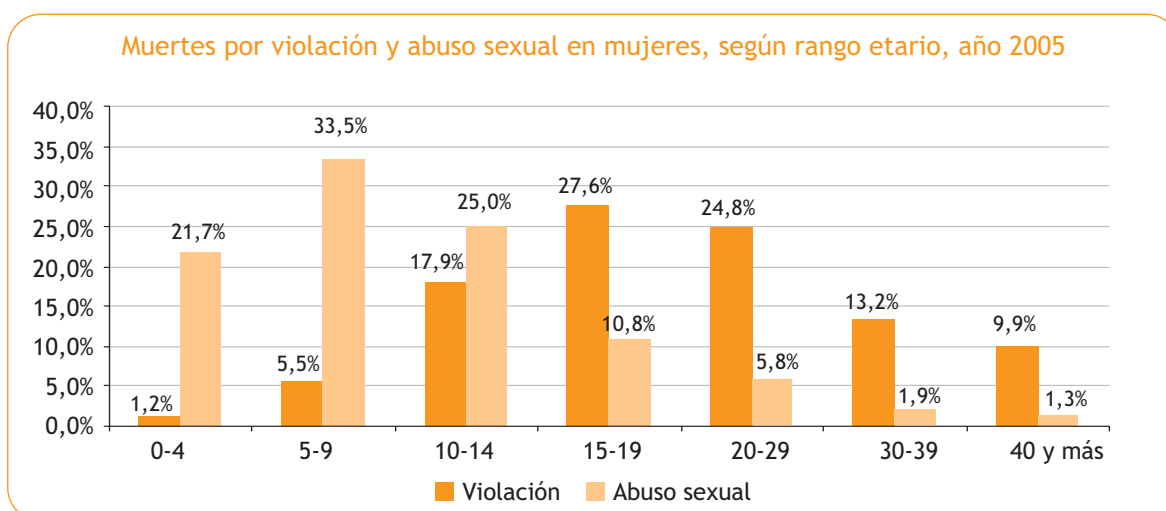
(Gráfico 78), en cambio, si bien la muerte por abuso sexual también se concentra entre los 5 y los 9 años de edad (33,5%), la muerte por violación prevalece en la adolescencia, vale decir, entre los 15 y los 19 años de edad (27,6%), y disminuye solo levemente entre los 20 y los 29 años (24,8%).

Gráfico 77



Fuente: Elaboración propia a partir de información de Servicio Médico Legal (2005). Anuario Estadístico. Informe Preliminar.

Gráfico 78

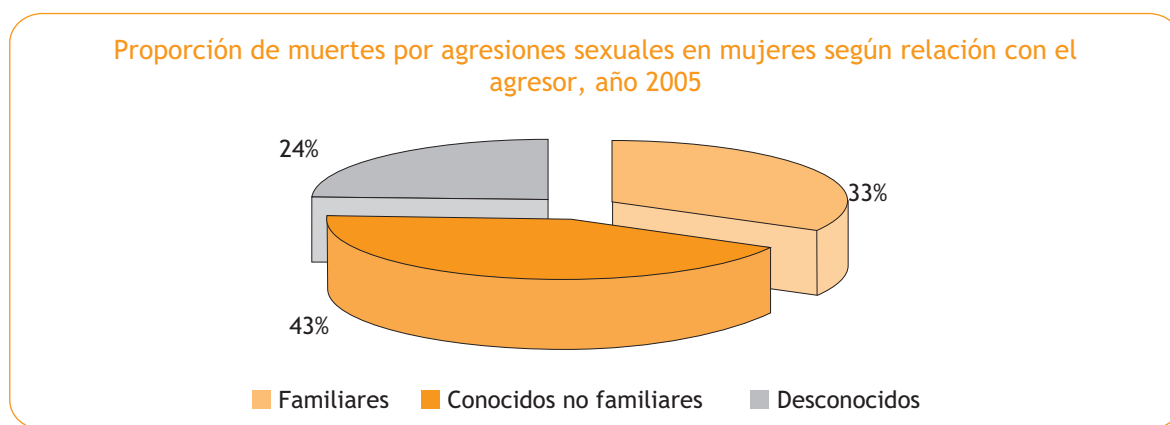


Fuente: Elaboración propia a partir de información de Servicio Médico Legal (2005). Anuario Estadístico. Informe Preliminar.

Los Gráficos 79 y 80 muestran que la mayoría de los casos de muerte por agresión sexual son cometidos por conocidos sin parentesco familiar con las víctimas, especialmente en el caso de los hombres, donde esta cifra alcanza un 56%. Por su parte, los casos cometidos

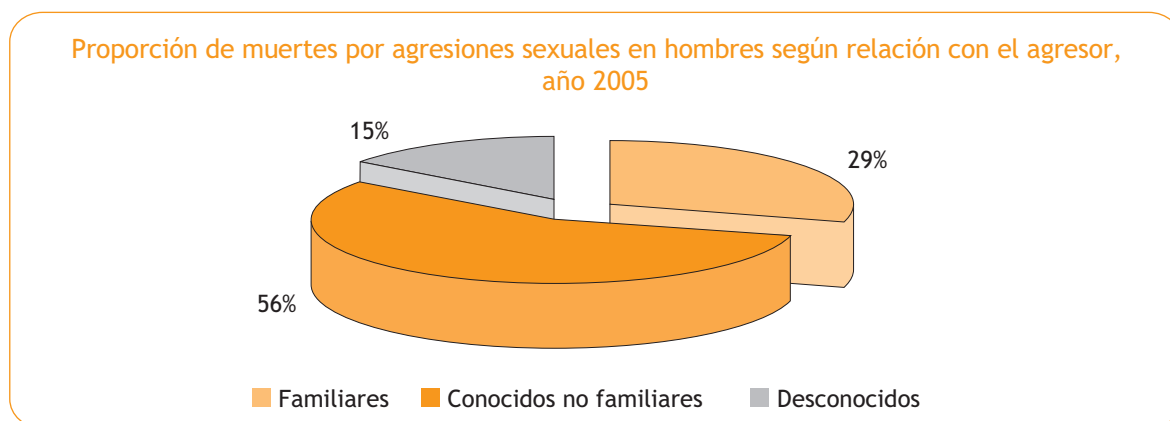
por familiares, tanto para hombres como para mujeres, corresponden a alrededor de un tercio del total de muertes, lo que resulta relevante, ya que en más del 70% de los casos los agresores serían o familiares o conocidos de las víctimas.

Gráfico 79



Fuente: Elaboración propia a partir de información de Servicio Médico Legal (2005). Anuario Estadístico. Informe Preliminar.

Gráfico 80



Fuente: Elaboración propia a partir de información de Servicio Médico Legal (2005). Anuario Estadístico. Informe Preliminar

El Gráfico 81 muestra que en Chile ha habido un aumento sostenido en el tiempo de femicidios, llegando a incrementarse la cifra total de muertes de mujeres en más de un 100% entre el año 1998 y el 2007.

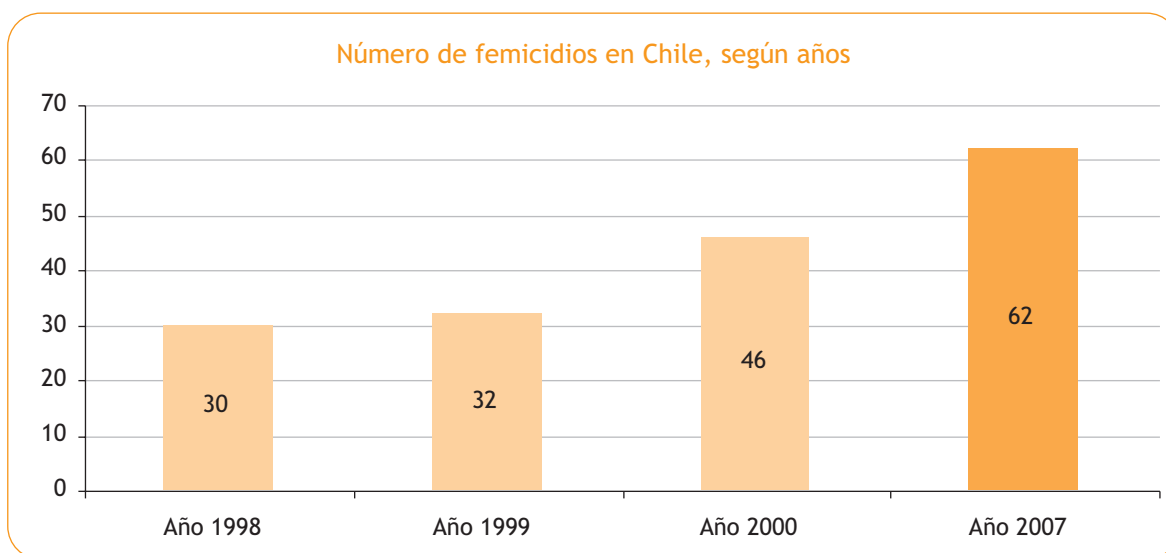
La información relacionada con los planes de intervención en mujeres que viven violencia intrafamiliar, ejercido dentro del sistema público de salud, muestra que la mayoría de estas son realizadas en la Región Metropolitana, seguida por la X Región.

En la Región Metropolitana se observa que la mayoría de los casos son derivados a la justicia, hecho que no ocurre en las demás regiones del país.

En este sentido, resulta relevante constatar la dimensión de la prevalencia de la violencia intrafamiliar, tanto en Santiago como en regiones, y el impacto del abuso sexual y la violación como causas primarias de las muertes por agresiones sexuales en Chile.

El Estudio Nacional de Comportamiento Sexual señala que el 7,2% de las mujeres declara haber sido víctima de violación, y alrededor de la mitad de estos casos constituyeron su iniciación sexual. La mayoría de las mujeres que declararon haber sido víctimas de violación, corresponden a mujeres de sectores socioeconómicos bajos y de menor educación, por lo que, si bien es un hecho que la violencia se ejerce tanto en estratos altos como bajos, la condición socioeconómica resulta ser un factor de riesgo relevante²³.

Gráfico 81

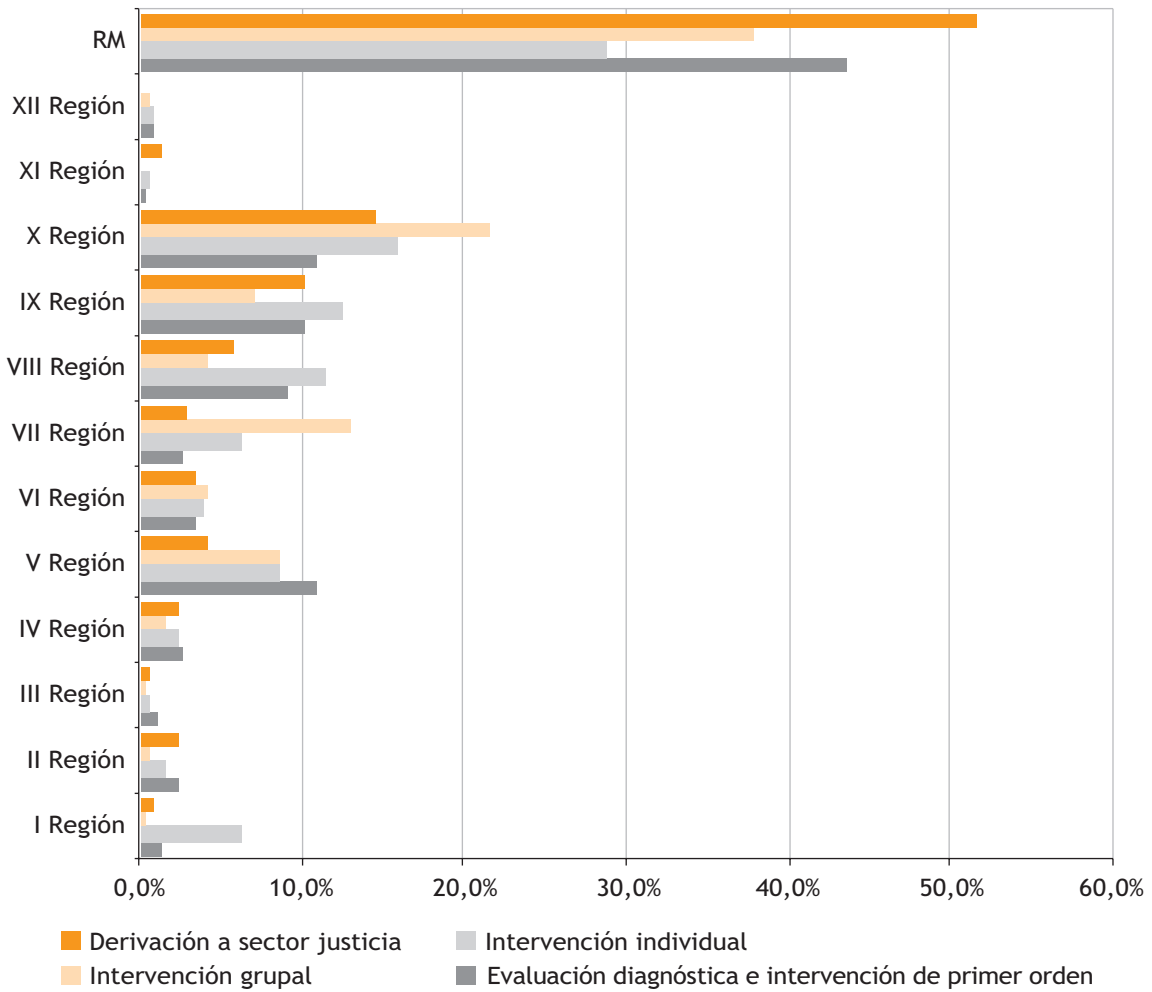


Fuente: División Mujer y Desarrollo, CEPAL. "Estadísticas e Indicadores de Género". Recuperado de http://www.eclac.cl/mujer/proyectos/perfiles/comparados/violencia_28.htm Mayo 2008. Servicio Nacional de la Mujer, Gobierno de Chile. "Violencia Intrafamiliar. Feticidios 2007". Recuperado de <http://www.sernam.cl/opencms/opencms/sernam/programas/violencia/femicidio2007.html> Mayo 2008.

23. CONASIDA, MINSAL (2000). Estudio Nacional de Comportamiento Sexual. Primeros Análisis. Santiago.

Gráfico 82

Planes de Intervención realizados en mujeres que viven violencia intrafamiliar (Atención Primaria de Salud), según plan de tratamiento, por región, 2007



Fuente: Base de datos del Departamento de Estadísticas del Ministerio de Salud, Gobierno de Chile. Año 2007.

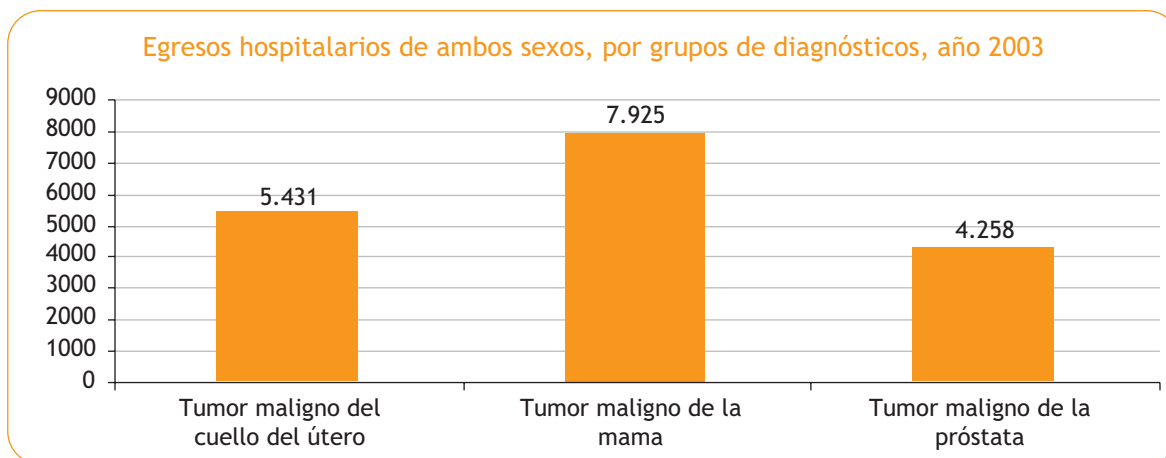
SALUD DE MUJERES Y HOMBRES

Los casos ingresados al Servicio Público de Salud por tumor a la próstata, mama o cuello del útero, durante el año 2003, muestran que la prevalencia mayor corresponde al cáncer de mamas, con un registro de 7.925 casos en dicho período (Gráfico 83).

La mayoría de los casos de esta enfermedad se concentraron en mujeres

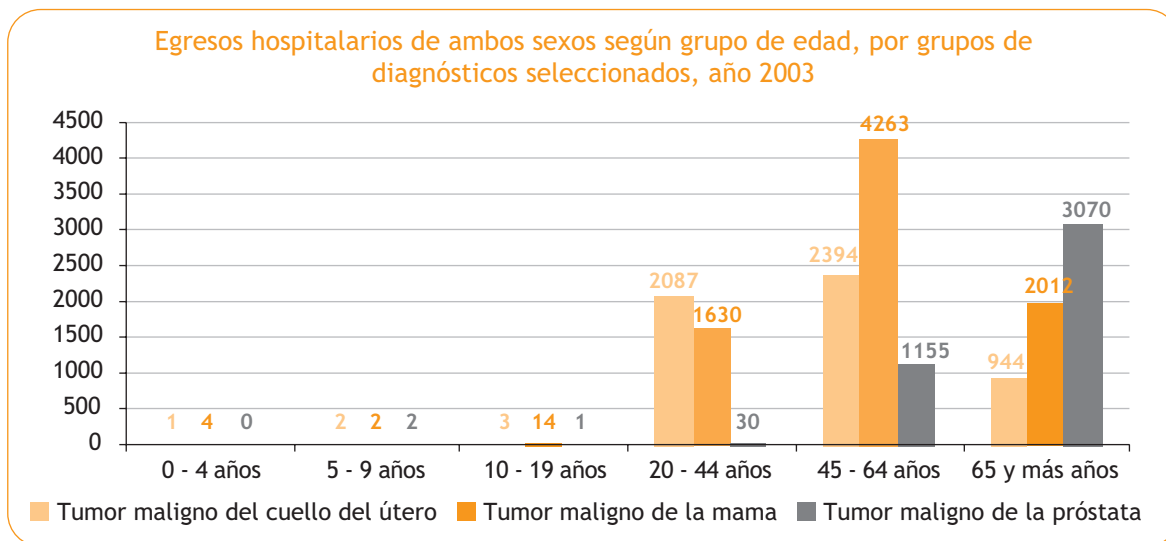
de entre 45 y 64 años de edad, tendencia que se repitió en el caso del tumor maligno del cuello del útero. Por su parte, el cáncer de próstata tuvo mayor incidencia en pacientes de 65 años y más, los cuales correspondían a más del 50% del total de pacientes ingresados al sistema público de salud por esta causa (Gráfico 84).

Gráfico 83



Fuente: Base de datos del Departamento de Estadísticas del Ministerio de Salud, Gobierno de Chile. Año 2007.

Gráfico 84

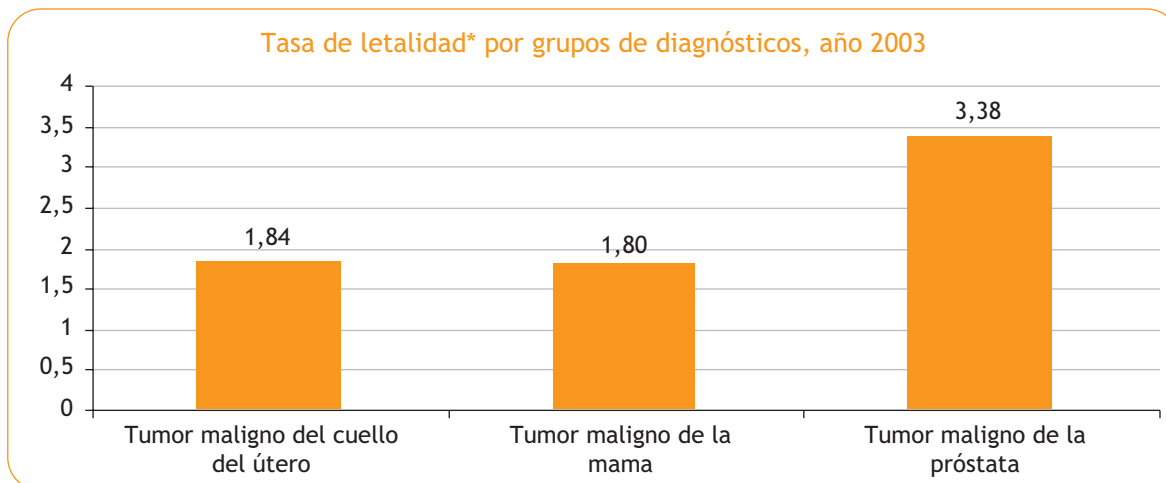


Fuente: Base de datos del Departamento de Estadísticas del Ministerio de Salud, Gobierno de Chile. Año 2007.

Las tasas de letalidad calculadas para los casos atendidos en el sistema público de salud resultan ser casi dos veces mayores para los casos de tumores

malignos de la próstata respecto a los tumores malignos de la mama y del cuello del útero (Gráfico 85).

Gráfico 85



* Tasa de letalidad: número de fallecidos por 100 egresos hospitalarios.

Fuente: Base de datos del Departamento de Estadísticas del Ministerio de Salud, Gobierno de Chile. Año 2007.

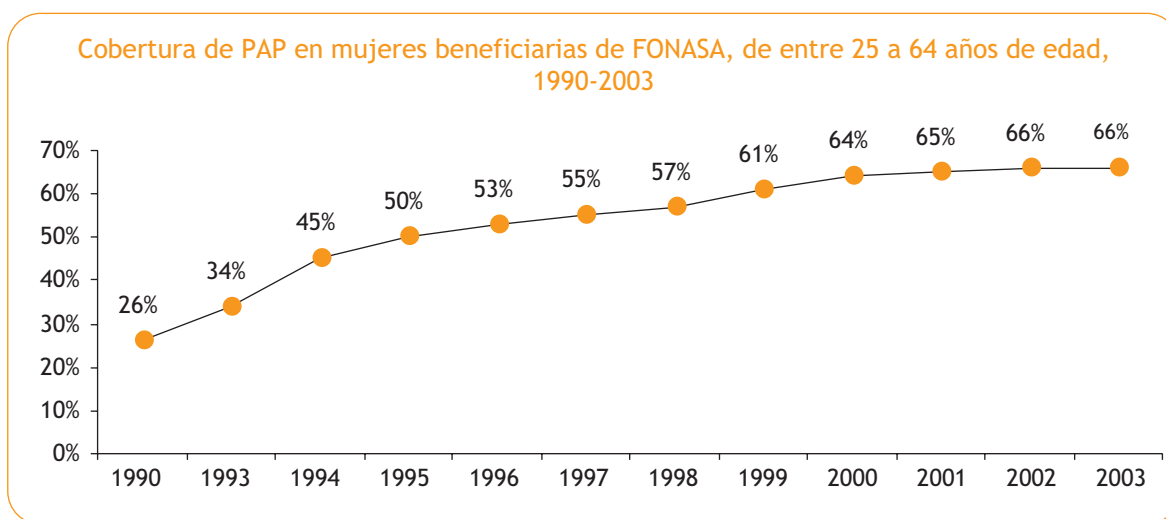
> Cáncer Cervicouterino

El cáncer cervicouterino se asocia a la infección por virus del papiloma humano, por lo que su prevención está directamente relacionada con evitar las infecciones de transmisión sexual.

En Chile, las tasas de mortalidad por cáncer cervicouterino presentaron una disminución de un 38,8% entre 1990 y el 2003 (Gráfico 87), lo que puede atribuirse al aumento de los exámenes de Papanicolaou (PAP) en los últimos años²⁴. Esto debido a que la detección precoz de esta enfermedad ayuda a disminuir la mortalidad por esta causa.

De hecho, en el año 2003 la cobertura del PAP alcanzó un 66% en el sistema FONASA, 2,5 veces más que la cobertura existente en 1990 (Gráfico 86). Cabe destacar que en Chile el Plan Auge cubre una serie de prestaciones relacionadas con la detección y seguimiento del cáncer cervicouterino, factor que probablemente ha incidido en los últimos años en mejorar aún más las tasas de cobertura y reducir la mortalidad por esta causa.

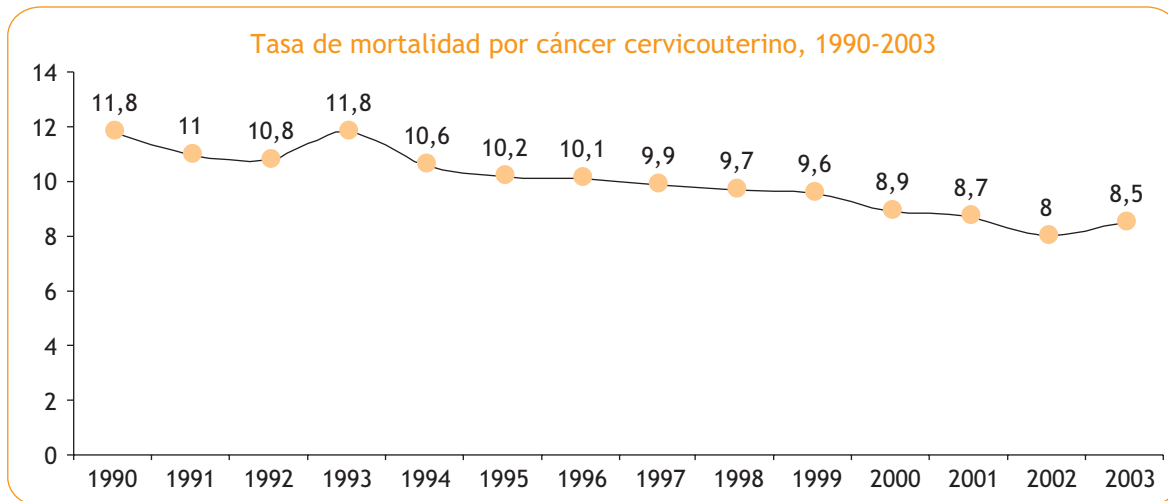
Gráfico 86



Fuente: Elaboración propia a partir de Ministerio de Salud (2005). Garantías Explícitas en Salud. Guía Clínica Cáncer Cervicouterino. Recuperado: <http://www.minsal.cl/ici/guiasclinicas/CancerCervicouterino.pdf> Accedido: diciembre 2007.

24. Schiappacasse V., Vidal P., Casas L., Dides C., Díaz S. (2003). *Chile: Situación de la Salud y los Derechos Sexuales y Reproductivos*. SERNAM.

Gráfico 87



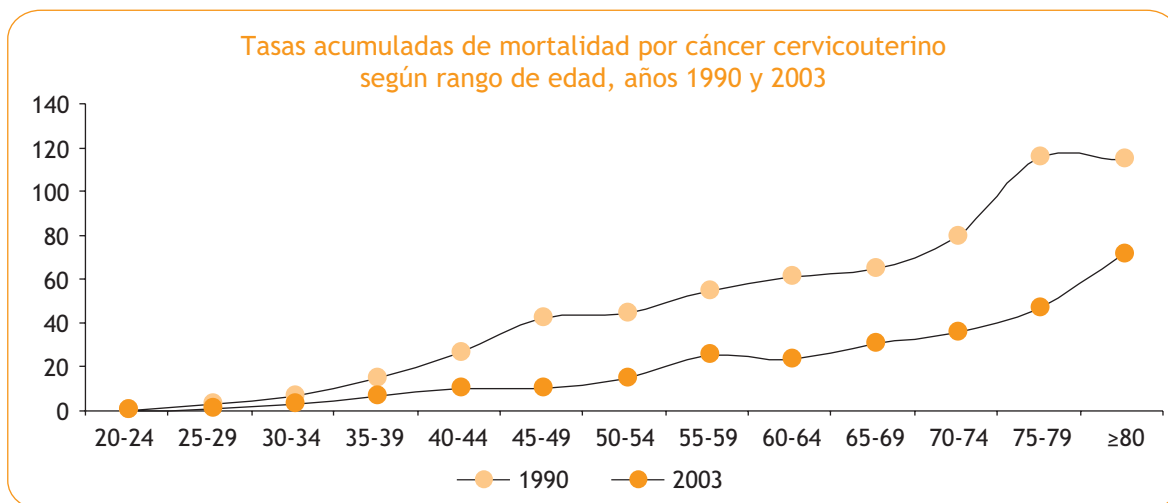
Tasa por cada 100.000 mujeres.

Fuente: Donoso E., Cuello M., Villarroel L. "Reducción de la Mortalidad por Cáncer Cérvico Uterino en Chile, 1990-2003", en Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología, 2006:71(5): 307-312.

El cáncer cervicouterino presenta mayor incidencia en las mujeres de edades avanzadas, pese a la disminución de

las tasas de mortalidad observada entre 1990 y el 2003 (Gráfico 88).

Gráfico 88

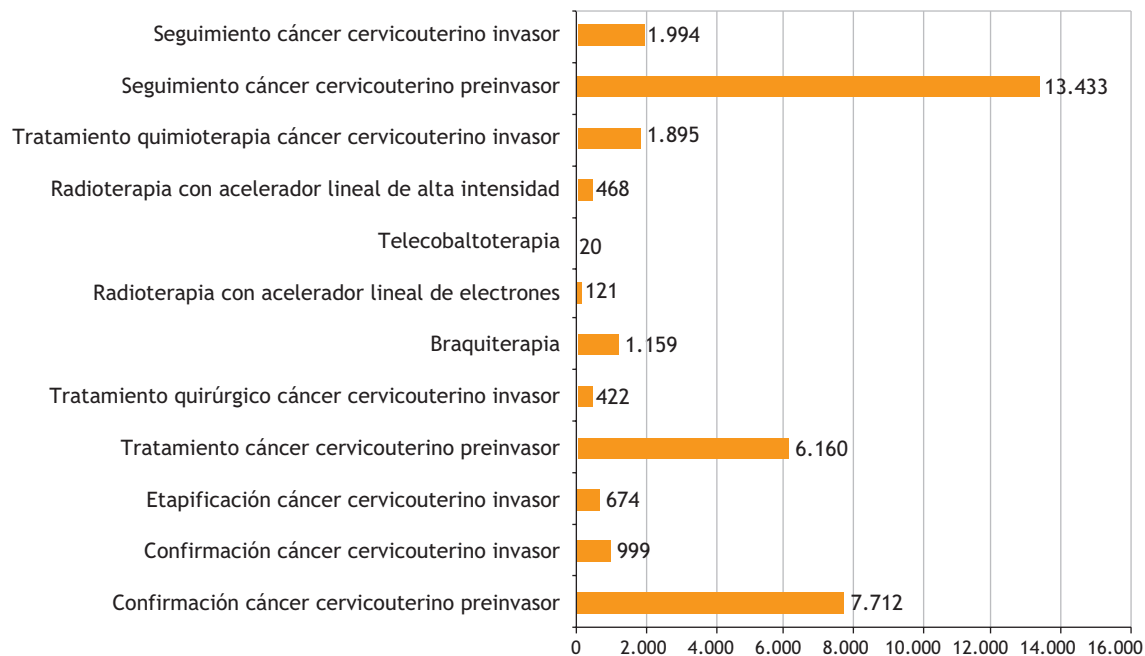


Tasa por cada 100.000 mujeres.

Fuente: Donoso E., Cuello M., Villarroel L. "Reducción de la Mortalidad por Cáncer Cérvico Uterino en Chile, 1990-2003" en Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología, 2006:71(5): 307 - 312.

Gráfico 89

Acciones cubiertas por el Plan Auge relacionadas con cáncer cervicouterino, año 2007



Fuente: Base de datos del Departamento de Estadísticas del Ministerio de Salud, Gobierno de Chile. Año 2007.

> Cáncer de Mama

En el año 2002 el cáncer de mama ocupó el tercer lugar entre las causas de muertes por cáncer en la mujer, con una tasa de mortalidad en ascenso para la década de 11,7 por cada 100.000 mujeres.

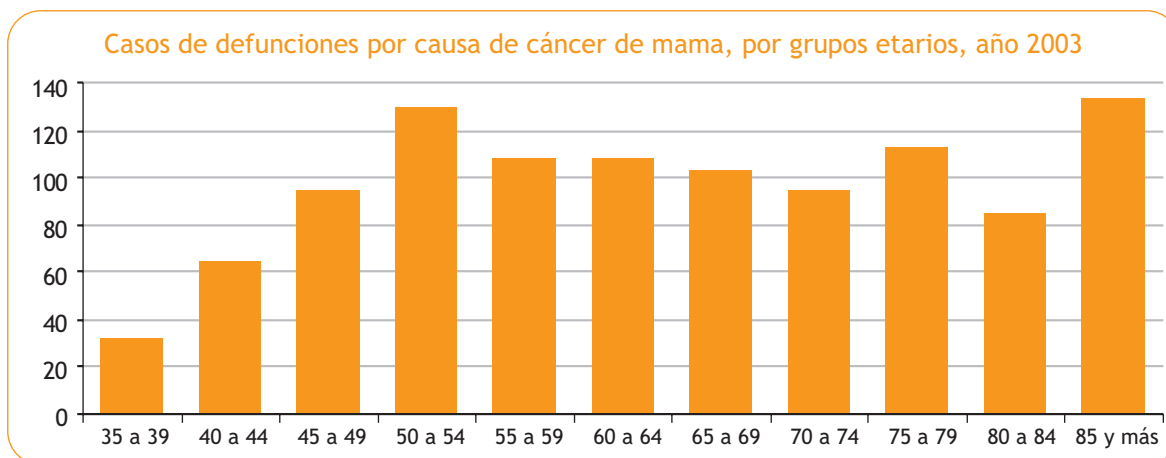
La incidencia de cáncer de mama aumenta con la edad. Antes de los 20 años es excepcional. Se calcula un riesgo de 1 en 20.000 para mujeres menores de

25 años, que se eleva hasta 1 en 9 para mujeres de 85 y más años. El riesgo de desarrollar cáncer de mama entre los 20 y 40 años es de 0,49% y llega a 5,5% entre los 65 y 85 años²⁵.

En el Gráfico 90 se observa que los casos tienden a aumentar entre los 50 y los 54 años de edad, y en los 85 años o más.

25. Peralta O. "Cáncer de Mama en Chile: Datos Epidemiológicos". Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología. 2002; 67(6): 439-445.

Gráfico 90



Fuente: Elaboración propia a partir de Estadísticas Vitales, años 2000 y 2003, Instituto Nacional de Estadísticas.

La detección temprana y el acceso a un tratamiento adecuado y oportuno son las claves para lograr impacto en el Programa Nacional de Cáncer de Mama²⁶.

Sin embargo, según datos de los Servicios de Salud de la Región Metropolitana, en el año 2003 el 42% de las mujeres con tumores mamarios fueron

diagnosticadas en etapas avanzadas, y cuando el pronóstico fue reservado. Esta situación puede deberse a que el tumor mamario no presenta síntomas en etapas tempranas y su tamaño aún no es suficiente para ser percibido mediante la palpación²⁷, pero además al no cumplimiento riguroso de los controles anuales recomendados.

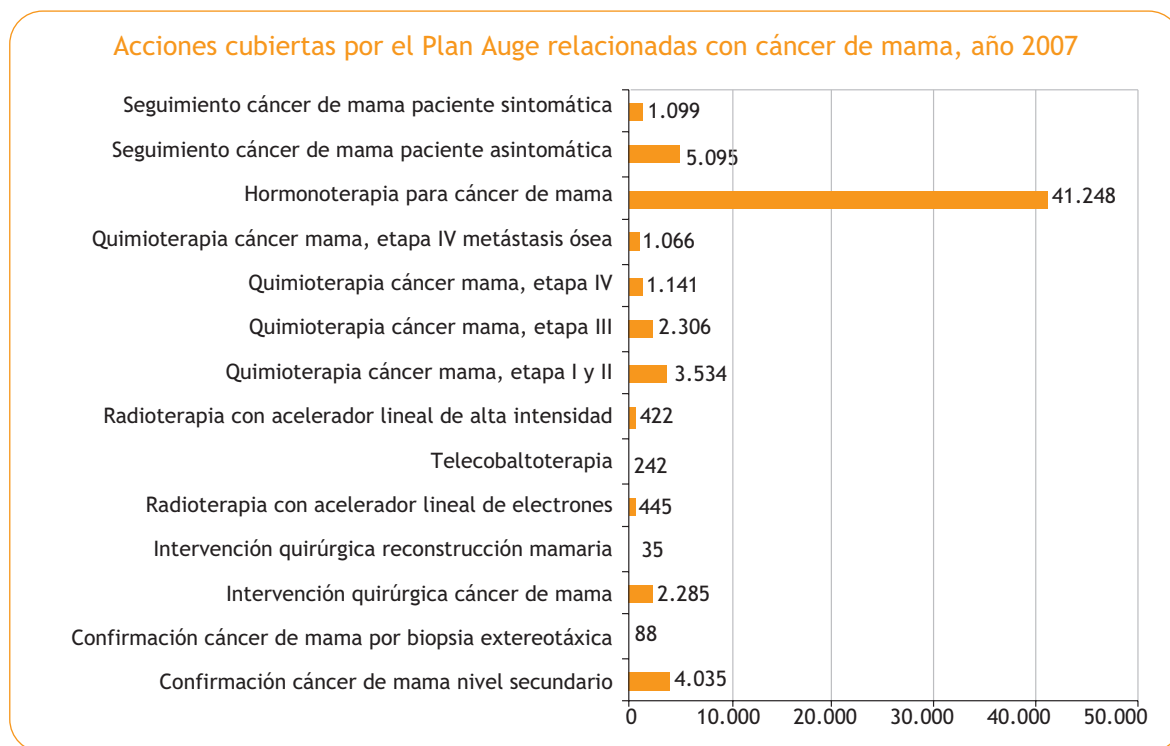
26. Ministerio de Salud (2005). *Garantías Explícitas en Salud. Guía Clínica Cáncer de Mama en Personas de 15 Años y Más*. Recuperado: http://www.minsal.cl/ici/guiasclinicas/CancermamaR_Mayo10.pdf. Accesado: Diciembre 2007.

27. Schiappacasse V., Vidal P., Casas L., Dides C., Díaz S. (2003). Chile: *Situación de la Salud y los Derechos Sexuales y Reproductivos*. SERNAM.

En el Gráfico 91, se observa que la gran mayoría de las acciones cubiertas por el Plan Auge para el cáncer de mama

correspondieron a hormonoterapia, lo que confirma la detección tardía de este problema.

Gráfico 91



Fuente: Base de datos del Departamento de Estadísticas del Ministerio de Salud, Gobierno de Chile. Año 2007.

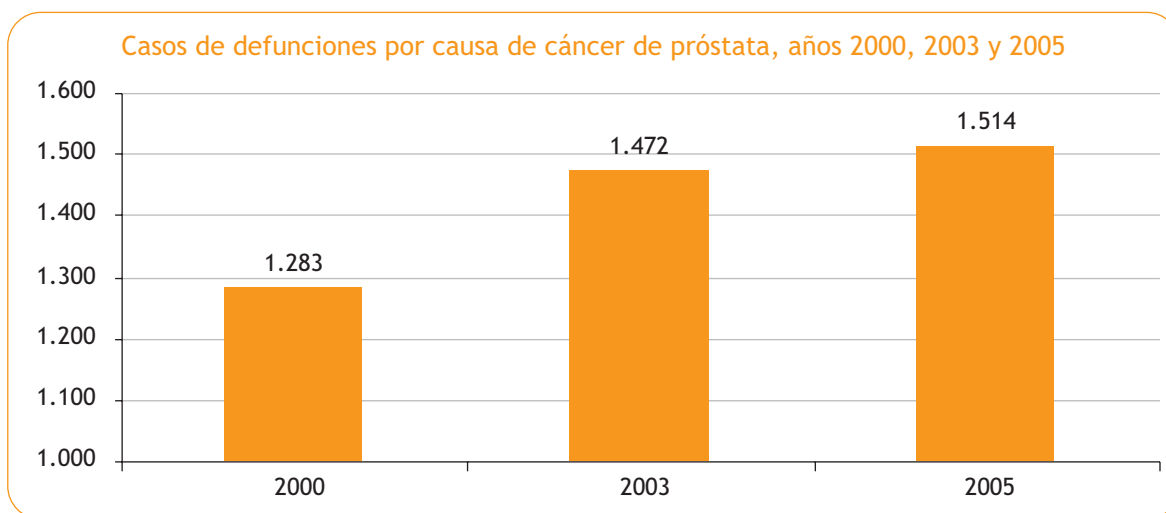
> Cáncer de Próstata

En Chile la mortalidad por cáncer a la próstata ha aumentado progresivamente en los últimos años llegando a 17,4 por cien mil en el 2002 y constituyendo la tercera causa de muerte por cáncer en los hombres (responsable de alrededor de 1.200 muertes anuales). En el Gráfico 92 se observa que entre el año 2000 y el 2005 hubo un aumento de un 18% de defunciones por causa de cáncer

de próstata, lo que grafica la magnitud de este problema.

La incidencia de la enfermedad es desconocida, pero se ha estimado entre 55 y 57 por 100.000 en los últimos años. Por su parte, se ha reportado una prevalencia de 9,2 por 1.000 en hombres entre 40 y 59 años²⁸.

Gráfico 92



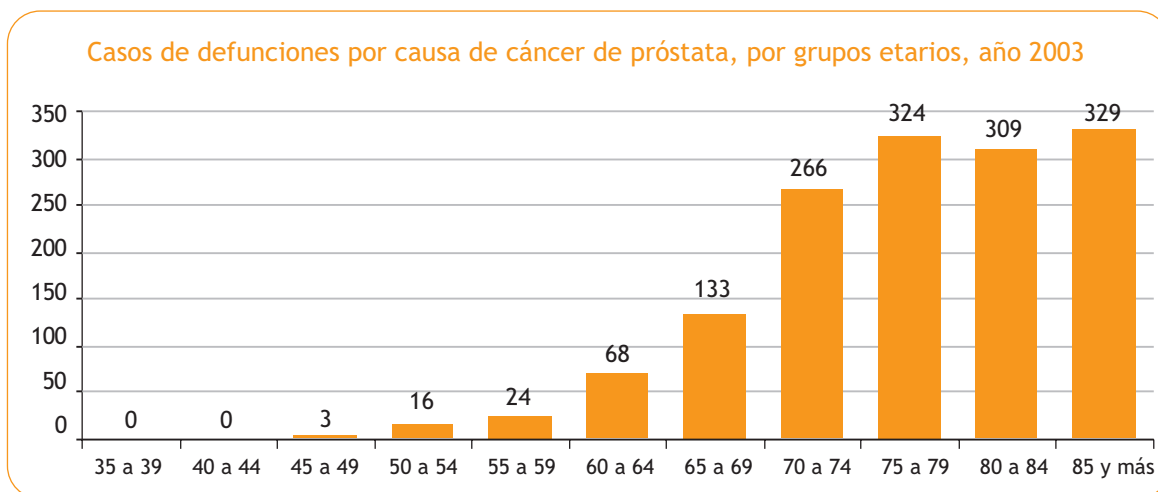
Fuente: Elaboración propia a partir de INE (2008). Anuario Estadísticas Vitales 2005; INE (2003). Anuario de Estadísticas Vitales 2003; INE (2000). Anuario de Demografía 2000.

28. Ministerio de Salud (2005). *Garantías Explícitas en Salud. Guía Clínica Cáncer de Próstata en Personas de 15 Años y Más*. Recuperado: http://www.minsal.cl/ici/guias_clinicas_ges2006/Cancer_de_Prostata_2006.pdf Accedido: diciembre 2007.

La tendencia general al desarrollo de cáncer de próstata se da mayoritariamente en hombres de 50 años o más, y es a partir de los 70 años cuando los casos

de mortalidad por esta causa tienden a aumentar de manera considerable, tal como se aprecia en el Gráfico 93.

Gráfico 93



Fuente: Elaboración propia a partir de Estadísticas Vitales, años 2000 y 2003, Instituto Nacional de Estadísticas.

Bibliografía

- Bravo, María de los Ángeles. "Analizan Embarazo, Maternidad y Paternidad Adolescentes". MECESUP. Recuperado de:
<http://www.mecesup.cl/informativo/paginas/cuerpo.php?idedi=20060714131107&idele=20070717121253>. Accesado: enero 2008.
- Casas L., Armisen M., Dides C., Ponce N., Báez X., De la Maza C., Olgún A., Aliaga J. *La defensa en casos de violencia intrafamiliar*. Centro de Documentación Defensoría Penal Pública. N° 5, octubre, 2007.
- CEPAL (2008). CEPAL STAT. *Estadísticas de América Latina y el Caribe*. Recuperado de:
<http://websie.eclac.cl/sisgen/ConsultaIntegrada.asp?idAplicacion=11&idioma=e>
Accesado: julio 2008.
- Donoso E., Cuello M., Villarroel L. "Reducción de la Mortalidad por Cáncer Cervicouterino en Chile, 1990-2003", en *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 2006:71(5): 307-312.
- Gobierno de Chile, Trámite Fácil. Recuperado de:
<http://www.tramitefacil.gov.cl/1481/article-47133.html> Accesado: diciembre 2007.
- Hoffmeister, L. (2007). "Diagnóstico de salud –incluida salud sexual y reproductiva e ITS/VIH/SIDA– de adolescentes y jóvenes en Chile". Programa Nacional de Adolescentes y Jóvenes, Ministerio de Salud de Chile.
- INE Chile: *Proyecciones y Estimaciones. Total País. 1950-2050*. Recuperado de:
http://www.ine.cl/canales/chile_estadistico/demografia_y_vitales/proyecciones/MenPrincOK.xls Accesado: noviembre 2007.
- INE, CEPAL (s.f.). *Chile: Proyecciones y Estimaciones de Población. Total País. 1950-2050*. Recuperado de:
http://www.ine.cl/canales/chile_estadistico/demografia_y_vitales/proyecciones/MenPrincOK.xls Accesado: noviembre 2007.
- INE (s.f.). *Estadísticas sociales de los pueblos indígenas en Chile. Censo 2002*.
- INE (2000-2003) *Estadísticas Vitales, años 2000 y 2003*.
- INE (2003). *Anuario de Estadísticas Vitales 2003*.
- INE (2003). *Anuarios de Demografía*.
- INE (2004). *Enfoques Estadísticos*. N° 21, junio.
- INE (2008). *Anuario de Estadísticas Vitales 2005*.
- INE, Ministerio de Planificación y Cooperación (2005). *Estadísticas sociales de los pueblos indígenas en Chile. Censo 2002*.

- INJUV (2007). *V Encuesta Nacional de Juventud* [CD – ROM]. Santiago, Chile.
- Maternidad Hospital de Iquique (2006). *Sistematización Parto Humanizado en Población Aymara*. FOSIS – MIDEPLAN.
- MIDEPLAN (2006). “Sistematización parto humanizado en población Aymará”, Chile.
- MIDEPLAN (2006). “Pautas de crianza Aymará”, Chile.
- MIDEPLAN (2006). “Pautas de crianza Mapuche”, Chile.
- Ministerio de Salud, Departamento de las Personas, Programa Salud de la Mujer (2002). *Diagnóstico de Situación sobre Esterilizaciones Voluntarias*.
- Ministerio de Salud (2000). Resolución N° 2.326 exenta del Ministerio de Salud que fija directrices para los servicios de salud sobre esterilización femenina y masculina. Santiago, 30 de noviembre de 2000.
- Ministerio de Salud, CONASIDA (2000). *Estudio Nacional de Comportamiento Sexual. Primeros Análisis*. CONASIDA
- Ministerio de Salud (2005). *Garantías Explícitas en Salud. Guía Clínica Cáncer de Mama en Personas de 15 Años y Más*. Recuperado de:
http://www.minsal.cl/ici/guiasclinicas/CancermamaR_Mayo10.pdf Accesado: diciembre 2007.
- Ministerio de Salud (2005). *Garantías Explícitas en Salud. Guía Clínica Cáncer Cervicouterino*. Recuperado de:
<http://www.minsal.cl/ici/guiasclinicas/CancerCervicouterino.pdf> Accesado: diciembre 2007.
- Ministerio de Salud (2005). *Garantías Explícitas en Salud. Guía Clínica Cáncer de Próstata en Personas de 15 Años y Más*. Recuperado de:
http://www.minsal.cl/ici/guias_clinicas_ges2006/Cancer_de_Prostata_2006.pdf. Accesado: diciembre 2007.
- Ministerio de Salud (2007). Base de datos del Departamento de Estadísticas del Ministerio de Salud, Gobierno de Chile.
- Ministerio de Salud (2007). Resolución exenta N° 876, del Ministerio de Salud, Gobierno de Chile, del 17 de enero de 2007. Santiago, Chile. Recuperado de:
http://www.supersalud.cl/568/articles-3336_recurso_1.pdf Accesado: noviembre 2007.
- Ministerio de Salud, CONASIDA (2007). *Evolución del VIH-SIDA en Chile, 1987-2006*. Santiago, Chile.
- Ministerio de Salud, Secretaría Regional Ministerial de Salud RM (s.f.). *Fecundidad en Menores de 15 años*. Recuperado de:
http://epi.minsal.cl/epi/html/presenta/TallerVENT2007/8_FecundidadMenores15RM.pdf Accesado: enero 2008.

- Obach A. Coord. (2006). *En los dominios de la salud y la cultura. Estudio de caracterización de los factores de riesgo y vulnerabilidad frente al VIH/SIDA en pueblos originarios*. Comisión Nacional del SIDA MINSAL. Santiago de Chile.
- Palma I. (2001). *Consideración de la Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos de los/as Adolescentes y Jóvenes en el Contexto de la Reforma a la Salud en Chile*. Ministerio de Salud, Gobierno de Chile. Santiago, Chile
- Peralta O. "Cáncer de Mama en Chile: Datos Epidemiológicos". *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*. 2002; 67(6): 439-445.
- Pérez S., Dides C. (2005). *Salud, Sexualidad y Reproducción. Sistematización de investigaciones y experiencias en pueblo indígenas en Chile 1990-2004*. CORSAPS, UNFPA, Santiago, Chile.
- Programa Crece Contigo, Gobierno de Chile.
<http://www.crececontigo.cl/especialistas/documentos.php>
- Servicio Médico Legal (1999-2005). *Anuarios Estadísticos del Servicio Médico Legal, desde 1999 hasta el 2005*, Santiago.
- Servicio Médico Legal (2005). *Anuario Estadístico. Informe Preliminar*.
- Urzúa R., Ferrer M, Gutiérrez C., Larraín S. (2002). *Detección y Análisis de la Prevalencia de la Violencia Intrafamiliar*. SERNAM