

HACIA UNA AGENDA SOBRE SEXUALIDAD Y DERECHOS HUMANOS EN CHILE

Seminario-Taller

17 y 18 de noviembre de 2003, Santiago de Chile



TERESA VALDÉS
GABRIEL GUAJARDO
EDITORES



1°

Hacia una agenda sobre sexualidad y derechos humanos en Chile

Las opiniones que se presentan en este trabajo, así como los análisis e interpretaciones que en él se contienen, son de responsabilidad exclusiva de sus autores y no reflejan necesariamente los puntos de vista de FLACSO ni de las instituciones a las cuales se encuentra vinculado.

Ninguna parte de este libro/documento, incluido el diseño de portada, puede ser reproducida, transmitida o almacenada de manera alguna ni por algún medio, ya sea electrónico, mecánico, químico, óptico, de grabación o de fotocopia, sin autorización de FLACSO.

612.6 Valdés, Teresa; Guajardo, Gabriel, eds.
V145ha FLACSO-Chile, Flora Tristán Centro de la Mujer Peruana; Centro Latinoamericano de Sexualidad y Derechos Humanos.

Hacia una agenda sobre sexualidad y derechos humanos en Chile. Seminario-Taller, 17 y 18 de noviembre de 2003, Santiago de Chile. Santiago, Chile: FLACSO-Chile, 2004.

197 p. Serie Libros FLACSO
ISBN: 956-205-188-9

SEXUALIDAD / DERECHOS SEXUALES /
POLÍTICAS PÚBLICAS / SALUD
REPRODUCTIVA / INVESTIGACIÓN Y
DESARROLLO / SEMINARIO / CHILE

Inscripción N°139.457, Prohibida su reproducción.

© 2004, FLACSO-Chile

Av. Dag Hammarskjöld 3269, Vitacura.

Teléfonos: (562) 290 0200 Fax: (562) 290 0263

Casilla Electrónica: flacso@flacso.cl

FLACSO-Chile en Internet: <http://www.flacso.cl>

Producción editorial: Marcela Zamorano, FLACSO-Chile

Diagramación interior: Marcela Contreras, FLACSO-Chile

Diseño de portada: Claudia Winther

Impresión: LOM Ediciones Ltda.

INDICE

Presentación	5
Introducción	
<i>Violeta Barrientos</i>	9
CAPITULO I	
PRODUCCIÓN DE CONOCIMIENTO Y POLITICAS PÚBLICAS	
Investigación en sexualidad en Chile, 1990-2002	
<i>Teresa Valdés E. y Gabriel Guajardo S.</i>	19
La salud y los derechos sexuales y reproductivos en Chile: 1999-2003	
<i>Verónica Schiappacasse, Paulina Vidal, Lidia Casas, Claudia Dides, Soledad Díaz</i>	41
Algunos antecedentes de la utilización de la investigación en el diseño de políticas públicas relacionadas al VIH/SIDA en Chile	
<i>Anabella Arredondo Paz y Pilar Planet Marín</i>	67
CAPITULO II	
TRANSFORMACIONES SOCIOCULTURALES Y PRODUCCION DE CONOCIMIENTO SOBRE SEXUALIDAD	
Construyendo y ejerciendo los derechos sexuales y reproductivos entre los fundamentalismos y las libertades	
<i>Claudia Dides C.</i>	83
ANDANTE, ma non troppo	
<i>Olga Grau</i>	97
Sexualidad y medios de comunicación: los relatos públicos de la intimidad	
<i>Uca Silva</i>	109
Traductibilidad y proyección política: la sistematización y politización de los saberes y/o su des-politización	
<i>Juan Pablo Sutherland</i>	123

CAPITULO III

INVESTIGACION Y ACCION EN SEXUALIDAD Y DERECHOS HUMANOS

Cuerpo/Sexualidad: Discursos y realidad cotidiana 2003 <i>María Isabel Matamala Vivaldi</i>	135
--	-----

Avanzar hacia una agenda ¿común?...un reto irrenunciable <i>Rosa Espínola Vega</i>	147
---	-----

Fortalecimiento y proyección del Foro Red de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos Región de Los Lagos, Período 1994-2003 <i>Anita Urrutia</i>	153
--	-----

RELATORIA DE LOS GRUPOS DE TRABAJO

Grupo de trabajo N°1	165
----------------------------	-----

Grupo de trabajo N°2	173
----------------------------	-----

Grupo de trabajo N°3	179
----------------------------	-----

Grupo de trabajo N°4	185
----------------------------	-----

Listado de participantes	193
--------------------------------	-----

ALGUNOS ANTECEDENTES DE LA UTILIZACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN EN EL DISEÑO DE POLÍTICAS PÚBLICAS RELACIONADAS AL VIH/SIDA EN CHILE

Dra. Anabella Arredondo Paz
Pilar Planet Marín, Enfermera
Comisión Nacional del SIDA
Gobierno de Chile

- ¿Cómo diseñar estrategias de prevención de la transmisión sexual del VIH/SIDA en un país que no habla de sexualidad, donde el conversar de sexo era un tema tabú?
- ¿Cómo abrir el tema a la conversación sin problematizar la sexualidad y transformarla en una situación ligada sólo al riesgo de adquirir un problema de salud emergente y devastador como el SIDA, considerando la necesidad de defender los derechos de las personas al bienestar, el placer, a la diversidad sexual, al respeto de su intimidad?
- ¿Cómo proponer acercamientos innovadores que contextualizaran socioculturalmente el tema en un país que había experimentado más de una década el deterioro del Sistema de Salud Pública, y la ausencia de participación de las personas en las Políticas de Salud?

Estas son algunas de las preguntas que se formularon los profesionales y técnicos que dieron comienzo desde el Ministerio de Salud (MINSAL) a una propuesta de trabajo para elaborar el Primer Programa a Mediano Plazo para la Prevención y Control del SIDA en Chile.

Desde la aparición en Chile del primer caso de SIDA, han pasado casi 20 años. Sólo en 1990, 7 años después, durante el Gobierno del Presidente Aylwin se creó la Comisión Nacional del SIDA (CONASIDA), como organismo dependiente del MINSAL encargado de formular las políticas, normas y recomendaciones para la construcción de las mejores respuestas al problema del VIH/SIDA en Chile.

A lo largo de estos años el trabajo de la Comisión se ha desarrollado sobre las bases de información fidedigna y científicamente validada, lo que se ha traducido de manera progresiva y creciente en la propuestas de políticas, normas y diseños de estrategias tanto para la prevención del VIH/SIDA, como para la atención de quienes viven con el virus.

Las iniciativas elaboradas se extienden a los diversos aspectos que concierne el problema, las que se expresan orgánicamente en las áreas de trabajo que componen la Comisión

y en proyectos que transversalizan tanto las áreas como otros programas del Ministerio de Salud.

Está claramente demostrado que en Chile la principal forma de exposición al virus de inmunodeficiencia humana es la exposición sexual y que se adquiere mayoritariamente a edades mayores de los 20 años, tanto en hombres como en mujeres.

Al considerar que la mayor exposición al VIH es por vía sexual, es indiscutible que la sexualidad es el elemento crucial involucrado en las condicionantes que las personas ponen en juego en el momento de la prevención.

Considerando que la sexualidad involucra aspectos biológicos, emocionales, valóricos, éticos y filosóficos, y que las personas llegan a asumir su sexualidad como una dimensión personal y relacional –fuertemente ligada a condiciones socioculturales y a relaciones interpersonales–, se hace necesario conocer aspectos de la construcción sociocultural de la sexualidad en nuestra sociedad, que inciden en la percepción de riesgo y en la vulnerabilidad de las personas.

Esta construcción forma parte del desarrollo humano y constituye un ámbito de la vida configurado histórica y socialmente en sus significaciones, subjetividades y normatividad; en su vinculación con la construcción social de la masculinidad y feminidad; y de la forma de convivencia, las cuales se encuentran atravesadas por diversas dificultades e inequidades.

Hasta el año 1999 la información disponible en nuestro país acerca de los comportamientos individuales y sociales que generan la exposición al riesgo del VIH, así como otras condicionantes de vulnerabilidad, no eran suficientes puesto que existía mucha información, pero estaba centrada en la esfera reproductiva y en algunas poblaciones específicas, tales como mujeres, adolescentes, jóvenes universitarios, consultantes del sector salud.

El disponer de información cuantitativa científicamente validada se consideró indispensable para la formulación de planes, programas, contenidos y metodologías conducentes a una promoción de la salud sexual y por ende a mejorar las estrategias de prevención y calidad de atención de las personas viviendo con VIH (PVVIH), en un escenario sociocultural en que el tema de la sexualidad genera debate público.

Sobre la base de la producción de conocimientos, que desbordaron lo meramente biológico, con la utilización de estudios focalizados y fuentes de información secundaria, y con permanente búsqueda y movilización de recursos para financiar dichos estudios, la propuesta

llevada a cabo desde 1991 por CONASIDA, permitió que la tendencia de la epidemia en nuestro país tuviera un curso más lento que en otros países de la región:

- Campañas masivas de comunicación, con estudios pre y post emisiones.
- Actividades focalizadas con las poblaciones de mayor vulnerabilidad apoyadas en un trabajo coordinado y asociado con organizaciones de la sociedad civil que aportan su bagaje de experiencia e investigaciones en el tema.
- Trabajo intersectorial, asociativo, con participación de la sociedad civil, en planes regionales de prevención, destinados a fortalecer procesos de traspaso de experiencias y financiamiento indispensables para la descentralización.
- Apoyo personalizado mediante la consejería, tanto cara a cara como telefónica, fueron las herramientas primordiales para el logro de los resultados mencionados en materias de prevención y control de la epidemia.

Derivado de este trabajo se comprobó cuán necesario era el apoyar política y financieramente desde el MINSAL, el contar con un conjunto de conocimientos que aportaran a la descripción y análisis de las condicionantes de la exposición al riesgo del VIH de la población adulta de nuestro país, y además generara el interés, especialmente de las ciencias sociales, para abrir espacios de discusión y búsqueda de nuevos conocimientos para mejores resultados preventivos y mejorías en la calidad de atención, no sólo en VIH/SIDA y ETS sino en el conjunto de la salud sexual, como un derecho fundamental de la población.

Principalmente, existía la gran necesidad, de que estos conocimientos sirvieran de aval científico ante el inevitable debate ideológico sobre las propuestas de políticas públicas que abordan las diferentes condicionantes involucradas, en especial aquellas que potencian la vulnerabilidad de las personas.

Es así como en 1998 se realiza el Estudio Nacional de Comportamiento Sexual (COSECON), con una muestra representativa de la población de ciudades con más de 100 mil habitantes.

Los primeros análisis de este estudio se dieron a conocer a principios del año 2000, y luego se han realizado diversos análisis específicos y tesis, colocando estos a disposición de proyectos y programas tanto ministeriales, como académicos y de organizaciones de la sociedad civil relacionados con la materia, lo que ha permitido avanzar en la producción de conocimientos y eventualmente, comparar resultados.

Son varios los resultados que podríamos destacar del trabajo posterior al COSECON, especialmente la complementariedad de datos obtenidos de distintas fuentes, que ha

permitido la adecuación de estrategias y nuevas propuestas frente a la salud sexual desde el Ministerio de Salud tanto desde CONASIDA, como desde otros programas e instancias ministeriales, incluyendo el trabajo intersectorial.

Resulta evidente que en los últimos años ha existido un desarrollo de la investigación en materias de sexualidad, especialmente luego de la Conferencia de El Cairo, lo que ha mejorado sustancialmente las bases desde las ciencias sociales para la elaboración de políticas desde el Sector Salud, y donde específicamente la labor desarrollada desde el abordaje del VIH/SIDA ha sido un pilar fundamental.

Dado el tiempo disponible, tomaremos como hilo conductor tres aspectos relevantes desde el COSECON, que han sido complementados con otras investigaciones y estudios de otras instancias y que, a nuestro parecer, han resultado relevantes en términos de avalar las propuestas de estrategias y priorizaciones en materias relacionadas con políticas públicas en VIH/SIDA y Salud Sexual en los últimos años, especialmente ligadas a los derechos de las personas en salud.

La primera situación dice relación con la discriminación frente a las personas que viven con el VIH (PVVIH) y a la homosexualidad.

Discriminación hacia las PVVIH

COSECON (1998) define discriminación en la vertiente privada, explorada en la encuesta, como el aislamiento de los afectados de contacto o interacción social. Es evaluada desde una óptica personal, evaluando la disposición propia o a que hijos/as compartan espacios sociales con PVVIH (escuela y trabajo).

Un 20,1% discriminan en ambos espacios, y un 53,9% aceptan compartir espacios tanto ellos como que lo hagan sus hijos, con un mayor rechazo a que hijos compartan con niños con VIH en el colegio que a compartir espacios propios.

El perfil de quienes menos discriminan fue: mujer, joven, nivel socioeconómico alto, escolaridad alta, sin religión, alto conocimiento del tema VIH, mayor aceptación de la homosexualidad. Respecto a la asociación entre percepción de riesgo y discriminación, se encontró que quienes se autopercebían de mayor riesgo discriminaban más. En un sentido contrario, quienes se habían practicado el examen VIH alguna vez en la vida discriminaban menos.

En el 2000 la Fundación Ideas obtiene como resultado, comparado con el estudio de 1996, que no hay cambios en la aceptación a la integración escolar de niños viviendo con VIH, manteniendo un indicador de 4.7 (1 mayor intolerancia 6 no discriminación), con un leve aumento hacia la no discriminación de las personas con SIDA en general (4,6 a 4,7). El 2002, VIVO POSITIVO, junto al CIBISAP (Centro de Investigación en Bioética y Salud Pública), publican “Situaciones de discriminación que afectan a las PVVIH en Chile”, investigación cualitativa que evidencia la discriminación en la esfera de la salud y otros ámbitos sociales tales como el laboral, familiar y en instituciones religiosas.

Se puede concluir que la discriminación, a pesar de todos los esfuerzos, no disminuye sustancialmente, lo que además de atentar contra los derechos humanos de las personas, aumenta su vulnerabilidad.

Algunas respuestas desde las políticas públicas

En relación con las situaciones de discriminación de PVVIH, la respuesta es legal. Se realizaron indicaciones sustitutivas desde el ejecutivo al proyecto de Ley sobre SIDA, donde luego de un trabajo con la Comisiones de Salud del Senado y la Cámara de Diputados, con una participación activa de las Organizaciones de PVVIH, y otras organizaciones de la sociedad civil que trabajan en el tema, se establecen sanciones ante situaciones de discriminación. En resumen la Ley 19.779 promulgada a fines del 2001 establece obligaciones del Estado en la prevención de la infección causada por el VIH, sanciona discriminación laboral, educacional y de atención en salud, además establece la voluntariedad del examen, y su realización con consejería y consentimiento informado.

Discriminación de la población homosexual

Como se encontró en el Estudio COSECON, la homofobia es el tema frente al cual hay menor aprobación normativa, tanto en hombres como en mujeres, y para hombres y mujeres (menos de 5% de aceptación a la homosexualidad).

La encuesta de la Fundación IDEAS, por su parte, revela que es el tema frente al cual hay mayor discriminación. Sin embargo, existe un leve cambio entre 1996 y 2000: de un indicador de 2.7 se pasa a 3.1 en la pregunta del ítem con menor aceptación (1 mayor intolerancia, 6 no discriminación).

Algunas respuestas desde las políticas públicas

Desde el inicio de su trabajo, CONASIDA ha propuesto e implementado estrategias con el propósito de intervenir en la discriminación hacia las personas que viven con el

VIH y hacia la población homosexual masculina, considerando que han sido y siguen siendo los más afectados por la epidemia en nuestro país. Principal preocupación ha sido el trabajo para el desarrollo de los recursos humanos que trabajan en el Sistema Nacional de Servicios de Salud y que se encargan de la atención de los usuarios, dada las múltiples dificultades experimentadas en los establecimientos, principalmente la vulneración de sus derechos de atención y trato digno.

Es así como en el año 2001 se llevó a cabo una capacitación de profesionales que realizan atención directa a consultantes de VIH/SIDA en todas las regiones del país sobre sexualidad y homosexualidad. Esta capacitación tuvo como objetivo, entre otros, el acercarse a las representaciones sociales que tiene la homosexualidad en nuestra cultura y en otras culturas, de manera de entender las dificultades que supone el desarrollar políticas públicas relacionadas con la materia. La metodología utilizada permitió trabajar, con los profesionales, mitos y prejuicios acerca de la orientación sexual, de manera individual, con resultados bastante satisfactorios que se han traducido en un cambio de actitud y una oportunidad para difundir sus conocimientos al interior de los servicios de salud y abrir espacios de mayor participación.

La segunda situación descrita en el COSECON dice relación con la vulnerabilidad de las mujeres jóvenes.

Vulnerabilidad de las mujeres jóvenes y de los jóvenes en general

En el COSECON la mayor vulnerabilidad se encontró en mujeres jóvenes desertoras del sistema escolar, pertenecientes a estratos socioeconómicos más bajos y con inicio sexual más precoz. A modo de ejemplo, el segmento de mujeres con nivel de enseñanza ‘básica’ presenta la mediana de iniciación más baja con relación a todos los otros grupos de sexo, edad y escolaridad alcanzada –de manera combinada–. Cerca del 66% de estas mujeres iniciadas a edad temprana, se hallaban al momento de la encuesta –entre 18 y 24 años– abocadas a las tareas del hogar. Otro dato que ilustra la precariedad del grupo, es la irrelevante proporción que declara protección en la iniciación sexual (5.6%, frente al 35.1% y 36.1% de sus pares con enseñanza media y superior, respectivamente).

Esta situación se comprueba en la vigilancia epidemiológica del VIH, fenómeno que se denomina pauperización, afectando a mujeres y hombres.

El estudio realizado en el 2000 por la Universidad de Chile de “Diagnóstico y lineamientos de Políticas Públicas para la prevención del embarazo adolescente” señalan que el acceso a la información y la formación en el ámbito de la sexualidad en nuestra sociedad

encuentra diferencias si se trata de población de estratos socioeconómicos bajos o de población de estratos medios y altos. Según los datos de 1998, un 48% de las adolescentes que son madres están bajo la línea de pobreza, mientras que un 25% de las que no son madres están en esa misma situación.

La población de adolescentes presenta una mayor vulnerabilidad en esta área; un embarazo no deseado, especialmente en mujeres jóvenes de escasos recursos, significa la interrupción no sólo de la escolaridad y de la capacitación para el trabajo, sino enfrentar las tareas de la crianza en una etapa de la vida en que se tiene menor preparación, a menudo sin pareja o respaldo familiar, lo que significa que ese binomio madre-hijo tendrá mayores necesidades de apoyo de parte del Estado, en términos de políticas sociales (Plan Nacional de Superación de la Pobreza, Programa “Chile Solidario”).

En el país, la tasa de fecundidad específica en la población adolescente se ha mantenido estable en las últimas décadas –64.9 por 1000 en 1980, 64.1 en el año 2000; en cambio, en el mismo período, las mujeres mayores de 20 años han presentado cambios significativos en este indicador. Esto se expresa por un incremento proporcional de los hijos de madres menores de 20 años– 13.78% en 1990 a 16.19 en el año 2000 (manteniéndose estable el número absoluto, en torno a los 40.000 nacimientos) según los datos del Programa de Salud de la Mujer, MINSAL, 2003.

El problema radica en la fecundidad no deseada producto de la menor información y acceso a métodos eficaces de regulación de la fertilidad, de la menor capacidad de las mujeres de decidir en el ámbito de las relaciones de pareja y, en alguna proporción, producto de violencia sexual o abuso. Esta situación es un potente indicador de inequidades sociales y de género, que condiciona una mayor vulnerabilidad a la población femenina, especialmente mujeres jóvenes. Vulnerabilidad que se puede expresar no sólo con relación a la reproducción sino que al conjunto de la salud sexual.

En relación con la fecundidad una expresión ampliamente conocida de esta “inequidad reproductiva” –fecundidad real mayor que la deseada– es que los embarazos no deseados son mucho más frecuentes en mujeres de baja escolaridad y nivel socioeconómico. En el Censo 2002, la Tasa Global de Fecundidad documentada –número promedio de hijos por mujer– fue de 2.26 (2.17 en la población urbana, 2,90 en la población rural); en la población beneficiaria del Programa “Chile Solidario”, el número de hijos promedio es de 3.2 (evaluación a diciembre 2002).

Las cifras de la vigilancia epidemiológica de los Centros Centinelas de ETS en nuestro país indican, en el caso de los adolescentes, a las mujeres como quienes presentan mayor riesgo frente a las ETS.

Algunas respuestas desde las políticas públicas

En relación con estas situaciones, el MINSAL ha priorizado la conducta sexual entre los Objetivos Sanitarios para el 2010, considerando a los jóvenes y las mujeres como principales beneficiarios de acciones específicas. Entre los objetivos de impacto propuestos están, entre otros:

- Reducir el embarazo en adolescentes en un 30%.
- Aumentar el uso de condón en el grupo de 15-19 años, al menos, al 50%.

Y desde los Objetivos de desarrollo y estrategias:

- Potenciar actividad intersectorial.
- Realizar consejería en Salud Sexual y Reproductiva.
- Normativa y capacitación para la atención en los Servicios de Urgencia de víctimas de abuso y violencia sexual.
- Aumento de cobertura de programa de regulación de la fertilidad junto a la actualización de las normas vigentes.
- Integración progresiva del hombre a la atención de regulación de la fertilidad.

Otro aspecto necesario de destacar ha sido la constante participación desde CONASIDA y otros programas del Ministerio en diferentes instancias intersectoriales para apoyar el desarrollo de Políticas de Sexualidad desde el Ministerio de Educación, y en los últimos años en la Propuesta Gubernamental de Sexualidad donde participan MINSAL, Ministerio de Educación (MINEDUC), Servicio Nacional de la Mujer (SERNAM) e Instituto Nacional de la Juventud (INJUV). Esta última instancia ha permitido abrir espacios de participación directa de los jóvenes en los Planes Comunales de Sexualidad y han validado las Tardes Jóvenes, realizadas en un trabajo asociativo entre el INJUV y el Sector Salud, como una instancia validada para un mayor acercamiento entre los jóvenes y los establecimientos de Atención Primaria.

La tercera situación es el desarrollo de medidas preventivas, específicamente el *USO DEL PRESERVATIVO*. COSECON señala que el 85,4% del total de iniciados sexualmente no utilizó ninguna protección al momento de la iniciación sexual, sin embargo el 81,9 % de los que tienen más de una pareja sí lo han usado en los últimos cinco años.

Los estudios de INJUV dan como resultado que la tendencia general observada a lo largo del tiempo en cuanto al uso de los métodos anticonceptivos más usados muestra un aumento generalizado, especialmente el uso del preservativo. Esta utilización tiene matices entre los diferentes niveles socioeconómicos. En los jóvenes del nivel socioeconómico medio el aumento en el uso del condón ha sido sostenido en el tiempo,

ya que de un 16% que declaró su uso durante 1994 se llega a un 27,9% en el 2000. En el nivel socioeconómico bajo de un 11% que declaró usarlo en 1994 sólo se llega a un 18,3% en el 2000.

Encuesta de la Fundación IDEAS, 2003, señala muy buena aceptación social del condón. Un 86% de los padres creen que deben aconsejar a sus hijas que usen condón, en el caso de los hijos llega a 91%.

Algunas respuestas desde las políticas públicas

Estas situaciones indican la continua necesidad de aumentar las acciones en virtud de mejorar el acceso a preservativos de la población, especialmente a los sectores más desprotegidos. El año 2002 el Ministerio de Hacienda, aprobó para el 2003 la ampliación de la disponibilidad de preservativos desde CONASIDA, lo que implica la posibilidad de contar en los establecimientos con condones para PVVIH, consultantes por ETS, control de salud sexual de trabajadora/es sexuales, y en la Atención Primaria con preservativos para los jóvenes, destinados a la prevención del VIH/SIDA y ETS, además de los disponibles para regulación de la fertilidad.

Tanto la distribución de condones como el seguimiento de las acciones ligadas a esta actividad como es la consejería, están siendo desarrolladas de manera coordinada y conjunta entre CONASIDA y los Programas del Adolescente, el componente de Salud Sexual y Reproductiva del Programa de la Mujer y el Departamento de Atención Primaria.

Estas instancias se complementarán con el proyecto de Mercadeo Social del Preservativo, financiado por el Fondo Global de lucha contra el SIDA, la TBC y la Malaria.

Está claro que el desafío que se plantea para el sector salud en la actualidad, es distinto a aquel de la primera mitad del siglo XX, donde los problemas fundamentales eran las enfermedades transmisibles y la salud materno-infantil. Esto hace sentido a que se haya priorizado la atención de salud de la función reproductiva y las enfermedades de transmisión sexual.

Esta situación hoy debe cambiar, y es necesario un trabajo más coordinado y conjunto que permita la transversalización de la salud sexual y la sexualidad en los programas de salud, además de un trabajo más intensivo en la búsqueda de nuevos conocimientos que puedan aportar desde lo sociocultural al diseño de estrategias y nuevas políticas, especialmente en temas aún poco abordados desde la sexualidad como son las relaciones interpersonales, la satisfacción sexual y las representaciones del placer sexual, las visiones de la sexualidad desde las diferentes culturas juveniles y los estudios en los niveles regionales que permitan contextualizar las políticas a la realidad local.

Los cambios que se están produciendo sobre la base de la Reforma de Salud y específicamente el cambio del modelo de la atención primaria a un *Modelo Integral de Salud*, es una gran oportunidad para potenciar las respuestas a estas necesidades.

La Reforma define el nuevo modelo como “el conjunto de acciones que promueven y facilitan la atención eficiente, eficaz y oportuna, que se dirige –más que al paciente o a la enfermedad como hechos aislados– a las personas, consideradas en su integridad física y mental y como seres sociales pertenecientes a diferentes tipos de familia, que están en un permanente proceso de integración y adaptación a su medio ambiente físico, social y cultural”.

La integración de la sexualidad como parte de la atención de salud en la atención primaria es una necesidad que el Ministerio de Salud ha abordado desde los diferentes programas a lo largo de esta última década, especialmente ligada a las actividades del Programa de la Mujer y de Prevención del VIH/SIDA y ETS. Sin embargo, existe la necesidad de abordar los diferentes aspectos de la sexualidad de manera transversal con el objeto de brindar al usuario la posibilidad de información y orientación, desde aspectos que no sólo consideren la reproducción y la prevención de riesgos, sino desde el bienestar y desarrollo de una mejor calidad de vida. El abordaje de esta necesidad requiere del desarrollo de estrategias que consideren el contexto sociocultural y las particularidades locales diagnosticadas, tanto desde el extrasector y la población asignada, como del intrasector y el desarrollo de sus capacidades y habilidades.

En el marco de los Planes Piloto de la propuesta de Sexualidad, actualmente se están desarrollando Planes de Capacitación en Sexualidad dirigidos a equipos de los establecimientos de Atención Primaria, los cuales se transformarán en un Programa Nacional de Capacitación en Sexualidad que abarcará todo el país, mediante financiamiento del Fondo Global de lucha contra el SIDA, la TBC y la Malaria. Este trabajo propuesto por CONASIDA, está siendo coordinado por una mesa de trabajo que esperamos potencie la transversalización del tema y la coordinación permanente entre los diferentes programas del Ministerio.

Para terminar, es necesario señalar que para la Comisión Nacional de SIDA, una gran oportunidad en el avance de la producción de conocimientos serán algunos de los proyectos que se ejecutarán con financiamiento desde el Fondo Global. Estos proyectos, nos permitirán avanzar en sistematizar y analizar estudios realizados, e implementar nuevas investigaciones que los complementen en poblaciones estudiadas previamente, y por otro lado, abrimos a nuevas poblaciones, como son la población de migrantes, la población rural y los pueblos originarios de nuestro país.

BIBLIOGRAFÍA

- Estudio Nacional de Comportamiento Sexual. Primeros Análisis. Chile 2000. Comisión Nacional del SIDA, Ministerio de Salud. Agence Nationale de Recherches sur le SIDA, Francia.
- Salud Joven y Sexualidad Juvenil. Tercera Encuesta Nacional de Juventud. Instituto Nacional de la Juventud. Julio 2002.
- Manual "Conversemos de Salud Sexual". División de Rectoría y Regulación Sanitaria. División Gestión de la Red Asistencial. Ministerio de Salud. 2002
- "Diagnostico y lineamientos de Políticas Públicas para la prevención del embarazo adolescente". Universidad de Chile. MINSAL, MINEDUC, SERNAM. 2001.
- "Situaciones de discriminación que afectan a las PVVIH en Chile" Vivo Positivo, Centro de Investigación en Bioética y Salud Pública. 2002.
- Cuaderno de prevención de VIH/SIDA en poblaciones vulnerables: jóvenes y mujeres. Proyecto de transferencia de conocimientos entre la investigación y la acción, desarrollado por MINSAL-CONASIDA con la cooperación financiera de WAFF, para la utilización de los resultados de la encuesta nacional de comportamiento sexual (COSECON). 2001.
- Objetivos Sanitarios para la década del 2000 al 2010. Ministerio de Salud. Chile. 2000.
- Primera y Segunda Encuesta "Intolerancia y Discriminación". Fundación Ideas. 1996-2000.