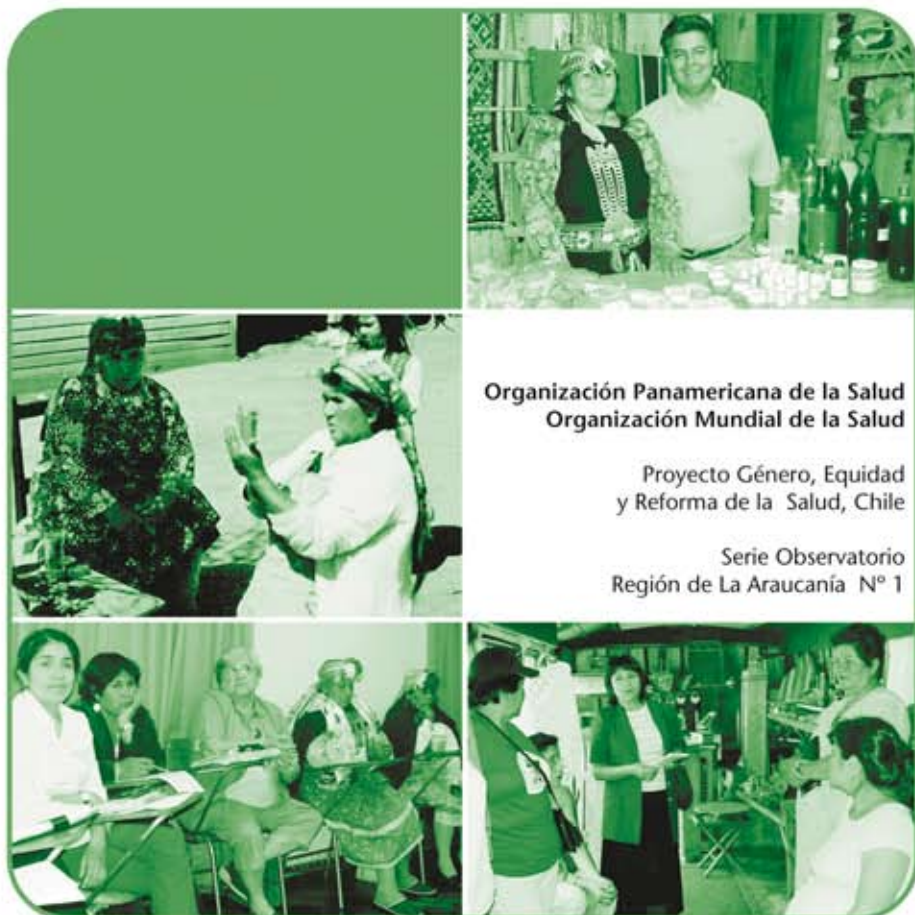




Anticoncepción de Emergencia... ¿Una realidad en la Región de la Araucanía?

**Observatorio Regional de Equidad en Salud
según Género y Pueblo Mapuche,
Región de la Araucanía**



**Organización Panamericana de la Salud
Organización Mundial de la Salud**

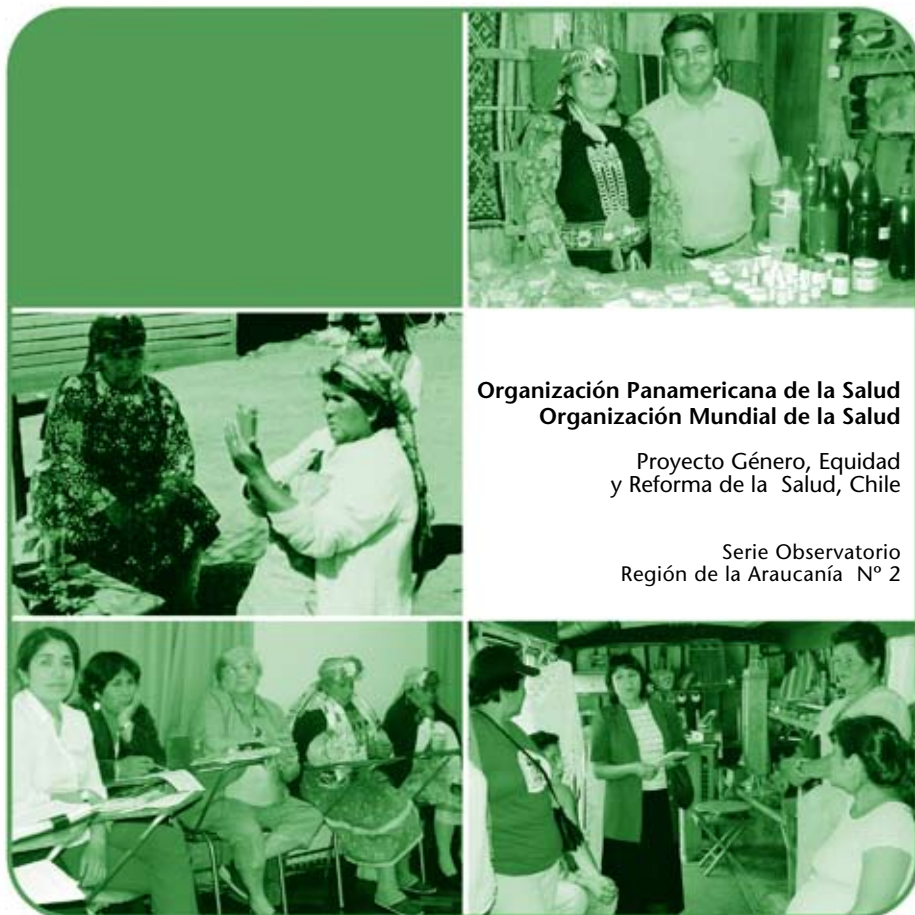
**Proyecto Género, Equidad
y Reforma de la Salud, Chile**

**Serie Observatorio
Región de La Araucanía N° 1**



Anticoncepción de Emergencia... ¿Una realidad en la Región de la Araucanía?

**Observatorio Regional de Equidad en Salud
según Género y Pueblo Mapuche,
Región de la Araucanía**



**Organización Panamericana de la Salud
Organización Mundial de la Salud**

**Proyecto Género, Equidad
y Reforma de la Salud, Chile**

**Serie Observatorio
Región de la Araucanía N° 2**

Anticoncepción de emergencia...
¿Una realidad en la Región de la Araucanía?

Observatorio Regional de Equidad en Salud, según Género
y Pueblo Mapuche. Región de La Araucanía
Primer Informe. Año 2006

Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud
Proyecto Género, Equidad y Reforma de la Salud, Chile
Serie Observatorio Región de La Araucanía N° 2

Auspicio: Fundación Ford

Este estudio fue encargado por el Observatorio al Colegio de Matronas, Temuco.

Investigadora del Observatorio
responsable del estudio: **Elga Arroyo Cortés**

Equipo integrante del Colegio de Matronas
que realizó el estudio:

Elga Arroyo Cortés

Lilian Díaz Höger

Patricia Huenul Mora

Isabel Painequeo Sánchez

Marcelo Peña Gutiérrez

René Santana Pinol

Colaboradores:

Eduardo Espinoza Oliva

Sonia Henríquez Vásquez

Paola medina Carrasco

Claudio Obando Cid

Equipo político-técnico del Observatorio año 2006

Ana Tragolaf Corporación de Mujeres Mapuche Aukiñko Zomo. Temuco.

Aracely Caro Depto. de Ciencias Sociales de la Universidad de La Frontera. Temuco.

Claudio Obando Depto. Salud Pública Universidad de La Frontera. Temuco.

Edith Cumiquir Taller Laboral Rayen Kimey, Curarrehue

Elga Arroyo Depto. Salud Pública Universidad de La Frontera. Temuco.

Elia Cea Centro de las Mujeres de Temuco

Lucy Ketterer Depto. de Trabajo Social de la Universidad de La Frontera. Temuco

Miguel Molina ESPLAVIDA, Padre Las Casas

Secretaría **María Ivonne Arroyo Cortés**

Edición: **María Isabel Matamala Vivaldi**

Diseño: **Guillermo Feuerhake**

Impresión: **Salesianos Impresores**

Oficina de Representación OPS/OMS en Chile

Avenida Providencia 1017, pisos 4 y 5

Providencia, Santiago, Chile

www.paho.org

observatorioregionalaraucania@yahoo.es

Introducción

La normativa técnica del Ministerio de Salud¹ sobre regulación de la fertilidad, que permite a los adolescentes mayores de 14 años acceder de manera gratuita a la anticoncepción de emergencia (AE) y a otras formas de anticoncepción con autonomía, ha puesto en la discusión pública los temas referidos a la inequidad de acceso a los anticonceptivos, embarazos en adolescentes, el grave problema social que conllevan los embarazos no planificados o no deseados, así como la insuficiencia de las políticas públicas hasta ahora implementadas.

La tarea de asegurar el libre acceso a los anticonceptivos que se usan después de un coito desprotegido, conocidos como anticoncepción de emergencia, no ha sido fácil. Es así, como en este último tiempo, la sola idea de poner a disposición de la población la AE, ha generado un fuego cruzado de declaraciones entre sectores conservadores, progresistas, gubernamentales, de las iglesias católica y evangélica, y también, opiniones de sectores juveniles y reflexiones de padres y madres. La justicia chilena debió pronunciarse sobre el tema frente a la presentación de recursos de protección por parte de grupos no gubernamentales y políticos conservadores.²

Las organizaciones autodenominadas “pro-vida”, se han manifestado en contra de la libre elección y abogan para bloquear el acceso de las mujeres a la AE,³ buscando así anular el derecho básico de éstas a controlar sus vidas reproductivas. Poniendo innecesariamente en riesgo la salud física, síquica y mental de las mujeres, dado que muchas de ellas se ven obligadas a recurrir a abortos inseguros.

Si el Estado no cumple con su obligación de ofrecer la AE como una opción anticonceptiva accesible, viola compromisos internacionales en materia de derechos humanos y de salud sexual y reproductiva suscritos por Chile.⁴ Pero muchas veces no basta la voluntad y las disposiciones normativas para asegurar que los derechos puedan ser ejercidos cotidianamente por las personas. Más allá de los grandes debates y controversias ya señalados, en el día a día del espacio local van surgiendo diversos obstáculos y barreras que se oponen a la implementación de las directrices gubernamentales, impidiendo que las mujeres puedan decidir sobre sus proyectos de vida reproductiva. Dificultades éstas que si bien se relacionan con las tendencias ideológicas ya señaladas, muchas veces pueden estar condicionadas por la desinformación, por fallas en la gestión de los servicios de salud o por comportamientos discriminadores respecto de los sectores más desprotegidos y carenciados. Es por las razones mencionadas, que el Observatorio consideró necesario hacer un estudio que hiciera un seguimiento del acceso efectivo a la AE en comunas de la Región de La Araucanía, entregándosele la tarea a profesionales y alumnas/os del campo de la matronería.

Antecedentes

Los embarazos no planificados y no deseados

El adelanto de la edad de inicio de la actividad sexual que muestra el Anuario de Estadísticas Vitales 2004 (INE), se refleja en las últimas décadas como un aumento progresivo de nacimientos en las jóvenes a edades más tempranas. En 1960, los nacimientos en el grupo de madres menores

¹ Minsal. (2006) Ord. 2B/26 N° 3218. Amplia acceso a Anticoncepción de Emergencia. 27 septiembre de 2006.

² Dides C, Claudia. (2006). Voces en Emergencia. FLACSO. Chile. LOM Ediciones. Pág. 37-38.

³ Ibid Pág. 105-115.

⁴ Declaración Universal de Derechos Humanos”, la “Convención por la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer” (CEDAW); el “Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y el Desarrollo, El Cairo, 1994”. Este último plantea como tarea de los Estados el garantizar “la gama más amplia posible de métodos seguros y efectivos de planificación familiar”. Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, Beijing, 1995.

de 20 años representaban un 10.5% del total de los nacimientos, porcentaje que en el año 2004 aumentó a 14.9%. Durante el año 2004 nacieron 34.413 hijos/as de madres adolescentes, de los cuales, 88.3% correspondía a primer hijo/a, el 10.6% correspondía a segundo hijo/a y un 1.1% el tercero o más hijos.⁵

La cuarta encuesta nacional que realizó el Instituto Nacional de la Juventud aplicada durante el año 2003, revela interesantes datos que dan cuenta de una realidad de las/los jóvenes chilenos en el ámbito de la salud sexual y reproductiva, por ejemplo un 61.5% de los hombres y un 39,7% de las mujeres encuestadas refieren como condición para tener relaciones sexuales que ambos lo deseen, el porcentaje baja a un 28,1 y 45,6% respectivamente frente a la condición de si hay amor. El 33,1% de las/los jóvenes entre 15 y 17 años refieren haber tenido relaciones sexuales.

Otros resultados de este mismo estudio revelan que el 6% de la mujeres entre 15 y 17 años han tenido hijos y en el grupo etáreo de 18 a 20 años el porcentaje sube a 22%. En ambos grupos un 80,4% de estas mujeres que tienen hijos, no están estudiando actualmente y manifiestan en un 96,1% que les gustaría volver a estudiar. Llama la atención y así lo manifiestan en dicho estudio, que si bien el 41,3% de las mujeres de entre 15 y 29 años declaran tener hijos, sólo un 22,3% de los hombres del mismo grupo etáreo declaran estar en la misma situación, ¿los hombres no tiene hijos?, o ¿no reconocen la paternidad?⁶

De acuerdo al estudio de calidad de vida realizado por el MINSAL en el año 2001, el 45% de las mujeres mayores de 15 años utiliza algún Método Anticonceptivo (MAC) para evitar embarazos: el 23% de las mujeres de 15 a 19 años y el 68% de las mujeres de 20 a 44 años, es decir, las mujeres mas jóvenes se encuentran en menor medida protegidas. De las mujeres que utilizan algún MAC, el 56% lo ha obtenido en establecimientos del sistema público, el 26% en consultas privadas y el 14% directamente en las farmacias. Los MAC mas utilizados por las mujeres son el dispositivo intrauterino (38%) y las píldoras anticonceptivas (33%), sólo el 5,5% señala utilizar preservativos.

Por su parte, las acciones de regulación de la fecundidad realizadas por el sistema público de salud en el año 2002 alcanzaron una cobertura del 27,8% de las mujeres de 15 a 44 años, esto aún cuando el 69,2% de las mujeres mayores de 15 años pertenecen a dicho sistema (CASEN, 2000). Esta baja cobertura resulta muy grave tratándose de la población adolescente, que fuera definida por el Programa de Salud de la Mujer como prioritario.

El Foro Red de Derechos Sexuales y reproductivos de Chile plantea que "dado que el aborto esta absolutamente prohibido en Chile y su práctica se realiza de forma ilegal, no se disponen de datos oficiales actualizados acerca del número de mujeres que anualmente recurren a él. Estudios realizados en el año 1994 por The Alan Guttmacher Institute de New York⁷ mostraron la gran magnitud de las cifras de abortos inducidos en nuestro país, que se elevaban a 160.000 abortos anuales, cifras que eran similares a la de 175.897 abortos inducidos estimados por el Dr. Mariano Requena en 1993.⁸ Lo anterior significa que en esos años, uno de cada tres embarazos terminaba en aborto y no existen evidencias para afirmar que esa situación ha mejorado

Muchas de estas mujeres podrían haber evitado los embarazos no deseados sin recurrir a un aborto, utilizando AE como medio seguro y efectivo para prevenir el embarazo después de relaciones sexuales contra su voluntad o sin protección.

⁵ INE (2004) Anuario de Estadísticas Vitales 2004.

⁶ Instituto Nacional de la Juventud. (2005) Documento de trabajo N° 5, área salud y sexualidad.

⁷ The Alan Guttmacher Institute, (1994) Aborto Inducido a Nivel Mundial, Citado por el Foro Red de derechos Sexuales y Reproductivos. [http://www.guttmacher.org/pubs/fb_AWWsp.pdf].

⁸ Requena, Mariano.(1990). Aborto Inducido en Chile, Sociedad Chilena de Salud Pública.

La anticoncepción de emergencia es de uso excepcional

Los esfuerzos por hacer ampliamente accesible la AE para las mujeres de todos los estratos sociales sin discriminación dicen relación con el reconocimiento de que éste es un método anticonceptivo de excepción.

El propósito de la anticoncepción es impedir el embarazo no planificado, no deseado o forzado. De acuerdo con la ciencia médica, el embarazo empieza con la implantación del óvulo fertilizado en la pared del útero⁹ y el proceso de implantación comienza al final de la primera semana después de la fertilización. Del mismo modo, el American College of Obstetricians and American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG), en 1998, señaló que los métodos que retardan o inhiben la ovulación, bloquean la fertilización, o impiden la implantación del óvulo fertilizado son medios para impedir el embarazo. Cualquier mecanismo que funciona antes de la implantación es por definición un anticonceptivo.

La Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) afirma que “la AE tiene efecto antes de la etapa más temprana de la implantación”.

Estudios realizados por el Consorcio Latinoamericano de Anticoncepción de Emergencia (CLAE), han confirmado que la AE actúa en general como otros anticonceptivos hormonales, inhibiendo el desarrollo y la maduración folicular o la liberación del propio óvulo, impidiendo o retardando así la ovulación. La AE también puede alterar el transporte de los espermatozoides, ya que el Levonorgestrel produce la alteración del moco cervical y la vitalidad de los espermios. Estos dos mecanismos impiden la fecundación. La AE no interrumpe un embarazo ni causa aborto.¹⁰

La evidencia científica reciente muestra que el Levonorgestrel no altera el endometrio en la mujer. Los estudios realizados por el Instituto Chileno de Medicina Reproductiva (ICMER), en ratas y monas, muestran que la administración de Levonorgestrel después de que se ha producido la fecundación no interfiere con el desarrollo del embrión ni con la implantación.¹¹

Por otra parte, el Levonorgestrel es una droga que, al igual que la progesterona natural, actúa preparando el endometrio para que la implantación del embrión sea exitosa. Tanto es así que en animales privados de progesterona por extirpación de sus ovarios, la administración diaria de Levonorgestrel es capaz de mantener el embarazo. Difícil concebir entonces que una droga que favorece la gestación sea abortiva.

La Organización Mundial de la Salud, OMS señala que la AE es un “método anticonceptivo que las mujeres pueden usar en los primeros días después de un coito sin protección para impedir un embarazo no deseado”.¹² La Federación Internacional de Planificación Familiar (IPPF) también recomienda la AE como un método eficaz para evitar los embarazos no deseados en casos de violación.¹³

La normativa ministerial

En Chile la planificación familiar se inicia en la década de los años 60 como un programa de Salud Pública en respuesta institucional a las muertes maternas por aborto.

En 1998 el MINSAL recoge consideraciones sobre AE en el “Protocolo de intervención en los servicios de urgencia para casos de agresiones sexuales”, elaborado por especialistas de servicios de salud y posteriormente publicado por el MINSAL.

En el año 2004 el Ministerio de Salud anuncia las nuevas “Normas y guía clínica para la atención en servicios de urgencia de personas víctimas de violencia sexual”, las cuales incluyen la indicación de la AE a las mujeres violadas.

⁹ Williams, Cunningham, 1993, Obstetricia, Editorial McGraw-Hill.

¹⁰ Dides C, Claudia. (2006). Voces en Emergencia. FLACSO. Chile. LOM Ediciones. Pág. 34-35.

¹¹ Ibid. Pág. 34-35.

¹² Dides C, Claudia. (2006). Voces en Emergencia. FLACSO. Chile. LOM Ediciones. Pág. 33.

¹³ Ibid. Pág. 33.

En el 2005 el ex-Subsecretario de Salud, Dr. Antonio Infante, anunció en los medios de comunicación la distribución gratuita de AE para todas las mujeres en los servicios públicos. Esto provocó airadas reacciones de los sectores más conservadores de nuestro país ante lo cual, el entonces Presidente Ricardo Lagos pidió la renuncia del Subsecretario.

En septiembre del 2006, la Ministra de Salud María Soledad Barría presentó las nuevas Normas Nacionales de Regulación de la Fertilidad, las cuales, entre muchas otras recomendaciones, disponen el libre acceso a la AE para todas las personas mayores de 14 años que tengan indicación de este anticonceptivo en los servicios públicos de salud del país. Esta nueva normativa constituyó un esfuerzo técnico y político de primera importancia ya que junto con actualizar las prestaciones en anticoncepción, representó un avance hacia la equidad en salud, al brindar la oportunidad de acceso a la AE a las mujeres de los sectores de menores ingresos del país

En enero del 2007, el Tribunal Constitucional acogió un recurso de inconstitucionalidad que se cuestionaba la competencia del MINSAL para reglamentar la indicación del Postinor-2 a mayores de 14 años. Con posterioridad a este fallo, la Presidenta Michelle Bachelet firmó un Decreto Supremo, otorgando el nuevo marco legal a la distribución del medicamento de emergencia.

El estudio

Contexto

La discusión sobre la anticoncepción de emergencia, AE, activada por la elaboración y distribución de las normas ministeriales de regulación de la fecundidad no ha dejado a nadie indiferente. A favor o en contra, las opiniones han saturado los medios de comunicación. La tajante oposición de la Iglesia, dio un curso provocativo al tema llevándolo al primer plano del debate público.

En ese contexto, el Observatorio de Equidad en Salud según Género y Pueblo Mapuche solicitó a una de sus organizaciones integrantes, el Colegio de Matronas, Consejo Regional Temuco, realizar un estudio que indagara acerca de la distribución y acceso del anticonceptivo de emergencia (TACE y Postinor- 2) en la Región de La Araucanía. Es así, como el grupo de Investigación y Promoción en Matronería (INPROM) asume el desafío, coordinando el estudio la matrona Elga Arroyo Cortés.

La Región de La Araucanía cuenta con una población total de 869.535 habitantes,¹⁴ de la cual, cerca de un 30% corresponde al pueblo Mapuche, el que es poseedor de una lengua propia, el mapudungun.

El estudio se debía realizar en las dos provincias en que se divide administrativamente la Región de La Araucanía, esto es, Malleco y Cautín, de entre cuyas treinta y una comunas se seleccionaron aquellas cinco que concentran la mitad de la población de la región. Tales comunas son Angol, Villarrica, Saavedra, Padre Las Casas y Temuco.

Objetivo general del estudio

Conocer la aplicación de la normativa de distribución pública y privada de la anticoncepción de emergencia (Tace, Postinor – 2) en las comunas de Temuco, Padre Las Casas, Angol, Villarrica y Saavedra, de la región de La Araucanía.

Objetivos específicos

- 1) Identificar los centros de salud públicos en los que se entrega anticoncepción de emergencia y la demanda de ésta por parte de la población usuaria.
- 2) Identificar los centros de salud privados en los que se entrega anticoncepción de emergencia.
- 3) Identificar las farmacias en las que se distribuye la anticoncepción de emergencia.

¹⁴ INE, Censo 2002

4) Indagar las razones por las cuales no se distribuye la AE en los ámbitos público y privado en que el anticonceptivo debe estar accesible sin discriminación.

Aspectos metodológicos

El presente es un estudio de tipo descriptivo y diseño transversal, realizado en los meses de Diciembre 2006 y Enero 2007 durante la vigencia de las Normas nacionales de Regulación de la Fertilidad que precedió al fallo adverso del Tribunal Constitucional. Se planteó con un enfoque mixto cualitativo y cuantitativo.

Se seleccionaron comunas según características geográficas, representación política y afluencia turística. Temuco, en su calidad de capital regional y provincial; Angol, por ser capital de la provincia de Malleco; Villarrica, por representar un centro turístico lacustre; Saavedra, porque representa un centro turístico de la zona costera; y Padre Las Casas, por ser una comuna joven y contar además con una de las mayores poblaciones dentro de la región. Cabe hacer presente que estas comunas representan el 47,4 % del total de la población de la región de La Araucanía.

Se realizó un catastro de los centros de atención del sistema de salud público y privado, además de la totalidad de las farmacias existentes en las comunas seleccionadas, determinando el cumplimiento de la normativa en dichos lugares.

Se formaron equipos de trabajo de profesionales y estudiantes de la carrera de Obstetricia y Puericultura de la Universidad de La Frontera (UFRO), los cuales fueron a los municipios, centros de salud y farmacias.

Se diseñaron los instrumentos de recolección de información, encuestas y pautas de entrevistas semiestructuradas, con los cuales se realizó una prueba piloto en la ciudad de Temuco.

Se definieron como informantes clave a entrevistar: alcaldes; jefes de Servicios; directivos de hospitales, servicios o unidades; gerentes de laboratorios que distribuyen anticoncepción de emergencia en la región; docentes y estudiantes de Obstetricia y Puericultura de la Facultad de Medicina de la Universidad de La Frontera.

Para el análisis estadístico se utilizó el Programa SPSS 12.0 para Windows. Se trabajó a través de tablas de contingencia, y se utilizaron indicadores de proporción junto con sus frecuencias.

Para el análisis cualitativo de las entrevistas aplicadas se utilizó metodología lógica semántica, realizando indexación y categorización de las respuestas obtenidas.

Resultados

A) Aspectos generales

Estas tablas muestran los resultados de lo planificado versus realizado en relación a: comunas participantes, establecimientos públicos y privados incorporados en el estudio y número de personas a las cuales se entrevista o aplica encuesta.

Tabla N° 1. Comunas participantes en el estudio, según número de habitantes

Comuna	N° Habitantes
Villarrica	45.531
Saavedra	14.034
Padre Las Casas	58.795
Temuco	245.347
Angol	48.996
Total 5 Comunas	412.703
Total Novena Región	869.535

Fuente: INE, Censo 2002.

Como se puede observar, el total de habitantes de las comunas seleccionadas representa el 47,4 % de la población general de la Región de La Araucanía según el Censo 2002.

Tabla N° 2. Establecimientos públicos y privados incorporados en el estudio, donde se distribuye AE, según comuna

Establecimiento	Comuna					Total
	Villarrica	Saavedra	Padre Las Casas	Temuco	Angol	
Farmacias	7	0	2	30	5	44
Atención Primaria	3	0	4	6	4	17
Hospitales / Clínicas	1	1	1	3	1	7
Total	11	1	7	39	10	68

La presente tabla muestra la totalidad de establecimientos (24 centros de salud) que fueron incorporados en el estudio según comunas. Todos ellos deberían disponer de anticoncepción de emergencia,¹⁵ ya sea en los servicios de urgencia o en los consultorios adosados.

Es necesario destacar, que la comuna de Saavedra cuenta solamente con un Hospital de baja complejidad como centro de referencia ante cualquier problema de salud de su población y no cuenta con farmacias privadas en la comuna, lo cual limita el libre acceso a la AE.

Tabla N° 3. Encuestas Planificadas v/s Realizadas, según lugares de distribución de AE. Porcentaje de cumplimiento

Comuna	Farmacias			Centros de Salud		
	Plan	Reali	%	Plan	Reali	%
Villarrica	7	7	100	8	8	100
Saavedra	0	0	0	3	2	66,7
Padre Las Casas	2	2	100	6	5	83,3
Temuco	30	20	66,7	27	15	55,6
Angol	5	5	100	13	13	100
TOTAL	44	34	77,3	57	43	75,4

El número de farmacias que aparece en la tabla N° 3, corresponde al total de farmacias por comuna, excepto Temuco donde se excluyen 6 farmacias que no distribuyen AE y que corresponden a medicina Mapuche, Homeopática y Natural.

Cabe mencionar que en la comuna de Temuco no se logró visitar cuatro farmacias y un centro de salud privado; en dos centros de salud privado no se logró encontrar a los profesionales y, en cinco farmacias se negaron a contestar las encuestas. En consecuencia, el cumplimiento de lo planificado alcanzó a un 76,2%.

Tabla N° 4. Entrevistas planificadas v/s realizadas según comunas participantes en el estudio

Comuna	Planificadas	Realizadas	Porcentaje
Villarrica	3	2	66,7
Saavedra	3	0	0
Padre Las Casas	3	0	0
Temuco	23	7	30,4
Angol	7	7	100
TOTAL	39	16	41

En esta tabla se observa mayor cumplimiento en las comunas de Angol y Villarrica en las cuales la estrategia de concentrar las entrevistas y encuestas en un par de días tuvo éxito, a diferencia de

¹⁵ MINSAL: Ord. 2B/26 N° 3218. Amplia acceso a Anticoncepción de Emergencia. 27 septiembre de 2006.

las otras comunas, en donde tal estrategia no fue efectiva. El 41% de cumplimiento de lo planificado da cuenta de esta realidad. Uno de los obstáculos importantes de señalar es la poca disponibilidad de tiempo de los funcionarios/os públicos para acceder a las entrevistas solicitadas.

Tabla N° 5. Encuestas planificadas v/s realizadas a docentes y estudiantes de la carrera de Obstetricia y Puericultura de la Universidad de La Frontera, en relación a demanda informal de anticoncepción de emergencia

Encuestadas/os	Planificadas	Realizadas	Porcentaje de cumplimiento
Docentes	15	8	53,3
Estudiantes 3° año 2006	18	14	77,7
Estudiantes 4° año 2006	27	23	85,1
TOTAL	60	45	75,0

Si bien es cierto que el propósito de este estudio es conocer la distribución pública y privada de la AE, en atención a lo que la normativa menciona que matronas y matrones están facultadas/os para indicar este anticonceptivo,¹⁶ nos pareció interesante entrevistar a matronas docentes y estudiantes de los últimos cursos de la carrera de Obstetricia y Puericultura de la Universidad de La Frontera acerca de la demanda informal de este método. Se consideró a la totalidad de docentes y estudiantes de los cursos mencionados, aún cuando no fue posible obtener el 100% de las entrevistas programadas.

B) Aspectos cuantitativos

Los siguientes resultados corresponden a las 77 encuestas realizadas a vendedoras/es de farmacias y funcionarios/os de los distintos centros de salud de las cinco comunas estudiadas. Además el resultado de las 45 encuestas aplicadas a docentes y estudiantes de la carrera de Obstetricia y Puericultura de la Universidad de La Frontera.

a) Encuesta a vendedoras/es y funcionarios/os.

Tabla N° 6. Stock de AE en los distintos establecimientos según encuesta realizada a vendedoras/es y funcionarios/os

Establecimiento	Este establecimiento cuenta con un stock de:										Total	
	TACE		Postinor-2		Ambas		Ninguna		Sin respuesta		n	%
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Farmacia	1	1,3	0	0	1	1,3	32	41,6	0	0	34	44,2
Atención												
Primaria	2	2,6	21	27,3	1	1,3	4	5,1	1	1,3	29	37,6
Hospital	0	0	14	18,2	0	0	0	0	0	0	14	18,2
Total	3	3,9	35	45,5	2	2,6	36	46,7	1	1,3	77	100,0

En la comuna de Angol, tres de las personas encuestadas refirieron contar con TACE en su stock de bodega, correspondiendo a una farmacia y un centro de salud. A su vez un vendedor de farmacia y un funcionario de un Centro de Salud de Atención Primaria señalaron contar con ambas presentaciones dentro de su stock. El 45,5 % de las personas encuestadas dijeron contar solamente con Postinor-2, y principalmente corresponden a los Centros de Salud de Atención Primaria y los Hospitales.

De las 34 farmacias encuestadas, 32 dijeron no tener ninguna de las presentaciones comerciales de la AE. Entre los motivos se mencionaron los siguientes: "porque la cadena no la compra",

¹⁶ MINSAL: Ord. 2B/26 N° 3218. Amplia acceso a Anticoncepción de Emergencia. 27 septiembre de 2006.

“porque los laboratorios no la fabrican”, “porque el distribuidor que abastece a la farmacia no tiene”, “porque esta descontinuada la entrega a farmacias particulares”, “porque se sacaron de circulación”.

Las razones que se recogieron en los establecimientos de salud del sistema público fueron: “porque no se asignó al hospital”, “porque el municipio no ha entregado”, “porque no ha llegado y entonces, se está dando método Yuzpe”.

Tabla N° 7. Existencia de alternativa al TACE y/o al Postinor-2, según tipo de establecimiento

Establecimiento	Existencia de alternativas de AE:						Total	
	Sí		No		Sin respuesta		n	%
	n	%	n	%	n	%		
Farmacia	2	2,6	30	39,0	2	2,6	34	44,2
Atención Primaria	7	9,1	5	6,5	17	22,0	29	37,6
Hospital	3	3,9	2	2,6	9	11,7	14	18,2
Total	12	15,6	37	48,1	28	36,3	77	100,0

Como se señaló anteriormente la mayoría de los establecimientos cuentan con Postinor-2. En caso de no disponer de éste, las personas entrevistadas en hospitales y establecimientos de Atención Primaria respondieron que utilizan el método Yuzpe y Levonorgestrel.

Como era de esperar las farmacias incorporadas en el estudio, en un 88% no cuentan con alternativas de AE. Solo en dos farmacias de Temuco mencionaron contar con otra alternativa.

Tabla N° 8. Entrega y/o venta actual de Postinor-2 y/o TACE

Establecimiento	¿Actualmente en este establecimiento se están entregando y/o vendiendo Postinor-2 y/o Tace?						Total	
	Sí		No		Sin respuesta		n	%
	n	%	n	%	n	%		
Farmacia	2	2,6	32	41,5	0	0	34	44,2
Atención Primaria	21	27,3	7	9,1	1	1,3	29	37,6
Hospital	13	16,9	1	1,3	0	0	14	18,2
Total	36	46,8	40	51,9	1	1,3	77	100,0

Se evidencia que solamente 2 farmacias distribuyen el producto a la población, una en la comuna de Villarrica y otra en Temuco. La farmacia de Temuco no cuenta con stock en su local, pero si llega una persona con receta, la vendedora gestiona la obtención de TACE o Postinor-2.

Cabe señalar que el 79,1% de las/los funcionarias/os encuestadas/os reconocen que están entregando la AE a quienes lo solicitan, cifra que está por debajo de la disposición de la norma vigente de regulación de la fertilidad,¹⁷ la cual garantiza un 100% de accesibilidad. Esta brecha, entre otras causales, se debe a: médicos y matronas se han acogido a la “objeción de conciencia” en algunos lugares, sin que se haga realidad la derivación correspondiente; se han establecido iniciativas locales de protocolos que limitan el acceso, como por ejemplo aquellos que estipulan se atenderá sólo a quienes tienen ficha clínica, personas beneficiarias del sector respectivo, sólo a quienes cuenten con su previsión al día. Requisitos todos no estipulados en la normativa ministerial.

¹⁷ MINSAL: Ord. 2B/26 N° 3218. Amplia acceso a Anticoncepción de Emergencia. 27 septiembre de 2006.

Tabla N° 9. Entrega y/o venta de AE con receta Médica o de Matrona/Matrn, según establecimiento.

Establecimiento	¿En este establecimiento la anticoncepción de emergencia se entrega y/o vende con receta?						Total	
	Sí		No		Sin respuesta		n	%
	n	%	n	%	n	%		
Farmacia	24	31,1	8	10,4	2	2,6	34	44,2
Atención Primaria	19	24,7	8	10,4	2	2,6	29	37,6
Hospital	13	16,9	1	1,3	0	0	14	18,2
Total	56	72,7	17	22,1	4	5,2	77	100,0

En la tabla anterior se evidencia que mayoritariamente la AE se entrega con receta (72,7 %), en tanto que la no exigencia de ella se presentó en igualdad porcentual en farmacias y en la atención primaria.

Tabla N° 10. Número de personas a quienes se le ha entregado y/o vendido TACE y/o Postinor-2 en el último mes, según tipo de establecimiento.

Establecimiento	¿En el último mes, a cuántas personas se les ha vendido o entregado TACE y/o Postinor-2?						Total	
	Ninguna		Más de 1 persona		Sin respuesta		n	%
	n	%	n	%	n	%		
Farmacia	32	41,5	1	1,3	1	1,3	34	44,2
Atención Primaria	12	15,6	14	18,2	3	3,9	29	37,6
Hospital	6	7,8	8	10,4	0	0	14	18,2
Total	50	64,9	23	29,9	4	5,2	77	100,0

La presente tabla refleja el momento social y político que la distribución de AE generó en nuestro país, ya que en diciembre de 2006 las farmacias en su mayoría no ofrecían el producto a la población. Aún así vendedores/as de las farmacias incorporadas en el estudio declaran que la población les solicita AE. De igual modo las personas entrevistadas de Atención Primaria y Hospital, manifiestan demanda de la población por AE.

Tabla N° 11. Conocimiento de la actual normativa de distribución de AE, según tipo de establecimiento

Establecimiento	¿Usted conoce la actual normativa de distribución de la Píldora Anticonceptiva de Emergencia ?						Total	
	Sí		No		Sin respuesta		n	%
	n	%	n	%	n	%		
Farmacia	24	31,2	9	11,7	1	1,3	34	44,2
Atención Primaria	27	35,0	2	2,6	0	0	29	37,6
Hospital	11	14,3	3	3,9	0	0	14	18,2
Total	62	80,5	14	18,2	1	1,3	77	100,0

Un alto porcentaje de vendedoras/es y de funcionarias/os afirma conocer la normativa vigente de distribución de AE. No obstante, llama la atención que un porcentaje no menor de funcionarios (11,6 %) refiera no conocerla. Además un porcentaje importante de vendedoras/es (26,5 %) refiere desconocerla.

b) Resultados de encuesta aplicada a docentes y estudiantes de la Carrera de Obstetricia y Puericultura

A continuación se presentan los resultados de las 45 encuestas realizadas a docentes y estudiantes de la carrera de Obstetricia y Puericultura UFRO, realizadas con el objeto de conocer la demanda informal de AE.

Tabla N° 12. Solicitud de información acerca de AE según demandantes

Solicitud de información de AE	¿Quién le ha solicitado mayoritariamente información? (marque sólo una opción)										Total	
	Amigos		Amigas		Familiares		Sin respuesta		Otros		n	%
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Sí	11	24,4	18	40	3	6,7	4	8,9	6	13,3	42	93,3
No	1	2,2	0	0	0	0	0	0	2	4,4	3	6,7
Total	12	26,6	18	40	3	6,7	4	8,9	8	17,7	45	100

La presente tabla evidencia que la población de docentes y estudiantes de Obstetricia y Puericultura encuestada tienen una alta demanda de información acerca de AE (93.3%) y quienes más la solicitan son personas amigas (40 %), aunque no es menor el porcentaje de amigos. Se señala por parte de ambos grupos encuestados, que las demandas de información tienden a hacerse a personas del mismo sexo de quien consulta. Cabe mencionar además que, según las/los encuestados/os, estas consultas se las hicieron en el transcurso del último mes, con una frecuencia de entre 5 y 10 personas.

En general el 57,9 % de las personas de ambos grupos encuestados, han indicado AE en el ejercicio de su profesión y/o en sus prácticas clínicas en el último mes.

Frente a la consulta del uso personal de AE, un 75,5 % del total de ambos grupos manifiesta que la usaría, y de este porcentaje, un 20% afirma que la ha usado, ya sea personalmente o su pareja. Por el contrario, un 20% mantiene su negación frente al uso de este método en el futuro.

c) Datos cualitativos emanados de entrevistas

A continuación se presentan los resultados de las 16 entrevistas dirigida a directores de servicio o de unidades de centros de salud, matronas jefes, alcaldes y dirigentes del Colegio Profesional de Químicos Farmacéuticos.

Tabla N° 13. Opinión acerca de la distribución de AE en la comuna, establecimiento o Servicio de Salud.

¿Cuál es su opinión acerca de la distribución de AE según norma?		
Respuesta	Número	%
Positiva	10	62,5
Negativa	1	6,3
Sin Respuesta	5	31,2
Total	16	100

La mayoría de las personas entrevistadas (10 de 16), apoya la normativa. Llama la atención el alto porcentaje de no respuesta a esta pregunta, principalmente porque los y las entrevistadas son personas que ocupan cargos de toma de decisión.

Tabla N° 14. Existencia de Registro Estadístico de entrega AE a nivel de establecimientos y servicios.¹⁸

¿En su establecimiento llevan registro estadístico de entrega de AE?		
Respuesta	Número	%
Con registro estadístico	7	43,7
Sin registro estadístico	7	43,7
Sin respuesta	2	12,6
Total	16	100

En esta tabla se aprecia que a pesar de lo polémico que ha resultado la implementación de la normativa de AE solo el 43,7% de las/los entrevistadas/os declaran tener registro estadístico acerca de la distribución de este fármaco. A su vez las personas que refieren no llevar registro reconocen que éste debería existir.

Tabla N° 15. Implementación de la normativa de distribución de AE en Comunas, Establecimientos y Servicios.

Categorías	N° Total de opiniones
1. Recepción general de la Norma de AE	12
2. Recepción por Médico y Matrona	19
3. Proceso de implementación de la Norma de AE en Centros de Salud	11
4. Opinión Personal frente a la normativa	17
5. Demanda de AE	3
Total	62

La presente tabla nos muestra el número total de opiniones en relación a la implementación de la normativa de distribución de AE.

A continuación se presentan las opiniones según categorías:

1. Recepción general de la Norma respecto de la AE. En esta categoría las opiniones se refieren a la respuesta inicial frente a la implementación de la norma, donde algunas opiniones son “en un comienzo sólo para peritaje médico – legal”, “la postura es que se venda en las farmacias”. Luego, se percibe una aceptación de la norma, lo cual queda en evidencia en las siguientes expresiones: “de parte de los consultorios no ha habido problemas, sólo un consultorio no quería distribuir la AE”; “el SAPU se ve complicado por el tema de los tiempos y la obligación de hacer consejería”. Otras opiniones dicen relación con el conocimiento de la norma: “todos los funcionarios conocen la norma”, “se conoce la norma técnica”, o apuntan a la reacción de funcionarios/as: “los funcionarios la acatan y aceptan”; “Quisieron hablar con el alcalde para tratar el tema, no fue posible, por lo tanto se respeta la norma”.

2. Recepción por Médico/as y Matron/as. Cabe recordar que la normativa en cuestión nombra a las y los profesionales competentes para la indicación de la AE, de tal modo que resulta interesante la reacción inicial de este grupo de profesionales frente a la implementación de la normativa, desde la perspectiva de las personas entrevistadas. Al respecto, se mencionan algunas opiniones: “la primera instrucción recibida fue que solo médicos la entregaban”, “algunas matronas lo reciben bien, otras no”, “los médicos se negaron porque significaba tiempo extra”, “se ofrecieron las matronas”, “había médicos reticentes a que fuese la matrona la que entregara las AE”, “sólo una doctora la entregaba”. Al parecer, posteriormente, se acepta mejor la implementación de la norma por ambas profesiones y las opiniones que lo avalan son: “las matronas entregan la AE sin problemas”, “los médicos decidían si estaban de acuerdo o no. Algunos se acogían a la

¹⁸ Cabe recordar que del total de entrevistados/as uno no pertenece al sistema de salud.

postura de objeción de conciencia”, “la entregan los médicos de familia y si no están con tiempo disponible, la indica la matrona”.

3. Proceso de implementación de la Norma sobre AE en los Centros de Salud. Las opiniones permiten afirmar que, dentro de los servicios se habría adoptado de distinta manera la normativa. Ejemplo de ello son opiniones como, “se trabaja en forma coordinada con urgencia Hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena de Temuco (HHHA)”, “se entrega de 8 a 16 hrs.”, “las consultas fuera de horario se refieren a HHH”, “se entrega con receta médica o de matrona”. En relación al proceso de implementación ocurre algo similar, por ejemplo: “se tiene un protocolo y la usuaria firma que recibió la AE”, “la píldora se toma en el box, delante de la matrona”, “los médicos citan a la usuaria a control con la matrona para inicio de métodos anticonceptivos”, “si no llega a la citación recibe visita domiciliaria por asistente social”, “cuando es una menor de 14 a 15 años se solicita la presencia de un familiar o un adulto”. No obstante lo anterior, algunas medidas son coincidentes como “la entrega de AE es sólo con ficha clínica”, “todas reciben consejería”. Respecto del stock de AE se dan los dos extremos: stock suficiente, incluso una persona del sistema público de salud refiere no tener problemas hasta el 2010; en tanto otros no tienen en el momento de la entrevista. No obstante, todos refieren tener AE para el caso de víctimas de violencia sexual.

4. Opinión Personal frente a la normativa. Sólo una persona entrevistada menciona que no ha evaluado la normativa; en cambio, la mayoría presenta una postura positiva: “la medida es buena”, “estoy completamente de acuerdo”, “las personas poco a poco la van aceptando”, “observo una buena acogida”, “la demanda no es tan grande”. Una minoría dice no estar de acuerdo con la norma, pero en general manifiestan acatar la política. Se recogieron opiniones que, si bien es cierto aceptan la normativa, colocan en cambio algunas objeciones o requisitos taxativos, por ejemplo: “deberían de hacerlo con el consentimiento de la familia”, “la entrega de AE debe ir acompañada de consejería si o sí”, “si, siempre y cuando la entrega sea por una razón justificada, y que no se vuelva un asunto de libertinaje”, “debería de llevarse un registro claro de la personas a las que se les entrega la AE”.

5. Demanda de AE. La percepción es que la demanda es escasa y que no se han presentado grandes cambios. Algunas opiniones son: “lo que llegaba era sólo para peritaje”, “en promedio se entregan tres por semana”, “se entrega a mujeres mayores de 20 años”.

Es imprescindible destacar que si bien la mayoría de las personas declaró la importancia de la estadística, fueron escasos los lugares donde fue posible acceder a ella. En la siguiente tabla se muestran datos obtenidos de dos centros de Salud entre Octubre y Diciembre del 2006.

Tabla N° 16. Total de mujeres que han solicitado AE en dos servicios de salud pública, entre los meses de octubre y diciembre de 2006.

Grupo Etáreo	Total de Consultas	%
14-15	4	4,6
16-17	17	19,5
18-19	22	25,3
20-39	43	49,5
M-s de 40	1	1,1
Total	87	100

Esta tabla permite afirmar que la percepción de las personas entrevistadas se acerca bastante a la realidad, si bien es cierto estos datos representan un primer acercamiento a lo que pudiera estar ocurriendo con la distribución de la AE en los establecimientos de salud pública de la región de La Araucanía.

Conclusiones

El presente estudio permite aseverar que en la Región de La Araucanía en el período estudiado se había implementado la normativa ministerial con cierta dificultad, debido a consideraciones ideológicas religiosas y morales. Las directrices locales han permitido una amplia, diversa y a veces contradictoria interpretación de la normativa, lo que se refleja en las diversas modalidades locales de acceso a la AE, que en ocasiones dificultan o impiden la obtención oportuna del anticonceptivo indispensable.

En los centros de salud existen profesionales que optan por la objeción de conciencia lo cual obliga a que el centro de salud deba adecuar la aplicación de la norma; situación que sin embargo, no moviliza a los y las profesionales hacia la discusión sobre el significado de negación de derechos que reviste la no entrega de la AE.

Los datos que se lograron obtener acerca de la distribución de AE evidencian que las adolescentes menores de 17 años que solicitan este tipo de anticoncepción representan un 24.1% del total y que el mayor porcentaje de la demanda corresponde a mujeres de 18 años y más (75.9 % del total). Estos resultados son coincidentes en la percepción tanto de las personas encuestadas como de aquellas entrevistadas en el estudio. Surgen dudas acerca de la baja demanda de mujeres menores de 18 años, ¿es aún poca la información a la cual tienen acceso?, ¿se sienten cohercionadas por los padres o tutores?, ¿el sistema no se ha acercado suficientemente al grupo de adolescentes en alto riesgo de embarazo no deseado?, ¿cuál es la vinculación de la política de educación y salud en este tema?.

En la gran mayoría de las farmacias en la Región de La Araucanía, desde hace aproximadamente 6 meses no se cuenta con un stock en bodega de AE para la venta al público, situación que resulta preocupante, si se considera la demanda espontánea que necesita ser resuelta. No obstante, cabe hacer presente que hasta el mes de diciembre del 2006, dos farmacias mantenían la venta de este medicamento en las comunas de Villarrica y Temuco.

Existe una amplia diversidad de versiones para explicar la no existencia de AE en las distintas cadenas de farmacias y farmacias en general. La incomodidad que se percibía en las/los vendedoras/es y personal responsable de estos locales comerciales, se explica porque el estudio coincidió con el debate generado por la judicialización de la normativa sanitaria.

Finalmente, es imprescindible enfatizar que la AE cumple un papel único como método postcoital para impedir el embarazo no deseado que deriva de violencia sexual o de relaciones sexuales sin protección, y que por esa vía, contribuye a reducir el gran número de abortos inseguros que se realizan anualmente en nuestro país. La AE promueve el control de sus vidas reproductivas por parte de las propias mujeres, y en esa medida, hace posible el empoderamiento y desarrollo humano de las mismas. También entonces por esta razón, debe constituir una prestación básica de la atención en salud de las mujeres y de la planificación familiar.

Bibliografía

- Dides Castillo, Claudia. 2006. Voces en Emergencia: El discurso conservador y la píldora del día después, FLACSO .Santiago. Chile.
- Foro Red de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos-Chile, Red de salud de las mujeres latinoamericanas y del Caribe (RSMLAC), 2003. Atención Humanizada del Aborto Inseguro en Chile
- Ministerio de Salud de Chile.
2006. Normas Nacionales sobre Regulación de la Fertilidad,
1997. Programa de Salud de la Mujer, MINSAL
- Montecino y col. 2003. Mujeres Espejos y Fragmentos. Editorial Aconcagua. Santiago, Chile.
- OMS. 2003. Aborto sin Riego .Guía técnica y de políticas para Sistemas de Salud, Ginebra
- OPS. 2004. Anticoncepción de emergencia en Las Américas. Hoja informativa del programa Mujer, Salud y Desarrollo.
- Oyarzún, Henríquez .2004 “Los efectos de la píldora del día después”, ICMER.
www.icmer.org
- Williams. Cunningham, 1993.Obstetricia. Editorial McGraw-Hill.

Bibliografía complementaria

- Lectura de la prensa nacional.
Diario Austral ,19 enero 2007. p A 4 y A 5, 13 enero p B 1
La Tercera, 16 y 13 de enero 2007. www.tercera.cl
La Nación 15 enero 2007. www.lanacion.cl
La Segunda., 19 enero 2007, p 52
- www.minsal.cl
- www.cepchile.cl
- www.paho.org
- www.guttmacher.org
- www.injuv.cl

