CEME Centro de Estudios MIGUEL ENRIQUEZ
Archivo Chile
Historia Político Social - Movimiento Popular

Proyecto de Ley Marco sobre Derechos sexuales y reproductivos

63 páginas

INDICE

Prólogo 3

PARTE I: DIAGNOSTICO

1. Introducción 5
2. La Sexualidad en Chile 6
   - 2.1. La sexualidad en adolescentes 7
     - 2.1.1. Educación en sexualidad 9
     - 2.1.2. Respuestas del Estado ante la juventud 10
   - 2.2. La violencia sexual 11
     - 2.2.1.Antecedentes 11
     - 2.2.2.Violencia sexual en Chile 11
     - 2.2.3. Legislación 13
   - 2.3. Las enfermedades de transmisión sexual 13
   - 2.4. VIH/SIDA 14
     - 2.4.1. Antecedentes 14
     - 2.4.2. Acciones estatales /Políticas públicas 16
3. La Reproducción en Chile
   - 3.1. La fecundidad 17
   - 3.2. El derecho a tomar decisiones reproductivas informadamente y en forma segura 17
     - 3.2.1. Uso de anticonceptivos 18
     - 3.2.2. Anticoncepción de emergencia 20
     - 3.2.3. Esterilización 20
       - a) Esterilización quirúrgica 20
       - b) Esterilización química 21
     - 3.2.4. Reproducción asistida 22
   - 3.3. Morbimortalidad materna 22
     - 3.3.1. Morbimortalidad por aborto 22
     - 3.3.2. Cáncer cérvicouterino 25
     - 3.3.3. Cáncer de mama 26
   - 3.4. Cáncer de próstata 26
   - 3.5. La menopausia en Chile 26
   - 3.6. La calidad de la atención en salud sexual y reproductiva 27
     - 3.6.1. Calidad de atención y las prestadoras mujeres 30

PARTE II: JUSTIFICACION POLITICA Y ETICA DEL PROYECTO LEY MARCO

1. Introducción 31

2. Justificación Política 32

2.1. La democracia y la promoción de derechos 32
2.2. Vida pública y vida privada 33
2.3. Conceptos que justifican el proyecto ley marco 34

2.3.1. Libertad 34

2.3.2. Autonomía 34

2.3.3. Igualdad/equidad/empoderamiento 35

3. Justificación Etica 35

PARTE III: FUNDAMENTACION JURIDICA DEL PROYECTO LEY MARCO

1. Síntesis histórica de los Derechos Sexuales y Reproductivos 37
2. Concepto de los Derechos Sexuales y Reproductivos 38
3. Derechos Sexuales y Reproductivos en el marco del Derecho Internacional de los Derechos Humanos 40
4. Ambito de la realización de los Derechos Sexuales y Reproductivos 42
5. Mecanismos de protección de los Derechos Sexuales y Reproductivos 43

PARTE IV: PROYECTO LEY MARCO SOBRE DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS

Título I Disposiciones Generales 46
Título II Conceptos Generales 47
Título III Derechos Sexuales y Reproductivos 48

BIBLIOGRAFIA .51

CEME - Centro de Estudios Miguel Enríquez - Archivo Chile

PROLOGO

Luego de un año de trabajo sistemático, un grupo de personas pertenecientes a diferentes instituciones culminan la elaboración de una Propuesta de Ley Marco sobre Derechos Sexuales y Reproductivos. Esta propuesta busca instaurar la participación efectiva de la sociedad civil en la resolución de temas y problemas directamente relacionados con la vida cotidiana y con las necesidades más sentidas de las personas en el ámbito de la salud sexual y reproductiva.

Esta propuesta tiene como propósito generar un espacio público de discusión en el cual se reconozca la necesidad de ser sujetos de derechos en el ámbito de la sexualidad y la reproducción. La implementación de esta iniciativa permitirá marcar un hito en la historia legislativa del país, pues busca expresar y conjugar la diversidad de actores y realidades involucrados en la vivencia de la sexualidad y la reproducción. Promover la concertación entre sociedad civil y Estado implica asumir las obligaciones internacionales que emanan del Pacto de Derechos Civiles y Políticos, de la Convención Interamericana de los Derechos Humanos, la Convención de Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer, la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (El Cairo '94) y la Conferencia Mundial de la Mujer (Beijing '95), entre otras.

En la elaboración de esta propuesta participaron de manera relevante Lidia Casas Becerra, Claudia Dides Castillo, Leonardo Estradé Brancoli, Timothy Frasca, Josefina Hurtado Neira, Alvaro Magaña Pérez, María Isabel Matamala Vivaldi, Camila Maturana Kersten, Pilar Maynou Osorio, Hugo Ocampo Garcés, Gabriela Pischedda Larraín y Sergio Zorrilla Fuenzalida.

Las siguientes instituciones apoyan la presentación de esta propuesta de Ley Marco sobre Derechos Sexuales y Reproductivos:

Foro Red de Salud de Derechos Sexuales y Reproductivos-Chile

> Región Metropolitana: APROFA; CADOC- Centro de Apoyo y Desarrollo de Organización Comunitaria; Centro de Investigaciones en Bioética y Salud Pública. CIBISAP. USACH; Colectivo Con-spirando; Comisión Chilena de Prevención del Sida; Comité de Servicio Chileno; Corporación de Salud y Políticas Sociales. CORSAPS; Corporación de Desarrollo de la Mujer, La Morada; Educación para el Mejoramiento de la Calidad de Vida. EDUK; Corporación de Desarrollo de La Mujer. DOMOS; Instituto Chileno de Medicina Reproductiva. ICMER; Movimiento Pro Emancipación de la Mujer Chilena. MEMCH; Programa de Bioética, Facultad de Ciencias Médicas. Universidad de Santiago; SOL; Laura Anguita Garretón, Educadora; Dora Canales, Teóloga; Jan Hopman, Teólogo; Margarita Ibarra San Martín, Enfermera Salud Ocupacional; Gabriela Pischedda, Educadora.
> I Región: Centro de Encuentro de la Mujer. CEDEMU.

CEME - Centro de Estudios Miguel Enríquez - Archivo Chile

V Región: Casa de La Mujer de Valparaíso; Católicas por el Derechos a Decidir; CIDPA. Centro de Investigación y Desarrollo Poblacional Achupallas; Colectivo Caleidas. COTRA- Adolescentes y Medio Ambiente; Las Sembradoras; MEMCH 83; Unión Comunal de Centros de Madres de Viña del Mar; RUCAR – Participación Ciudadana.

VII Región: Casa de la Mujer Yela; Casa de la Mujer Sol y Esperanza.

VIII Región: Pachamama; Casa de Los Colores;

X Región: Corporación El Medán; Red de Mujeres Valdivia.

Grupo Iniciativa

Centro de Estudios para el Desarrollo de la Mujer (CEDEM); Centro de Estudios de la Mujer (CEM); Corporación de Desarrollo de la Mujer (DOMOS); FEMPRESS. Red de Comunicación Alternativa de la Mujer para América Latina; Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO); Fundación IDEAS; Fundación Instituto de la Mujer; ISIS Internacional; Corporación de Desarrollo de La Mujer, La Morada; MEMCH; Programa de Acción con Mujeres (PROSAM).

También apoyan el Centro de Alumnos Escuela de Obstetricia de la Universidad de Santiago; Federación de Estudiantes USACH; Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y El Caribe (RSMLC); Viviana Gysling, matrona de la Escuela de Obstetricia, Facultad de Ciencias Médicas USACH; Paola Salvo, Consultora Hexagrama; Rosa Soto, Historiadora USACH; Alejandra Valdés, Consultora Hexagrama; Centro de Estudios de Género y Cultura en América Latina, Facultad de Filosofía y Humanidades de la Universidad de Chile; Coordinadora Nacional de Personas que Viven y Trabajan con VIH/SIDA, Vivo Positivo.

Los parlamentarios que han jugado un papel relevante en esta propuesta son las Diputadas de la República Sra. Fanny Pollarolo y Sra. María Antonieta Saa y el Senador de la República Sr. Carlos Ominami.

CEME - Centro de Estudios Miguel Enríquez - Archivo Chile

PARTE I: DIAGNOSTICO

1. INTRODUCCION

El presente diagnóstico relaciona los comportamientos sexuales y reproductivos, los perfiles epidemiológicos e identificación de los problemas de la salud sexual y reproductiva a lo largo del ciclo de vida, con las respuestas del Estado, del gobierno y de la sociedad civil a través de políticas públicas y de esfuerzos reales de solución de las dificultades. El objetivo de este diagnóstico consiste en ilustrar a partir de una serie de hechos y problemas la necesidad del Proyecto Ley Marco sobre Derechos Sexuales y Reproductivos en Chile.

El análisis que sigue tiene lugar en un período de transformaciones. Los distintos procesos de modernización en el plano de la vida social y económica del país han generado cambios significativos en el ámbito de la intimidad de las personas. Múltiples sondeos de opinión dan cuanta de variaciones en el comportamiento sexual de las y los chilenos/as. Estas variaciones se expresan incluso en el incremento de la conciencia de la ciudadanía sobre la necesidad de la educación sexual, de la planificación familiar, de la protección de las relaciones sexuales, de la prevención y control del embarazo adolescente, de la prevención del VIH/SIDA, del rechazo de toda violencia de género, de la urgencia de abrir instancias legislativas para el divorcio, etc.

También son constatables, en el plano de las políticas públicas, una serie de progresos, por ejemplo, en el ámbito de la protección a la infancia y la violencia intrafamiliar, y respecto de ciertas iniciativas, aún deficitarias, en torno a la educación sexual.

A los procesos anteriores deben agregarse los cambios generados por la transición demográfica, lo que es relevante desde el punto de vista de la salud sexual y reproductiva. En Chile, por ejemplo la esperanza de vida para las mujeres en el período 1950-1955 fue de 58,8 años, mientras que para los hombres llegó a 52,9 años. En el período 1990-95, las mujeres alcanzaron una esperanza de vida de 77,4 años, en tanto que los hombres 70,4 años.

No obstante lo anterior, perduran desigualdades de género, socioeconómicas, étnicas y etáreas. Las políticas públicas son aún deficitarias respecto de los problemas que se desprenden de la salud sexual y reproductiva. Es en este contexto que es necesario que éstas políticas sean representativas del pluralismo social.

Este proyecto de ley marco se inscribe en el desarrollo y profundización de la noción de género, lo que implica avanzar en la construcción de derechos y disminuir los riesgos y los daños en el ámbito de la salud sexual y reproductiva para mujeres y hombres.

CEME - Centro de Estudios Miguel Enríquez - Archivo Chile

2. LA SEXUALIDAD EN CHILE

La principal conclusión de una investigación realizada por Sur Profesionales[1] fue que para comprender la experiencia de la sexualidad desde el punto de vista masculino y femenino, los patrones tradicionales ya no son aplicables. " Los significados y las prácticas sexuales de unos y otras no responden plenamente al 'modelo' que ha formado parte por décadas del sentido común, y por cierto, del hacer y pensar de hombres y mujeres... Hoy, la sexualidad femenina no implica sólo una condición instrumental en función del otro. Lo que se percibe en el discurso de las mujeres es un intento por cumplir con nuevos roles sociales femeninos que incorporan un desempeño más activo en el ámbito sexual. Este propósito no aparece como obligación, sino como parte constitutiva de una fuente de satisfacción para la mujer. Por otra parte, los hombres tienen una menor disociación entre la experiencia sexual y la afectividad. Los afectos son incorporados y explícitamente valorados como requisito o condición de una relación sexual y de pareja satisfactoria"[2].

La situación social de las mujeres chilenas cambió a partir de su gradual incorporación al trabajo y un notorio aumento en los niveles de escolaridad, comenzando a ocupar espacios que tradicionalmente eran masculinos. Este cambio es recogido por una encuesta realizada en 1999 por el Grupo Iniciativa confirmando que lo tradicionalmente considerado como "femenino", el "deber ser" de las mujeres ha variado y ya no se la relaciona únicamente con el hogar o la familia, sino que también como sujeto de derechos tanto en el ámbito privado como en el público. La relación de pareja, por tanto, también experimentó cambios[3].

Un estudio realizado por la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO) con mujeres de distintos niveles socioeconómicos pero con pareja estable, señala que en la actualidad existe una generalizada aceptación de las relaciones prematrimoniales. La mayoría, en especial las más jóvenes, valoran la dimensión de placer proporcionado por el sexo. Esta tendencia se da principalmente, aunque no exclusivamente, entre jóvenes de sectores socioeconómicos medios y altos. Junto a eso se aprecia una mayor exigencia sobre la calidad de la relación, lo cual influye en una mayor capacidad de negociación sobre cuando tener hijos y con qué espaciamiento[4].

En la encuesta realizada por el Grupo Iniciativa, se reafirman algunas de estas tendencias: casi 6 de cada 10 de las mujeres entrevistadas tienen una opinión favorable sobre el inicio de la vida sexual antes del matrimonio; de éstas 1 de cada 4 mujeres opina que la mujer puede iniciar su vida sexual cuando lo desee. Esta

[1] Sharim, D., Silva, U., Rodó, A., Rivera, D. Los discursos contradictorios de la sexualidad. Colección Estudios Sociales; Ediciones Sur. Santiago, 1996.
[2] Idem, pág. 83.
[3] Encuesta nacional: Opinión y actitudes de las mujeres chilenas sobre las condiciones de género. Grupo Iniciativa. Santiago, 1999.
[4] Valdés, T. El poder en la pareja, la sexualidad y la reproducción. Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales. Santiago,1999.

CEME - Centro de Estudios Miguel Enríquez - Archivo Chile

proporción aumenta a 1 de cada 3 mujeres en el tramo de mujeres más jóvenes, 20 a 33 años. Esta opinión coincide con lo expresado por los hombres.

A pesar de que la sexualidad y la reproducción compete a hombres y mujeres, la marcada división entre áreas de competencia femenina y masculina ubica las ubica como un espacio femenino. El hombre es el gran ausente a pesar de que en muchos sectores socioeconómicos, suelen tomar las principales decisiones reproductivas o intervienen activamente en ellas[5].

Sin embargo, según una encuesta realizada este año por Fundación Futuro[6], la desinformación sigue siendo una constante en el campo de la sexualidad. El 37,8 % de las personas consultadas se sienten desinformados, mientras que el 44,5% se sienten más o menos informados. "Los que más colaboran en la educación sexual son los amigos, el colegio, la televisión y los padres"; sin embargo, un 41% declara que los padres colaboran "más o menos" y un 42% opina que colaboran poco. Respecto a la importancia del sexo en una relación de pareja, el 42% opina que es "importante" y el 50% que es "muy importante".

Con relación al grado de satisfacción sexual, un 66% opina que hombres y mujeres disfrutan por igual del sexo. Con respecto a las mujeres, el 66% piensa que no están sexualmente satisfechas. El 48% opina que los hombres en general sí lo están, mientras que el 43% opina que no. Respecto a las relaciones sexuales antes del matrimonio, el 47% opina que no son ni buenas ni malas, un 40% que son buenas y un 12% que son negativas.

Por su parte, la encuesta del Grupo Iniciativa señala que la mayoría de las personas está de acuerdo con el derecho de todas las personas a usar anticonceptivos dentro o fuera del matrimonio (9 de cada 10). Esta proporción se incrementa entre las jóvenes de 20 a 33 años. En cuanto al acceso a anticonceptivos por jóvenes de ambos sexos, ésta recibe una calificación general de 7,9, en una escala de 1 a 10, la que se incrementa en las mujeres de los sectores D-E, más pobres, y aquellas de 20-33 años.

Es importante destacar que sobre el incremento del embarazo adolescente, las mujeres encuestadas califican con 9,2 la medida de focalizar la información en el sector estudiantil como una forma de prevención[7].

2.1. Sexualidad y Reproducción en Adolescentes

Según la Segunda Encuesta Nacional de la Juventud[8] , la mayoría de los/as jóvenes entre 15 y 29 años declara haber tenido relaciones sexuales en alguna oportunidad. El

[5] Rossetti, J. Sexualidad adolescente, un desafío para la sociedad chilena. Ediciones de la Biblioteca Nacional. Santiago, 1997.
[6] Encuesta de opinión pública. La vida sexual de los chilenos. Fundación Futuro. Santiago, mayo 2000.
[7] Grupo Iniciativa, 1999.
[8] Segunda Encuesta Nacional de la Juventud. Instituto Nacional de la Juventud. Santiago 1997.

CEME - Centro de Estudios Miguel Enríquez - Archivo Chile

inicio de las relaciones sexuales tiende a concentrarse entre los 15 y 20 años, apreciándose en las mujeres una iniciación más temprana que en 1994. Estos datos están indicando que en el Chile actual la juventud vive su sexualidad de una manera más abierta; no obstante, este proceso ocurre en medio de presiones y mensajes contradictorios.

Los/as adolescentes declaran conocer algunos métodos anticonceptivos (píldora, condón y calendario), pero una proporción muy alta no los usa en su primera relación sexual[9]. Un porcentaje significativo de los que utilizan alguno, escogen los más ineficaces (coito interrumpido y calendario)[10] exponiéndose al riesgo de embarazo no deseado, aborto, Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS) y SIDA, además de los consecuencias psicosociales del ejercicio precoz de las relaciones sexuales[11].

Un estudio comparativo[12] por nivel socioeconómico (NSE) realizado en la Región Metropolitana mostró que los/as del NSE bajo además de tener menos conocimientos sobre sexualidad y anticonceptivos, inician su vida sexual en forma más temprana, con mayor frecuencia y sin protección. Esto señala al NSE bajo urbano como el grupo de mayor riesgo. Esta constatación es válida para la juventud de origen rural.

La experiencia de los/as jóvenes de NSE altos de la Región Metropolitana es diferente. "Es altamente revelador que el uso de anticonceptivos en la primera relación sexual sea más acentuado en las y los jóvenes de NSE alto en comparación a los otros NSE, lo que está indicando la importancia de la educación en sexualidad y el conocimiento sobre anticonceptivos que estas/os jóvenes reciben, reduciendo su grado de vulnerabilidad tanto en la primera relación sexual como en las sucesivas. En este mismo sentido, se percibe el impacto positivo del tipo de educación que las y los adolescentes del NSE alto reciben, en la reducción de riesgo, al incrementar el uso frecuente de anticonceptivos de "alta eficacia" cuando tienen relaciones sexuales[13].

Desde el punto de vista demográfico, nuestro país se encuentra en "transición demográfica" con una tendencia a disminuir la tasa de fecundidad. Sin embargo, no ocurre lo mismo con las jóvenes: "si bien la tasa de embarazo en la adolescencia en Chile es la más baja de América Latina y el Caribe (60/1000), hay 41.530 nacimientos anuales de adolescentes entre menores de 15 a 19 años, indicador que corresponde al número de nacidos vivos de las mujeres entre estas edades.[14] La mayor parte de estos embarazos no son deseados, ocurren fuera del matrimonio y perturban el proyecto de vida de las mujeres adolescentes[15].

---

[9] Rossetti, J. 1997.
[10] SERNAM: Análisis de las Conductas Sexuales de las y los adolescentes, 1997.
[11] Ministerio de Planificación y Cooperación Informe SIE Nº3 Salud de Los Jóvenes, mayo 1999. pág. 12. Además, ver Dides C., Hurtado J., Zorrilla S., 1998.
[12] Lavín F., Lavin P., Vivanco P. Estudio de conducta sexual en los /as adolescentes de la Región Metropolitana. SERNAM/UNICERH, 1995, p. 56.
[13] Idem, p. 58.
[14] Anuario Demográfico. Instituto Nacional de Estadísticas, INE. Santiago, 1998.
[15] Op. Cit. Rossetti, 1997.

CEME - Centro de Estudios Miguel Enríquez - Archivo Chile

Según el INE, en 1978 la tasa de fecundidad específica de las adolescentes de 15 a 19 años fue de 62,8 nacimientos por cada 1000 mujeres, llegando a 67,3 nacimientos en 1998. El peso relativo de los nacimientos en adolescentes en Chile alcanza a un 15,6% del total de los nacimientos, cifra muy superior a la de 1969 (10.5%).

Se considera embarazo adolescente aquel que se produce entre los 15 y 19 años. Sin embargo, las estadísticas INE[16] sobre "nacidos vivos por grupos de edad de la madre" registran 1.175 nacidos vivos en el tramo de edad menores de 15 años. Esto no permite dimensionar la magnitud del embarazo adolescente, puesto que deja fuera todos aquellos embarazos que no llegan a término y aquellos que comienzan a los 19 años pero terminan en los 20 años[17]. La mayoría de estas madres cursan el nivel educacional básico, mientras que el 44,7% de ellas tiene de 10 a 12 años de estudio[18].

En Chile la planificación familiar es una práctica común en las mujeres adultas pero culturalmente se la considera inapropiada para las y los adolescentes. A pesar que pueden obtener métodos anticonceptivos en los servicios públicos de salud, este acceso no se difunde ni se ofrece explícitamente.

2.1.1. Educación en Sexualidad

En el campo de la educación sexual es posible identificar una serie de iniciativas tendientes a resolver las carencias en la materia. Si bien existe una Política de Educación en Sexualidad desde 1993, aún existen insuficiencias y problemas respecto de la salud sexual y reproductiva de los y las jóvenes.

La educación formal tradicional, salvo algunas excepciones, se ha caracterizado por la incapacidad para establecer programas de educación sexual adecuados a las necesidades de la salud sexual y reproductiva de los/as jóvenes. Generalmente, la información que se entrega en los colegios tiene un enfoque biologicista y parcial.

La juventud valora la educación sexual en la enseñanza como un fuerte aporte al desarrollo personal. Es evidente que esta valoración les conduce a considerar que la información recibida al respecto es escasa y poco adecua a sus necesidades.

Una de las acciones más destacadas estos últimos años corresponde a las Jornadas de Conversación sobre Afectividad y Sexualidad (JOCAS). Definidas como una estrategia educativa, estaban orientadas a satisfacer las necesidades de aprendizaje en educación sexual de alumnos/as, sus padres y profesores/as. Esta estrategia se sustenta en un enfoque pedagógico centrado en los sujetos con participación de agentes educativos de la comunidad.

[16] Idem, pág.116, 1998.
[17] Tercer informe de avance. Propuesta Pública para la prevención de embarazo adolescente y apoyo al desarrollo de su sexualidad y afectividad. Universidad de Chile, junio 2000. pág. 2.
[18] INE, 1998.

CEME - Centro de Estudios Miguel Enríquez - Archivo Chile

En un primer momento se realizaron JOCAS bajo la responsabilidad del Ministerio de Educación - Programa de la Mujer, auspiciado y asesorado técnicamente por el Fondo de Población de las Naciones Unidas. La institución ejecutora de esta primera etapa fue EDUK (Educación para el mejoramiento de la Calidad de Vida). Su aplicación provocó un debate público donde los sectores conservadores criticaron sus contenidos y formas [19]. En 1995 se formó la Comisión Intersectorial de Educación Sexual y Prevención del Embarazo Adolescente compuesta por el Ministerio de Salud, el servicio Nacional de la Mujer, el Ministerio de Educación y el Instituto Nacional de la Juventud.

Luego, se implementaron las Jornadas Comunitarias de Conversación sobre Afectividad y Sexualidad (JOCCAS) como" una respuesta que el actual Gobierno de Chile ha propuesto al país para enfrentar, principalmente, los conocidos problemas en el área de la salud sexual y reproductiva que afectan a la población adolescente, tales como embarazos adolescentes, aborto, enfermedades de transmisión sexual y SIDA, desde una perspectiva educacional basada en un enfoque dialógico y de fortalecimiento del sujeto que aprende como alternativa eficaz y legítima de promover aprendizajes significativos y relevantes"[20].

Actualmente existe una Comisión Interministerial para la Prevención de Embarazo Adolescente (SERNAM, MINEDUC, MINSAL) la cual encargó a la Universidad de Chile la realización de una propuesta o lineamientos de una política pública para la prevención del embarazo adolescente y apoyo al desarrollo de su sexualidad y afectividad.

2.1.2. Respuestas del Estado

Hasta 1997, el Ministerio de Salud no tenía una política dirigida a las y los adolescentes. Ese año se creó el Programa de Salud del Niño y el Adolescente, entre cuyas metas figura la creación de servicios de salud sexual y reproductiva y el fortaleciendo de acciones de prevención de ETS, VIH/SIDA y embarazo adolescente. Sin embargo, a la fecha este Programa no cuenta con financiamiento, las actividades que desarrolla están enfocadas exclusivamente a los niños y no cuenta con una estructura que concentre los problemas de salud de este grupo. La atención de la adolescente madre en el sector público de salud, está incluida en el Programa de Salud de la Mujer. Como una respuesta a esta demanda éste definió como prioridad programática la prevención del embarazo no

[19] Jornadas de Conversación sobre Afectividad y Sexualidad. Ministerio de Educación/Programa de la Mujer. Santiago, 1996.

[20] Comisión intersectorial para la prevención del embarazo adolescente. SERNAM, Coordinación Intersectorial. Material de apoyo para agentes Educativos, Elementos para el reconocimiento de inquietudes adolescentes en desarrollo humano. Stuardo A., Oliveria MP., Böhme A. Guernica Consultores, S.A. Noviembre, 1998.

CEME - Centro de Estudios Miguel Enríquez - Archivo Chile

deseado en adolescentes. Para ello se constituyó una comisión mixta coordinada por el Programa de la Mujer que está elaborando las Normas de Atención y Coordinación de la Adolescente Madre (10 a 19 años).

Los registros de la atención de salud del adolescente se implementaron a partir de enero de 1995, pero no están desagregados por sexo y las atenciones en el nivel primario no especifican la causa del control y/o la consulta, por lo que no es posible analizar el perfil de la salud sexual y reproductiva en este grupo.

En nuestro país los/as adolescentes no son considerados como sujetos de derecho. La ausencia de una política en salud sexual y reproductiva dirigida a esta población contradice los acuerdos internacionales tomados por el país en la Conferencia de El Cairo, de Beijing. En ellas se consagró que hombres y mujeres (jóvenes o adultos) tienen derecho a estar informados, a tener acceso a métodos de regulación de la fecundidad seguros, efectivos, aceptables y financiables y contar con formas efectivas de prevención de ETS[21].

Las políticas públicas en salud sexual y reproductiva están principalmente dirigidas a aquellas mujeres que están embarazadas o que ya han sido madres. De esta manera, no están respondiendo a las necesidades de las jóvenes sexualmente activas no embarazadas. Tampoco refuerzan la responsabilidad sexual y reproductiva de los hombres adolescentes e invisibilizan su papel en el embarazo juvenil. Los pequeños esfuerzos de prevención se ven obstaculizados "...porque el personal de salud que quisiera tomar alguna iniciativa con adolescentes no lo hace, por temor a ser censurado, o que las mamás se vayan a quejar ante sus jefes"[22].

Respecto de los servicios públicos[23] los/as adolescentes no son considerados como titulares autónomos de atención. En una materia sensible como la sexualidad, es evidente la carencia de una política de participación que los vincule directamente.

2.2. La Violencia Sexual

2.2.1. Antecedentes

En los últimos años, la violencia contra las mujeres ha sido objeto de investigación, instrumentos y campañas de prevención. Sus principales formas son la violencia doméstica y sexual. Esta última afecta en todo el mundo a mujeres sin distinción de edad, raza o clase social, vulnerando su dignidad y libertad. En la actualidad existe consenso mundial para considerarla un atentado contra los derechos humanos.

[21] UNFPA. Reunión Regional sobre Salud Sexual y Reproductiva de los Adolescentes en América Latina: un compromiso con el futuro. San José de Costa Rica, 1997.
[22] Provoste, P. Los servicios públicos y los derechos de las mujeres. En Veredas por cruzar, 10 años del Instituto de la Mujer. Santiago, l997, p. 58.
[23] Valdés, T., Busto M. Sexualidad y reproducción. Hacia la construcción de derechos. CORSAPS/FLACSO.Santiago, 1994.

CEME - Centro de Estudios Miguel Enríquez - Archivo Chile

Las estadísticas reflejan sólo una parte del fenómeno puesto que el proceso de denuncia se ve obstaculizado por múltiples factores. Entre ellos mecanismos inadecuados, prejuicios sociales y la cercanía afectiva de los agresores con respecto a la víctima. La mayoría de las agresiones sexuales son cometidas contra mujeres y niñas y el agresor suele ser un conocido o un familiar directo.

La reacción social es contradictoria. Mientras la violencia sexual ejercida por extraños a la víctima es fuertemente condenada, la que ocurre al interior de la familia es silenciada. Las implicancias de este fenómeno se relacionan con prácticas culturales e institucionales inequitativas respecto de género y edad. Tras esta lógica prima la creencia de que niños y mujeres tienen menos derechos que el jefe de familia, quien habitualmente ejerce este rol a través de la fuerza o la violencia.

Las consecuencias de la violencia sexual son difíciles de superar. Depresión, ansiedad, insomnio, pesadillas, sentimientos de humillación y autoculpabilización, disfunciones sexuales, pueden adquirir tal magnitud que perduran por años en la vida de las víctimas. A ello se agrega el riesgo de embarazo, la adquisición de ETS y la posibilidad de convertirse ejercer en el futuro en agresores sexuales.

2.2.2. Violencia Sexual en Chile.

Se estima que entre el 75 a 80% del total de los delitos sexuales no son denunciados. En ello influye el efecto de victimización secundaria debido al carácter engorrozo de los procedimientos, la vergüenza de la víctima o su familia, y el hecho que el agresor sea un pariente o conocido.

El hecho que el Estado no se haga parte "de oficio" en este tipo de procesos, refuerza la sensación de impunidad que tiñe estos casos e inhibe el rol de control ciudadano por parte de la sociedad.

La sección de peritajes del Instituto Médico Legal atendió 1.906 agresiones sexuales producidas en la Región Metropolitana en 1997. Del total de víctimas atendidas, el 80% fueron mujeres y el 66% correspondieron a menores de 14 años de ambos sexos.

El Centro de Atención a Víctimas de Atentados Sexuales (CAVAS), señala que en Chile "se producen 20.000 delitos por abuso sexual al año, esto significa que cada 26 minutos ocurre una agresión de este tipo. Las principales víctimas son niñas/os menores de 11 años. Sólo el 10% de estos casos es denunciado oportunamente a través de los tribunales y el 3% recibe sentencia judicial (...) La violencia sexual en Chile, en la mayoría de los casos, se produce dentro del ámbito de la familia y del hogar y es ejercida por parientes o conocidos de las víctimas(...) Las estadísticas de los peritajes médicos realizados por el Servicio Médico Legal señalan que la mayor parte de los casos tratados involucran una relación previa entre agresor y víctima. Destacan en la Región Metropolitana (1997) las relaciones padre-hija (11,1%)), otros familiares

CEME - Centro de Estudios Miguel Enríquez - Archivo Chile

(24,8%%) y otras como vecinos (8,1%%), otros conocidos, conviviente de la madre, padrastros, u otros (36,3%), las que sumadas constituyen una mayoría absoluta de los casos (80,3%). Es decir, sólo el 19,7% de los agresores son desconocidos para la víctima"[24].

Según el Servicio Nacional de Menores, en 1999 el 85% de los atentados delictuales correspondieron a violación y abuso sexual. El 47% de los abusadores conviven habitualmente con el o la menor. El 21% son conocidos de los/las menores y el 15% son parientes externos[25].

Considerando el impacto de la violencia sexual en Chile, es importante preguntarse por la aplicabilidad de la anticoncepción de emergencia (AE) en todas las mujeres en edad fértil que han sido violadas. La AE está regulada como píldora postcoital en las normas sobre paternidad responsable del Ministerio de Salud. Sin embargo, no se han redactado directivas al interior del Ministerio para que esta norma sea aplicada en la práctica.

El Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los refugiados, el Fondo de Población, UNICEF y la Organización Mundial de la Salud, incorporaron la AE en el Paquete Inicial de Servicios Mínimos a ser entregado en los campos de refugio en todo el mundo. Esta decisión se basó en las sistemáticas violaciones de que son objeto las mujeres y niñas en los conflictos bélicos. La declaración inter-agencias señaló al respecto que: "La violencia sexual y de género está asociada fuertemente con situaciones donde hay movimientos forzosos de población. En este contexto es vital que haya acceso a anticoncepción postcoital de emergencia para aquellas mujeres que los soliciten"[26].

[24] Plan Regional de Infancia y Adolescencia, III Región Atacama. MIDEPLAN, 1998.
[25] Diario Las Ultimas Noticias, 8 de julio 2000.
[26] Revista Mujer Salud. RSMLAC Nº2/99.

CEME - Centro de Estudios Miguel Enríquez - Archivo Chile

2.2.3. Legislación

La ley chilena hasta hace poco reproducía los prejuicios y mitos acerca de la violencia sexual, desconociendo las formas y circunstancias en las cuales se cometen estos delitos.

En 1992, el gobierno de Patricio Aylwin envió al Congreso un proyecto de ley sobre violación y otros delitos sexuales. Algunas de las modificaciones propuestas fueron las siguientes:

-la descripción de las conductas de violencia sexual que constituirán delito, entre ellas el acceso carnal por vía vaginal, bucal o anal usando violencia o intimidación, abusando de la incapacidad mental o corporal de la víctima para oponer resistencia o cuando el ofendido sea un menor de 12 años con o sin consentimiento de éste;
- la inclusión de ambos sexos como víctimas;
- la incorporación de violación conyugal como delito;
- la eliminación de términos como doncella, mujeres de buena o mala fama;
- la posibilidad de acreditar lesiones fisicas en todos los centros hospitalarios, sean públicos o privados;
- la eliminación del careo entre el agresor y la víctima como un trámite obligatorio y que la identidad de las víctimas de delitos sexuales se mantenga en estricta reserva, a menos que consientan libremente en su divulgación.

En 1994 el Gobierno de Chile, adhirió a la Convención Interamericana para Prevenir, Erradicar y Sancionar la Violencia Contra la Mujer, conocida como Convención de Belem do Pará. En Julio de 1999 fue promulgada la nueva ley sobre delitos sexuales, beneficiando ampliamente a las víctimas de violencia sexual.[27] Sin embargo, a pesar de estos avances la magnitud de la violencia sexual está aún lejos de ser incluida en los programas de educación sexual ni en la capacitación del personal de salud[28].

2.3. Las Enfermedades de Transmisión Sexual

Las enfermedades de transmisión sexual (ETS), incluyendo el VIH/SIDA, representan un grave problema mundial de salud, tanto por su magnitud como por el impacto fisico, psicológico y socioeconómico. Las ETS son un factor infertilidad y riesgo de transmisión del VIH.

En 1999 se notificaron 2.152 casos de ETS con un promedio mensual de 179 casos. El 88,8% correspondió a personas de 15 a 44 años, siendo los grupos etáreos con mayor número de casos los de 25 a 34 años (33,0%), 15 a 24 años (32,5%) y 35 a 44 años (20,6%). La edad promedio es de 30,5 años siendo levemente inferior en mujeres (29,5 años). Las mujeres jóvenes son especialmente propensas a contraer ETS, porque la inmadurez del cuello uterino incrementa las probabilidades de exponerse a agentes

[27] Ley 19.617 publicada en el Diario Oficial el 12 de Julio de 1999.
[28] RSMLAC. Los consensos de El Cairo. Monitoreo como Práctica ciudadana de las Mujeres, 1999.

CEME - Centro de Estudios Miguel Enríquez - Archivo Chile

infecciosos. Las ETS no tratadas oportunamente pueden tener efectos negativos en la salud, incluidos la infecundidad, dolor pélvico crónico o cáncer al cuello del útero[29].

El 58% del total de casos notificados son mujeres, 476 corresponden a pacientes de control de salud sexual (comercio sexual) y 790 pacientes derivados de otros centros, consulta espontánea o contactos de pacientes.

El 41,1% corresponde a hombres sin que existan casos por derivación del control de salud sexual (control sanitarios).

Si se analizan los datos según ocupación se encuentra que en los hombres no se observan diferencias en el tipo de patologías notificadas según actividad, pero sí en las mujeres. Los dos grupos de actividad más declarados y que representan la mayoría de los casos de ETS notificados corresponden a comercio sexual (476 casos) y a dueña de casa (462 casos).

En Chile[30] la vigilancia epidemiológica se desarrolla a través del Sistema de Vigilancia de Enfermedades de Transmisión Sexual que cuenta con tres componentes:

1. Vigilancia Centinela de ETS: Este sistema se basa en la recolección de información en algunos lugares seleccionados que representan una población de 3.003.988 habitantes constituida por 1.491.914 hombres y 1.512.074 mujeres. Ellos representan el 20.0% de la población total del país según proyecciones de población para 1999[31].
2. Vigilancia Universal de Sífilis en embarazadas.
3. Vigilancia Universal de Sífilis Congénita.

Las ETS tienen directa relación con las conductas sexuales. Las cifras evidencian que las mujeres se encuentran en una situación de mayor vulnerabilidad que los hombres.

En un estudio de FLACSO[32] sobre masculinidades populares, los hombres entrevistados dicen conocer el condón, es el único anticonceptivo que está a su alcance, saben que con él pueden evitar las ETS pero lo utilizan rara vez, principalmente para evitar embarazos. Más de la mitad manifestó que no lo había usado nunca.

Por su parte, los adolescentes tienen una baja percepción de riesgo de contraer ETS. Un estudio del SERNAM muestra que sólo el 3,5% de los jóvenes estudiados tiene conciencia del riesgo de contagio involucrado en las relaciones sexuales[33]. Con esto se evidencia la falta de educación sexual y campañas públicas de promoción del condón.

---

[29] APROFA. Datos sobre salud sexual y reproductiva de los jóvenes en Chile. Santiago, junio 2000.
[30] CONASIDA: Boletín ETS. Boletín epidemiológico Nº2. Mayo, 2000.
[31] Censo INE 1992.
[32] Olavarría, J.; Benavente, C.; Mellado, P. Masculinidades populares. Varones adultos jóvenes de Santiago. Santiago, 1998.
[33] SERNAM. Análisis de las conductas sexuales de las y los adolescentes Región Metropolitana, 1997.

CEME - Centro de Estudios Miguel Enríquez - Archivo Chile

2.4. **VIH/SIDA**.

2.4.1. Antecedentes.

Se calcula que hasta mediados de 1996 habrían muerto 5.8 millones de personas víctimas de SIDA en todo el mundo[34]. Para el año 2000 se estima que el número de personas con VIH es de 40 millones a nivel mundial, de las cuales más de 13 millones serán mujeres[35]. La pandemia del VIH/SIDA, esta afectando principalmente a los países menos desarrollados. El número de personas viviendo con VIH está aumentando progresivamente sin que exista ni vacuna ni tratamiento para su cura.

El primer caso de SIDA en un hombre en Chile se notificó en 1984. El de una mujer en 1985. Según la Comisión Nacional de SIDA (CONASIDA), hasta el 30 de septiembre de 1999 se notificaron 3.262 enfermos y 3.963 portadoras/es. Las tasas más altas del SIDA se concentran en las regiones Metropolitana, II y V. La tasa de incidencia acumulada de SIDA en Chile alcanza a 24.5 por 100.000 habitantes. Se ha informado el fallecimiento de 2.157 personas.

La seroprevalencia dentro de la población de hombres homo-bisexuales es mucho más alta. Hay evidencia que indica niveles de 20 a 25% de este grupo[36], índices coherentes con coherentes con otros estudios de la región.

La agrupación Vivo Positivo, que reúne a personas viviendo con el VIH, considera que existirían unos 40 mil portadoras/es de los cuales, cuatro mil necesitan tratamiento farmacológico.

El 90% de los casos de SIDA corresponde a hombres y el 10% a mujeres. Entre 1984 y 1997 se notificaron 65 casos en adolescentes[37]. Sin embargo, existe un crecimiento mayor de casos de SIDA en mujeres en relación con los hombres.

Según CONASIDA el 91.6% de los casos declara que contrajo la enfermedad por transmisión sexual, un 6.6% por vía sanguínea y un 1.8% por vía vertical[38]. En las mujeres, el 70% declara que adquirió la infección por vía sexual, más específicamente, en contactos heterosexuales, 11.3% por una transfusión sanguínea, 3.8% por drogas intravenosas, 11.3% vertical y 3.8% no declarada[39]. Los casos de adquisición del VIH por dueñas de casa con pareja única está aumentando, también la adquisición por vía

[34] UNAIDS, 1996.
[35] OMS, 1990.
[36] Corporación Chilena de Prevención del SIDA. De amores y sombras: poblaciones y culturas de hombres homo y bisexuales en Santiago. Santiago, 1997.
[37] APROFA, junio 2000.
[38] CONASIDA, marzo, 1998.
[39] CORSAPS. Mujer y Sida en Chile. Hechos de Salud N°3. Santiago, agosto 1995.

CEME - Centro de Estudios Miguel Enríquez - Archivo Chile

intravenosa. Se espera que también se incremente por la vía vertical (madre e hijo), debido al incremento de mujeres en edad fértil infectadas.

Desde 1985 se viene observando que las tasas de fecundidad en mujeres con VIH/SIDA, entre 15 a 49 años, son más elevadas que las del total de mujeres para ese mismo grupo.[40] Esta situación obliga a formular algunas interrogantes acerca del acceso de las mujeres con VIH/SIDA a servicios de planificación familiar y a información sobre las implicancias del virus en la vida sexual y reproductiva.

La escolaridad en las mujeres VIH/SIDA es mayor. El 56% tiene un nivel de enseñanza media y superior, frente al 41% del universo femenino nacional que alcanza dicha escolaridad[41]. El 47% de las mujeres infectadas son dueñas de casa, el 12.5% son trabajadoras sexuales y el 9% realiza labores administrativas.

Por otra parte, las tasas globales de seroprevalencia en Chile se han mantenido relativamente bajas comparadas con Argentina, Brasil, México o en el Caribe. Pero Esto no es más que un toque de suerte relativa, ya que las acciones tomadas para frenar el curso de la epidemia no han tenido la fuerza ni la cobertura necesarias para incidir masivamente en las prácticas de riesgo. En esto juega un papel importante el estigma asociado a las trabajadoras sexuales y hombres con prácticas homosexuales.

El Programa Conjunto de las Naciones Unidas para el SIDA (ONUSIDA), utiliza tres categorías para describir la epidemia en un país: incipiente, focalizada y endémica. La nomenclatura cambió en 1999 a los términos incipiente, concentrada y generalizada. Ya que el nivel de seroprevalencia en Chile (25 casos por 100.000 habitantes) es relativamente bajo para la región, CONASIDA caracteriza la epidemia chilena como incipiente. Sin embargo, la seroprevalencia dentro de la población de hombres homo-bisexuales es mucho más alta. Hay evidencia que indica niveles de seropositividad de 20 a 25 por ciento de este grupo[42], tasas coherentes con otros estudios de la región.

2.4.2. Acciones Estatales /Políticas Públicas.

La creación de CONASIDA en el año 1990 significó un avance al colocar las acciones del Estado en el contexto de las grandes líneas adoptadas internacionalmente, las cuales consideran la prevención y la protección de los derechos humanos como ejes centrales.

CONASIDA lanzó una serie de campañas de sensibilización para advertir sobre el riesgo de adquirir el VIH y promover actitudes no discriminatorias. Apoyó iniciativas de prevención en el ámbito del comercio sexual y estímulo la educación sexual escolar, entre otras.

[40] Idem, 1995.
[41] Idem, 1995.
[42] Corporación Chilena de Prevención del Sida, 1997.

CEME - Centro de Estudios Miguel Enríquez - Archivo Chile

El Gobierno posicionó el debate en términos de una libre opción entre un abanico de estrategias preventivas. Sin embargo, esta defensa aparentemente liberal y amplia, contribuyó a garantizar defensa de los derechos de todos los y las ciudadanos/as y en particular aquellas/os que se enfrentaban de manera prioritaria del riesgo.

En cuanto a los tratamientos, desde la aparición del primer medicamento anti-retroviral para el VIH (AZT) el Estado ha respondido aumentando el presupuesto y otorgando el acceso a las nuevas terapias. No obstante, el paciente que cumple con los requisitos del protocolo exigido no tiene garantizado el acceso, más bien pasa a integrar una lista de espera para postular a los medicamentos disponibles en el Servicio correspondiente. Según CONASIDA se entregan 1.500 terapias. La mitad de los pacientes reciben triterapia y la otra mitad biterapia lo cual implica de un 50% a un 60% de cobertura en el sistema público[43].

En 1997, Chile fue nombrado como uno de cuatro países partícipes en un programa piloto de ONUSIDA para aumentar el acceso a los medicamentos por VIH-SIDA. Aunque el programa debiera abaratar los costos y expandir el beneficio, se está lejos de universalizar la cobertura.

Hoy es necesario difundir información e instrumentos preventivos a la población sexualmente activa, especialmente aquellas más vulnerables entre ellas jóvenes, hombres con conductas homosexuales, trabajadoras/es del comercio sexual y mujeres.

Durante estos años, la educación preventiva sobre el VIH-SIDA y la promoción del preservativo han enfrentado escollos y resistencias. Es responsabilidad del Estado proteger a sus ciudadanos, no hacerlo implica violar el derecho a la vida.

3. LA REPRODUCCION EN CHILE

Puesto que desde 1974 no se han realizado encuestas de fecundidad, no se cuenta con la información que permita conocer los comportamientos específicos y expectativas de mujeres y hombres.

3.1. La Fecundidad.

Durante las últimas cuatro décadas las tasas de fecundidad se han reducido a la mitad. Según los datos censales, la tasa global de fecundidad (TGF) fue de 5,3 hijos por mujer en 1969 disminuyendo a 2.3 en 1998 [44]. Chile tiene una tasa de crecimiento demográfico anual de 1.4%

La reducción de la fecundidad ocurre en un escenario de profundos cambios

[43] Diario La Tercera. "Piden reducir costos de drogas contra el Sida", 10 de julio 2000.
[44] Anuario Demográfico, INE, 1998.

CEME - Centro de Estudios Miguel Enríquez - Archivo Chile

económicos, sociales y culturales los que inciden directamente en la disminución del crecimiento poblacional. Al analizar la fecundidad en términos de la edad de la madre, se observa que entre 1978 y 1998 en todos los grupos de edad a partir de los 20 años la tasa de fecundidad disminuyó. Sin embargo, entre las adolescentes de 15 a 19 ésta aumentó de 62,8 a 67,3 nacimientos por 1000 mujeres.

Esta disminución general se interpreta como una consecuencia directa del uso de métodos anticonceptivos modernos desde que se inició el Programa de Planificación Familiar en Chile en 1964. Según el Informe Guttmacher, otro factor de incidencia sería el alto número de abortos provocados.

Una variable importante con respecto a la fecundidad es el número de hijas/os deseados. A lo que se suma la carga exigida a las mujeres actuales y la falta de recursos que apoyen el ejercicio de la maternidad.

3.2. El Derecho a tomar decisiones reproductivas de manera informada y segura

La falta de información y educación obstaculiza el ejercicio de la responsabilidad reproductiva. La falta de servicios especializados y una oferta limitada de métodos anticonceptivos (MAC) incide en los embarazos no deseados (el 21% de los partos) y en la práctica del aborto (35% de los embarazos no deseados)

A pesar de la cobertura de salud, "no se cuenta con información que permita establecer la demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos, ni con estudios que actualicen los datos contenidos en el Diagnóstico de Salud Reproductiva de MAC por parte de las mujeres, permitiendo comparar niveles educacionales, socioeconómicos y grupos de edad"[45].

3.2.1. Uso de Anticonceptivos.

La finalidad del Programa de Planificación Familiar, implementado en 1965 por el Gobierno de Eduardo Frei Montalva, fue disminuir la mortalidad por aborto. La Asociación Chilena de Protección de la Familia (APROFA) colaboró directamente con el Servicio Nacional de Salud de la época. Durante el régimen militar se continuó con una política que reconocía la obligación del Estado de crear condiciones para el ejercicio de la paternidad responsable, mediante la regulación de la fertilidad, culminando en 1977 con la firma de un convenio con APROFA para colaborar con actividades en beneficio de la salud de la madre y el bienestar familiar. Sin embargo, en 1979 se suspendieron las actividades de educación sobre anticonceptivos, aunque continuó su entrega a través de los en establecimientos de salud. En los 90 el tema de los derechos reproductivos está entre las actividades del MINSAL, pero no se han recuperado las actividades de promoción.

[45] Idem, p. 15-16.

CEME - Centro de Estudios Miguel Enríquez - Archivo Chile

Usuarias en el programa responsable en el Servicio Nacional de Salud, por método. 1990-1997[46]

Método	1990	1994	1997
Dispositivos intrauterinos	449.260	521.272	580.360
Anovulatorios	146.346	176.159	220.734
Otros	12.661	18.303	22.087
Total Usuarias SNSS	**608.267**	**715.734**	**823.181**
Total mujeres 15-44 años	3.189.517	3.360.132	3.467.657
Porcentaje de usuarias	**19,1**	**21,3**	**23,7**

Fuente: Anuario de Atenciones y recursos 1996, MINSAL
Base de Datos SERNAM, MINSAL

Si bien en Chile el control de la fecundidad con métodos contraceptivos reversibles se ha generalizado, las cifras indican que la tasa de usuarias de MAC era aproximadamente de un 2% en 1967, ascendiendo considerablemente hasta 1976 para luego estabilizarse en un 20% aproximadamente. En 1995 el MINSAL reportó que el 20% de la población asignada de mujeres en edad fértil estaba en el programa de paternidad responsable.

Las estadísticas de planificación familiar están incompletas debido a la ausencia de un sistema nacional de información que incluya el servicio privado de salud, la venta de anticonceptivos a través de farmacias, encuestas de población y seguimiento de las usuarias.

Las actividades de PF y la administración MAC son coordinadas por el Programa de Salud de la Mujer del Departamento de Programas de las Personas del Ministerio de Salud. Sus acciones se focalizan hacia mujeres en edad fértil (15 a 49 años) quienes representan el 25% de la población total del país.

Hasta 1992, los MAC eran proporcionados por la Agencia Internacional para el Desarrollo de Estados Unidos (AID), Desde entonces son suministrados por el Estado a través de los Servicios de Salud los cuales realizan diagnósticos de necesidad. Pese a ello aún son muy pocos los Servicios que disponen de una oferta mayor a tres métodos[47]. En la mayoría de los consultorios de atención primaria éstos son el dispositivo intrauterino (DIU) con la T de Cobre 380, pastillas combinadas y condones. Algunos Servicios disponen además de pastillas de progestágenos puros usadas generalmente por las mujeres durante la lactancia.

[46] SERNAM. Informe del Gobierno de Chile sobre el cumplimiento de los compromisos contraídos en la Cuarta Conferencia Mundial de la Mujer, Igualdad, Desarrollo y Paz, Beijing, 1995. Santiago, 2000. pág. 35
[47] Organizaciones que trabajan en el seguimiento internacional de políticas de salud sexual y reproductiva establecen que una oferta amplia de anticoncepción es equivalente a 8 MAC.

CEME - Centro de Estudios Miguel Enríquez - Archivo Chile

Un estudio realizado por el Instituto Chileno de Medicina Reproductiva (ICMER)[48] en dos consultorios públicos, encontró que de 180 ingresos a un MAC, 63% correspondieron a dispositivo intrauterino, 33% a pastillas y 4% a condones. En la Encuesta de Fecundidad realizada por APROFA/CERC, el 50.9% usaba un dispositivo intrauterino, el 23.6% la píldora, 10% otros métodos y el 15.5% estaba esterilizada. En un 98,8%, las atenciones por MAC son realizadas por matronas. Actualmente el Código Sanitario autoriza a esta profesional a prescribir medicamentos hormonales.

Según la encuesta CERC/APROFA[49], un 55,6% de las mujeres urbanas encuestadas y un 53,6% de las mujeres rurales usan algún MAC para regular su fecundidad. "Considerando la edad de las mujeres usuarias de anticonceptivos(...)las solteras se encuentran menos protegidas que las mujeres casadas y convivientes. En la zona urbana las estudiantes se protegen menos, en la zona rural en tanto, son las jubiladas y dueñas de casas quienes aparecen con menos uso de anticonceptivos"[50].

Según datos del MINSAL en el primer semestre de 1996, el total de ingresos a un método anticonceptivo se distribuyó en 58.14% a dispositivo intrauterino, 35.72% a hormonales y 6.14% a otros métodos[51].

[48] ICMER/FONDECYT. Evaluación y mejoramiento de la calidad de atención en servicios de planificación familiar. Santiago, 1994-1996.
[49] Encuesta CERC/APROFA. Encuesta de fecundidad. Chile 1989-1990. En Boletín APROFA N° 12. Santiago, 1993.
[50] Información personal Laboratorio Silesia, Agosto 1998.
[51] MINSAL, 1996.

CEME - Centro de Estudios Miguel Enríquez - Archivo Chile

3.2.2. Anticoncepción de Emergencia

Se trata de métodos ampliamente usados en la mayoría de los países del mundo, especialmente después de una relación sexual desprotegida o en caso de violación. La OMS no ha señalado contraindicaciones pero considerarse como una alternativa de uso ocasional.

3.2.3. Esterilización

La esterilización es ampliamente usada en el mundo. Cabe destacar sin embargo, que en muchas sociedades la esterilización ha sido impuesta sin el consentimiento de las usuarias y en otros casos aparece como alternativa frente a una oferta insuficiente de MAC, restringiendo la libre decisión. La esterilización ha sido orientada hacia las mujeres. No existen programas y acciones de vasectomía en los servicios públicos, ni se cuenta con un diagnóstico sobre lo que ocurre en el sector privado.

a) Esterilización Quirúrgica Femenina

Según la resolución vigente 003 del Ministerio de Salud del 1 de Septiembre de 1975 "la esterilización no será considerada como actividad de regulación de fecundidad y sólo podrá practicarse por razones de orden médico". Si existieran otras causales médicas, no previstas en el decreto, podrían ser aceptadas por una comisión integrada por tres especialistas. Además, se debe contar con la aprobación escrita de la mujer y su pareja.

En nuestro país la esterilización no es un MAC de fácil acceso para las usuarias del sistema de salud pública. En los servicios privados, la esterilización no está sujeta a la autoridad sanitaria,y para realizarla sólo basta el acuerdo entre la usuaria y el médico tratante, lo que implica que la población de más recursos tiene mayores posibilidades de ejercer sus derechos sexuales y reproductivos.

Las estadísticas disponibles sobre esterilización son escasas. Según la encuesta APROFA/CERC (1989 y 1990), un 10.4% de las mujeres urbanas y un 16.6% de las mujeres rurales estaba esterilizada por ligadura tubaria. El mayor porcentaje de mujeres esterilizadas tenía entre 40 y 44 años, tanto en la población urbana como rural, la mayoría de las mujeres era casada en el sector urbano (13.5%) y separada o viuda en el sector rural (30%). Las mujeres de nivel socioeconómico alto estaban esterilizadas en un mayor porcentaje que las de niveles socioeconómicos más bajos urbanos y rurales.

La información registrada por el MINSAL indica que en 1996 se realizaron 13.674 esterilizaciones femeninas en todos los Servicios de Salud del país, de las cuales un 95.3% fueron por causas gineco-obstétricas y sólo un 4.6% por causas médicas. Más del 80% del total de las mujeres esterilizadas tenían 30 años y más[52]. En resumen, las

[52] Casas, L. y Solimano, G. Esterilización voluntaria. Antecedentes seleccioandos. Documetnos CORSAPS. Santiago, 1998.

CEME - Centro de Estudios Miguel Enríquez - Archivo Chile

limitaciones legales que se imponen en nuestro país a la esterilización quirúrgica femenina, expresan desigualdades de género.

CEME - Centro de Estudios Miguel Enríquez - Archivo Chile

b) Esterilización Química

Conviene tratar de manera particular la introducción de la esterilización química en Chile a través de la quinacrina. La quinacrina es una substancia química administrada en cápsulas o gránulos que se insertan en el útero a través del canal cervical. Ella produce inflamación y fibrosis obstruyendo el orificio de las trompas de Falopio. El DR. Jaime Zipper desarrolla esta investigación desde los años 70 en tres hospitales. Los casos totales de 1979 a 1999 son de 2.700 procedimientos efectuados en el Hospital San José, Sotero del Río de Santiago y Regional de Valdivia[53]. Con todo, las estimaciones de un centro de estudios norteamericano que suministró los pellets señalan que las esterilizaciones alcanzarían a 5 mil[54]

La quinacrina ha sido usada en mujeres chilenas pese a las recomendaciones contrarias señaladas por organismos internacionales. Por otra parte, la mayoría de las mujeres que participaron en esta investigación desconocían el carácter experimental del método[55].

Para sus investigadores y el MINSAL, la quinacrina es atractiva porque es un método barato que se aplica en forma ambulatoria. Sin embargo, desde el punto de vista de los derechos sexuales y reproductivos es importante que los resultados de las investigaciones, tanto de estudios clínicos como toxicológicos, aseguren su inocuidad.

En este sentido la OMS ha recomendado realizar mas pruebas in vitro y en vivo. Por su parte el Instituto de Salud Pública prohibió su uso ya que los antecedentes científicos disponibles no permiten conocer sus efectos secundarios[56].

En la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, El Cairo '94 y posteriormente en la IV Conferencia Internacional sobre la Mujer, Beijing '95, se estableció que la esterilización voluntaria descansa sobre el derecho individual a regular la fecundidad. Lo mismo es pertinente para las investigaciones. De hecho, en uno de los acuerdos de la Conferencia de El Cairo se estableció que:

"Todas las investigaciones sobre productos de regulación de la fecundidad y de salud sexual y reproductiva deben realizarse teniendo en cuenta las normas éticas y técnicas aceptadas y las condiciones culturales de investigación biomédica. Es preciso prestar especial atención a la supervisión de los anticonceptivos y sus efectos secundarios. En todas las fases del proceso de investigación deben tenerse en cuenta los puntos de vista de los usuarios, en particular de las mujeres y de las organizaciones femeninas" (capítulo XII. Tecnología, Investigación y Desarrollo, párrafo 12, 16).

[53] Antecedentes proyecto investigación esterilización femenina voluntaria con pellets endouterino de quinacrina, MINSAL 14 de octubre, 1999.
[54] The Center for Research an Security. Mr. Mundford's organization. CIA World Factbook 1997-98. OMS
[55] ICMER/CORSAPS. Quinacrina: Esterilización química en la mujer. Antecedentes seleccionados. Santiago, 1998.
[56] The World Street Journal. 10 julio 1998.

CEME - Centro de Estudios Miguel Enríquez - Archivo Chile

El uso de la quinacrina como método de esterilización femenina ha puesto en evidencia la necesidad de revisar los actuales programas de salud de las mujeres y de MAC.

CEME - Centro de Estudios Miguel Enríquez - Archivo Chile

3.2.4. Reproducción asistida

La información sobre reproducción asistida es escasa. La Unidad de Análisis del Departamento de Coordinación e Informática del MINSAL señala no disponer de información estadística sobre este tema. Según datos de la Red Latinoamericana de Reproducción Asistida de 1997, en Chile existen 6 centros que reportan datos respecto al número de procedimientos efectuados. Estos centros son: Unidad de Medicina Reproductiva Clínica Reñaca, Viña del mar; Programa de Fertilización Asistida I.D.I.M.I., Unidad de Medicina Reproductiva, Clínica Alemana, Unidad de Medicina Reproductiva, Clínica las Condes, Unidad de Medicina Reproductiva, Clínica Las Nieves en Santiago; Centro de Diagnóstico Sanatorio Alemán en Concepción. El año 1997 reportaron 656 procedimientos.

3.3. Morbimortalidad Materna.

Desde hace tres décadas la morbimortalidad materna ha descendido. No obstante, las cifras son aún excesivas respecto de lo que debiera ser la realidad en un país con un crecimiento económico importante y una óptima cobertura de atención prenatal y de parto intrahospitalario. Este déficit aparece más claro cuando se consideran las cifras de países desarrollados y el acceso a los avances de la tecnología.

En la mayoría de las muertes por aborto (12 en 1997), alrededor de 2/3, ocurren por otras causales, entre las cuales se ha evidenciado una discreta alza en las muertes en el período de puerperio, lo que constituye una señal de alarma para las instituciones de salud. Las muertes maternas indican, que además de las insuficiencias en el acceso a la atención y la calidad de la misma, coexisten desigualdades de género, clase, etnia, territorio y edad.

Muerte Materna según edad. Chile 1994 – 1998

DAD	1994		1995		1996		1997		1998	
	N°	TASA	N°	TASA	N°	TASA	N°	TASA	N°	TASA
< 15	0	0	1	0.96	0	0.0	0	0.0	0	0.0
15 – 19	7	0.18	5	0.13	7	0.18	3	0.07	3	0.07
20 – 34	47	0.23	51	0.26	37	0.19	45	0.24	35	0.19
> 35	19	0.59	29	0.88	19	0.56	13	0.37	17	0.48
TOTAL	73	0.25	86	0.31	63	0.23	61	0.22	55	0.20

Tasa por mil Nacidos Vivos. Programa Salud de la Mujer.
Fuente: Anuarios de Demografía INE.

3.3.1. Morbimortalidad por Aborto

CEME - Centro de Estudios Miguel Enríquez - Archivo Chile

El aborto inducido es un problema de salud pública puesto que constituye una de las primeras causas de muerte materna. Además de ser un problema de salud, colectivo e individual, se trata de un asunto de derechos humanos que involucra aspectos valóricos, psicológicos, sociales, legales, políticos y económicos. En Chile existe una prohibición absoluta del aborto, pues no se permite ni siquiera en los casos en que la vida de la mujer corre peligro. A pesar de ello, más de un tercio de los embarazos (35%) terminan en abortos realizados en clandestinidad constituyendo un riesgo para la salud y vida de las mujeres.

Las razones de un aborto son múltiples. Los métodos a los cuales recurren las mujeres difieren según el estrato socioeconómico. Las más pobres recurren a maniobras abortivas de bajo costo y al riesgo por lo que la ley actúa permanentemente sobre ellas.

Estudios recientes sobre la incidencia del aborto inducido, indican que Chile tiene una de las tasas más altas de América Latina. Las estimaciones del número de abortos clandestinos que se practican anualmente en el país son de 159.650, con una tasa anual de 4.5 abortos por cada 100 mujeres de 15 a 49 años (The Alan Guttmacher Institute, 1994). Otros investigadores informan 150.000 (Viel B, 1990) y 200.000 (Requena M, 1990). Según el Informe Guttmacher, de 451.800 embarazos 35% terminaron en un aborto inducido. La principal causa de muerte materna la constituye el aborto, con una tasa de 9 por 100.000 nacidos vivos[57]. Según datos de APROFA, en Chile se realizan 160 mil abortos clandestinos, de los cuales cerca del 9% corresponden a adolescentes[58].

Los egresos hospitalarios por aborto en los servicios de salud públicos y privados del país en 1993 fueron 32.621, con una tasa de 112.3 por 1.000 nacidos vivos. Si se contabilizan sólo los abortos atendidos en SNS el número es de 26.011 en 1993 y de 23.024 en 1995[59]. Según Guttmacher esta cifra llegó a 44.470 en 1990 y el número ajustado para excluir los abortos espontáneos fue de 31.930. Se calcula que una de cada cuatro mujeres requieren hospitalización después de un aborto[60].

Tasas de egreso hospitalario por aborto atendidos por Servicios de Salud y Clínicas Particulares. Tasas por 1.000 nacidos vivos.

Año	Tasas por 1.000 nacidos vivos
1990	118,8
1993	112,3
1995	103,5

Fuente: Departamento de Informática MINSAL.

[57] MINSAL, 1995.
[58] APROFA, junio 2000.
[59] MINSAL
[60] The Alan Guttmacher Institute. Aborto clandestino: una realidad latinoamericana. New York, 1994.

CEME - Centro de Estudios Miguel Enríquez - Archivo Chile

Existe una proporción desconocida de mujeres que no requieren hospitalización. Para el MINSAL, del total de abortos, un tercio son espontáneos y 2 tercios son provocados. Según el Informe Guttmacher, del 100% de las mujeres que sufren aborto inducido, 31% presentan complicaciones y 24% se hospitalizan. Otros investigadores reportan que por cada hospitalización por aborto complicado existen dos casos más sobre los cuales no se sabe nada[61] y que sólo se hospitalizaría el 42%[62] o el 38% [63].

El tratamiento médico de las mujeres con complicaciones por aborto tiene un costo económico importante para los sistemas nacionales de salud. Se requiere hospitalización, intervención quirúrgica, antibióticos, anestesia y transfusiones de sangre. Chile ha sido uno de los países pioneros en el estudio de los costos financieros del aborto. Las investigaciones realizadas en la década del sesenta demostraron que el tratamiento de las complicaciones del aborto clandestino agotaba los recursos económicos y de sangre, siendo este uno de los factores que determinó el inicio del programa de planificación familiar en el país. Más recientemente, otro estudio encontró que las mujeres que acuden a los servicios de salud por complicaciones derivadas del aborto requieren entre 2.6 y 5 días de hospitalización y que el costo económico nacional para el tratamiento de estas complicaciones es de 15 millones de dólares al año[64].

El ingreso al sistema público de salud por abortos con complicaciones se ve dificultado por normativas internas de varios establecimientos hospitalarios, que obligan al personal a ejercer una función represiva ajena a la práctica médica. Estas consisten en denunciar a las mujeres que acuden en estado grave. El 80% de las denuncias a la policía provienen e establecimientos hospitalarios.Un gran número quedan sin defensa en los tribunales. La criminalización, los tratos vejatorios y los tiempos de reclusión representan costos afectivos, morales, económicos, sociales y violaciones a los derechos humanos que no sólo repercuten sobre las mujeres, convalescientes o con secuelas biomédicas, sino también sobre sus familias.

Estas normativas represivas son incoherentes con la función sanitaria y con la calidad de atención requeridas por la comunidad internacional para la atención del aborto complicado.

M.E.F. Protegidas % Usuarias C/anticonceptivos,
Mortalidad Materna, Mortalidad Materna por Aborto
Chile 1951 - 1998

Años	Mort.Materna	Mort.Aborto	M.E.F. protegidas % usuarias c/anticonceptivos
1951	32.5	6.3	-
1955	27.6	7.8	-

[61] Viel, B., 1975
[62] Medina y Kaempfer, 1978
[63] Molina y col., 1981.
[64] Lavin, P., 1994.

CEME - Centro de Estudios Miguel Enríquez - Archivo Chile

1960	29.9	10.7	-
1965	27.9	9.9	6
1970	16.8	7.1	13.7
1975	13.1	4.8	23.7
1980	7.3	2.8	26.7
1985	5.0	1.3	23.6
1990	4.0	0.7	17.3
1995	3.1	0.7	19.9
1998	2.0	0.5	22.5

Tasa por 10.000 Nacidos Vivos
Fuente: Anuarios INE Depto. Coordinación e Informática Programa Salud de la Mujer. Matrona Ana Ayala G.

Según el cuadro anterior, a pesar de que las muertes por aborto siguen ocurriendo en Chile, éstas han disminuido. A la vez ha aumentado el porcentaje de usuarias que usan anticonceptivos.

En el informe del Gobierno de Chile sobre el cumplimiento de los compromisos contraídos en el IV Conferencia Mundial de la Mujer de Beijing 95, se plantea "el actual Gobierno se propone abordar integralmente desarrollando políticas intersectoriales de prevención del aborto, principalmente desde educación, salud y Servicio Nacional de La Mujer"[65].

3.3.2. Cáncer Cérvico Uterino

Algunos países de América Latina y el Caribe registran las tasas de incidencia más altas del mundo en cáncer cérvico uterino, ocasionando anualmente 25.000 muertes. En la mayoría de los países de la región, la mortalidad por este tipo de cáncer se ha mantenido estable en los últimos 30 años y es más elevada entre las mujeres cuyo acceso a los servicios de salud es limitado.

El 60% de los casos de cáncer cervical invasivo afecta a mujeres entre los 35 y 60 años de edad. El cáncer cérvico uterino es una enfermedad prevenible y totalmente curable si se detecta precozmente.

En 1983, Chile se situó en el cuarto lugar en frecuencia de cáncer invasor del cuello uterino entre los países del continente americano (OMS, 1996). Se estima que en nuestro país, la incidencia de cáncer invasor del cuello uterino es de 30 por 100.000 mujeres al año[66].

[65] SERNAM. Informe del Gobierno de Chile sobre el Cumplimiento de los compromisos contraídos en la Cuarta Conferencia Mundial de la Mujer, Igualdad, Desarrollo y Paz, Beijing, 1995. Santiago, 2000.
[66] Mayerson, D. y col. Cáncer invasor del cuello uterino. En: ginecología. Pérez A. Santiago,1995.

CEME - Centro de Estudios Miguel Enríquez - Archivo Chile

En Chile, este tipo cáncer ocupa el cuarto lugar entre las muertes por cáncer en las mujeres, con 731 fallecimientos en 1995 y una tasa bruta de mortalidad de 10.2 por 100 mil mujeres. En las mujeres de 35 a 64 años, el cáncer cérvico uterino junto al cáncer de mama, representa el 40% de las muertes por cáncer.

La mortalidad en menores de 25 años es prácticamente inexistente. E riesgo de muerte se produce a partir de los 35 años. Esta patología ocupa el primer lugar entre las muertes de tumores malignos en la mujer de 30 a 54 años y más del 80% de las muertes se producen en mujeres entre 40 y 60 años.

De acuerdo al MINSAL el análisis de la morbilidad por cáncer cérvico uterino se dificulta por la falta de registros adecuados. Se estima que la incidencia anual de cáncer invasor es alrededor de 1500 casos nuevos. La mayor tasa de años de vida potencial perdidos por cáncer en la mujer corresponde al cáncer al cuello del útero (12 por 100.000)[67].

El MINSAL cuenta con un Programa de Pesquisa y Control de Cáncer de cuello uterino donde fundamentalmente se busca "disminuir la tasa de mortalidad y la tasa de incidencia por cáncer invasor a través de detectar la enfermedad en etapas pre-invasoras y tratarla oportunamente" [68].

Este programa cuenta con algunas estrategias entre las que se destaca la promoción educativa, comunicacional y comunitaria para incentivar la toma de PAP en el grupo de riesgo, es decir de mujeres de 25 a 64 años.

A pesar de que en el último quinquenio se ha producido una declinación de la curva de mortalidad por cáncer cérvicouterino, este ocupa el cuarto lugar entre las muertes por cáncer en las mujeres, indicando que las campañas de prevención no son exitosas. Esto se relacionaría con la postergación del autocuidado por parte de las mujeres.

3.3.3. Cáncer de Mama.

En Chile el 42% de los casos de tumores malignos en las mujeres de 35 a 59 años son evitables y alcanzan un 18%. Según datos del INE las defunciones por tumores malignos de la mama representaban el 2,7% con una tasa de 13,1 por 100.000 habitantes[69]. El cáncer de mama ocupa el segundo lugar en la tasa de años de vida potencial perdidos por cáncer (100 por 100.000).

En el total de egresos por cáncer femenino, los producidos por tumor maligno de mama ocupan el segundo lugar después de cáncer cérvico uterino.

[67] MINSAL: "Orientaciones para la pesquisa y control del cáncer de mama", 1998
[68] MINSAL. Orientaciones para la pesquisa y control del cáncer cervicouterino, 1998.
[69] INE, 1988

CEME - Centro de Estudios Miguel Enríquez - Archivo Chile

El 47% de las muertes por cáncer de mamas se producen en la Región Metropolitana, mientras que la Región del Bio-Bio con un 14,6% se ubica en segundo lugar. En el tercer lugar está Valparaíso con un 12%.

El MINSAL cuenta con el Programa de Pesquisa y Control de Cáncer de Mama cuyo objetivo es "disminuir la mortalidad por cáncer de mama a través del aumento de la pesquisa de cánceres en etapas I y II, realizando tratamientos adecuados y oportunos"[70].

3.4. Cáncer de Próstata.

Respecto del cáncer de próstata el MINSAL entrega las siguientes cifras: en el año 1997, se registraron 1.126 muertes, equivalentes a una tasa de 15,56 por cien mil habitantes. En el año 1998 se constata un aumento, puesto que el número de muertes es de 1.218 y una tasa de 16,60 por cien mil habitantes.

3.5. La Menopausia en Chile.

En todos los países las mujeres viven mas años que los hombres. La vejez tiene en la mayoría de las sociedades, tanto para hombres y mujeres una connotación negativa que se traduce en marginación, aislamiento y discriminación. Esta marginación es mucho más marcada en las mujeres.

El hecho de que las mujeres vivan entre 20 a 30 años después de los 50 años, junto con la incorporación de las mujeres al mercado laboral y los cambios que ha tenido la estructura familiar en los últimos años, crea una serie de nuevos problemas. Se requieren programas de salud que garanticen el bienestar físico, mental y emocional de las mujeres en la menopausia y en la vejez, así como una seguridad social que les permita vivir con dignidad.

La menopausia es un tema silenciado y desconocido por lo que se acepta fácilmente su medicalización. En Chile la intervención médica en el tratamiento de la menopausia se ha hecho cada vez mas frecuente a través de la Terapia de Reemplazo de Estrógeno y Progesterona. En general no se informa a las mujeres de la existencia de terapias alternativas que pueden ayudar a sobrellevar las molestias de este período sin recurrir a tratamientos hormonales.

La Terapia de Reemplazo Hormonal aunque puede beneficiar a muchas mujeres significa riesgos para la salud. Estos se relacionan con: el incremento del riesgo de enfermedad cardíaca y embolia; incremento del riesgo de cáncer de mama; incremento del riesgo de enfermedad biliar; crecimiento acelerado de fibromas uterinos; mayores procedimientos médicos y gastos; dependencia en las hormonas; continuación o reanudación de los

[70] MINSAL Orientaciones para la pesquiza y control del cáncer de mama. 1998. pág. 15.

CEME - Centro de Estudios Miguel Enríquez - Archivo Chile

períodos en mujeres que no han sufrido histerectomías[71].

El Programa de Salud de la Mujer del MINSAL se propone asumir la salud de la mujer desde una perspectiva integral y plantea incorporar a la atención todo su ciclo vital. Es así como existe consulta especializada en materia de climaterio, incorporando un modelo de atención específica que se espera implementar en forma masiva. Su objetivo es prevenir y detectar las patologías más frecuentes en este período del ciclo vital de la mujer.

Sin embargo, es un hecho que existe una gran desprotección de las mujeres adultas mayores ya que en el plano de la salud su acceso no está garantizado para todas, los planes del sistema privado de atención en salud son muchas veces inaccesibles.

3.6. La Calidad de la Atención en Salud Sexual y Reproductiva.

Los estudios sobre calidad de atención y género en servicios de salud reproductiva y planificación familiar en Chile, son escasos y recientes. Se constata que los avances en los indicadores biomédicos no van acompañados del incremento de la calidad de atención desde una perspectiva de género. Existen muchas carencias en los distintos niveles y estamentos, como gestión en salud, infraestructura, recursos materiales y humanos y relaciones interpersonales. Además, no se incorpora la satisfacción de necesidades y el ejercicio de derechos de las y los usuarias/os. Si bien el Programa de Salud de la Mujer ha incorporado la Consejería de Salud Sexual y Reproductiva PF y MAC, su cobertura en el 1er semestre de 1998 sólo alcanzó a 29.841 consejerías[72].
En un estudio realizado por ICMER[73], utilizando metodología cualitativa y cuantitativa para evaluar la calidad de atención en dos servicios públicos de planificación familiar, las matronas entrevistadas refirieron que los factores que dificultaban la calidad de atención eran: infraestructura en mal estado; materiales e insumos escasos; poca variedad de MAC; atender con sobrecarga asistencial; tener evaluaciones centradas en la cantidad, no en la calidad; incorporación insuficiente de temas prioritarios en la atención (ejemplo: sexualidad); y dificultades en motivar al personal del equipo de salud.

Al observar la atención provista por las matronas, se observó en general una relación de respeto y calidez con las usuarias, pero en muy pocas atenciones las profesionales indagaron sobre los conocimientos, mitos o miedos que las usuarias tenían acerca de los MAC, ni acerca de sus características de vida. No se realizaron actividades educativas grupales, las orientaciones individuales contenían escasa información sobre los métodos y pocas se utilizó material de apoyo audiovisual. También se observó una actitud "maternalista" por parte de las proveedoras, con escasa participación de las usuarias en la elección del método.

---

[71] Ourselves, Growing Older, citado en RSMLC, 1/93.
[72] Información Programa Salud de la Mujer y de la Prioridad Nacional de Salud Reproductiva y Sexual. MINSAL, 1998.
[73] ICEMR/FONDECYT, 1997.

CEME - Centro de Estudios Miguel Enríquez - Archivo Chile

Algunas profesionales tenían conocimientos desactualizados y/o incorrectos sobre contraindicaciones, efectos secundarios y eficacia de los métodos.

En esta investigación se realizó también la revisión de 180 fichas clínicas, constatándose que más de la mitad (63%) de todos los ingresos a un MAC correspondían a dispositivos intrauterinos (DIU). Un 14% de las usuarias asistió sólo a la visita en que inicia el método, un 52% de ellas discontinuó el método o el seguimiento en el primer año. Hubo una pérdida elevada de seguimiento en un consultorio (50%) y baja en otro (10%) durante el primer año. Las usuarias de DIU y pastillas tuvieron un promedio de controles similares, 3.3 y 3.6 respectivamente en el primer año de seguimiento[74].

Otro estudio que evaluó la calidad de atención en salud reproductiva en 3 hospitales y 4 consultorios del área occidente de Santiago[75] entre 1993 y 1995, mostró que: las usuarias tenían obstáculos para acceder a la atención, tales como la distancia, y el costo monetario; el tiempo de espera era prolongado; había ineficiencia en el sistema de referencia y contrareferencia; y habían condiciones de infraestructura, señalización, higiene y confort deficientes en los establecimientos estudiados.

Las usuarias percibían a las y las profesionales como técnicamente seguros, pero distantes y apresurados; a los estamentos administrativos y paramédicos como responsables del mal trato; y a las matronas como las prestadoras que más las apoyaban.

El nivel de expectativas de las usuarias en relación a la atención era bajo, y las normas administrativas eran rígidas, no ajustándose a la vida cotidiana, carentes de humanidad y algunas susceptibles de ser violadas mediante pagos en dinero, especialmente en lo referente a acompañamiento y visitas en la atención del parto, puerperio y cáncer cérvico uterino.
Se apreció en las y los prestadoras/es una actitud defensiva bastante generalizada, tendientes a colocar barreras a la incorporación del entorno familiar de las mujeres usuarias. También se observó ausencia de potenciación de decisiones informadas y empoderamiento de las mujeres; delegación de la responsabilidad de la anticoncepción sólo en la mujeres; ausencia de información indispensable; e instancias educativas prácticamente inexistentes o inadecuadas .

En una investigación (1992), acerca de la percepción, sentido y significado de la maternidad, el postparto y la lactancia, en mujeres de sectores populares de la comuna de Conchalí[76] se constató que la percepción de las usuarias sobre las relaciones con el personal de salud eran negativas, destacando el vínculo entre conocimiento y poder

[74] Idem.
[75] Matamala, M. I. et al. Calidad de atención y Género.¿Salud reproductiva de las mujeres?. Santiago, 1995.
[76] Lopez, S. et al. Percepción de la calidad de atención en salud de un grupo de mujeres de sectores populares. En: Realidades y desafíos de mujeres que trabajan en salud reproductiva.Santiago, 1992.

CEME - Centro de Estudios Miguel Enríquez - Archivo Chile

como déficit central. Las mujeres referían que el personal de salud se consideraba con autoridad, por el hecho de haber realizado estudios, para retarlas o enojarse con ellas cuando les parecía que habían sido descuidadas o que no habían cumplido con alguna indicación. Frente a esto se sentían maltratadas y se auto percibían como "ignorantes". Las mujeres declararon que la actitud del personal de salud las hacía sentir con: miedo a ser rechazadas y a molestar si preguntaban algo; ser consideradas "simples" e incapaces de comprender muchas cosas, a veces sin comprobarlo; responsables frente a cualquier problema que se presentara; temor a que la ausencia de diálogo con el personal de salud redundara en consecuencias graves o negativas para ellas o sus hijos/as.

Las usuarias refirieron también que el tiempo que les dedicaban era escaso, la atención descuidada y que en los consultorios eran percibidas como desocupadas u ociosas. Las hacen esperar mucho tiempo en la sala de espera ocasionando diversos problemas, ya que la mayoría de ellas trabajaban remuneradamente fuera o dentro de su casa. Las usuarias entrevistadas en este estudio enfatizaron que lo más importante era recibir un "buen trato"; que los servicios estén limpios y la atención sea puntual; que el personal de salud les de información y orientación que responda a sus reales intereses y necesidades y que se mejore la infraestructura de consultorios y hospitales.

Según un estudio[77] de 1995, la mujer pobladora accede a los servicios de salud no como sujeto autónomo de derecho a la salud, sino en tanto madre y mediadora de la salud de la familia. "Entre los problemas que ofrece esta modalidad de participación femenina en los servicios públicos destaca(...)que requiere mujeres en su casa a tiempo completo(...) Por ello se ha señalado que por esta vía se refuerza la división sexual de roles al igual que la pobreza femenina(...)las mujeres que trabajan remuneradamente no pueden acceder a estos servicios"[78].

El problema es que el consultorio aún sigue siendo visualizado como lugar de atención para las madres y tanto las jóvenes como las mujeres mayores no son percibidas como sujetos de prevención y atención.

Finalmente, los servicios no desempeñan un rol formador/educador que permita promover la autonomía de mujeres y hombres. Entre las razones evocadas por el personal de salud se encuentra normalmente la sobrecarga laboral.

3.6.1. Calidad de Atención y las Prestadoras Mujeres.

Aproximadamente el 70% del personal de salud son mujeres. Muchas de ellas desempeñan doble jornada laboral sufren estrés y múltiples manifestaciones de daño físico, psicológico y/o social. Toleran condiciones de trabajo inadecuadas caracterizadas por una sobrecarga asistencial y bajas remuneraciones. Soportan esta situación bajo el discurso social que invoca su abnegación y sacrificio.

[77] Provoste, P., 1997.
[78] Idem.

CEME - Centro de Estudios Miguel Enríquez - Archivo Chile

Su ausencia de poder en el mundo del trabajo muchas veces lo ejercen con las usuarias, haciendo valer su condición de pertenecer a una institución de salud.

La formación académica en el área biomédica también refuerza la inequidad de género. Los aspectos socioculturales y psicológicos de la salud no se incorporan eficientemente en los curriculum de las escuelas que forman a los profesionales de salud. La ausencia del enfoque de género impide ponderar el impacto de las desigualdades en la salud de las mujeres.

CEME - Centro de Estudios Miguel Enríquez - Archivo Chile

PARTE II: JUSTIFICACION POLITICA Y ETICA DEL PROYECTO DE LEY MARCO

1. INTRODUCCION

El proceso de construcción del proyecto de ley sobre Derechos Sexuales y Reproductivos implica plantearse ¿por qué necesitamos un proyecto de ley en el ámbito de los derechos sexuales y reproductivos? ¿cuál es su justificación política y ética?

Existen a lo menos cuatro niveles que dan respuesta a la necesidad de un Proyecto de Ley en la perspectiva de su justificación política y ética:

1. Un nivel de diagnóstico, que identifica transformaciones culturales y sociales expresadas a través de comportamientos, cuya invisibilidad social e institucional genera carencias y sufrimientos. Este nivel se expresó ampliamente en la primera parte de este documento.

2. Un nivel jurídico, que permiten exigir del Estado y de las instituciones un deber de coherencia. Este deber se explícita a través de fundamentos y principios que sostienen la estructura jurídica del Estado chileno, así como respecto de tratados y acuerdos internacionales ratificados por éste en conferencias donde se promueven los Derechos Sexuales y Reproductivos. Este segundo nivel se encuentra presente en los Fundamentos Jurídicos y en el articulado del Proyecto de Ley.

3. Un nivel político, donde los Estados contemporáneos cada vez más consideradan la participación ciudadana como elemento prioritario para la constitución de la vida comunitaria. En consecuencia, la ciudadanía se mantiene y profundiza por medio de la construcción de Derechos.

4. Un nivel discursivo, donde las reflexiones y referencias permiten conectar los comportamientos individuales con hechos sociales e intersubjetivos, a saber: libertad, autonomía, igualdad/equidad y empoderamiento. Estos conceptos constituyen vehículos a través de los cuales se reconocen experiencias vitales que conectan la lógica de la ciudadanía con la ética.

A continuación desarrollaremos los dos últimos niveles que dan cuenta de la justificación política y ética.

CEME - Centro de Estudios Miguel Enríquez - Archivo Chile

2. JUSTIFICACIÓN POLITICA

2.1. La Democracia y la Promoción de Derechos

Mayoritariamente los discursos sobre la política, en particular los de la filosofía política, buscan resolver el desafío provocado por su nacimiento. Este desafío se enuncia de forma simple: en el centro de toda vida política se anida un conflicto que puede destruir las comunidades.

Las democracias actuales proponen una serie de procedimientos para evitar los conflictos. Las sociedades se constituyen en función de una institución jurídica que asegura la igualdad de sus componentes respecto del goce de sus riquezas y los límites del poder. El Estado está presente en diferentes instancias que limitan y controlan su tendencia a la autonomización. Este mismo Estado se convierte en una instancia que preserva la igualdad. La comunidad se distribuye en segmentos visibles con el fin de reconocer sus necesidades y reivindicaciones; finalmente, se establecen procedimientos que aseguran la negociación y la elaboración de consensos entre los interlocutores y la sociedad en su conjunto.

La visibilización y aceptación de la identidad de los diferentes segmentos que componen cada comunidad se expresa a través de dos caminos: por un lado, el reconocimiento de actores sociales, dotados de derechos, de reivindicaciones y organizaciones, lo que constituye la base para los procesos de consenso; por el otro, se reconocen los derechos individuales, independientemente de toda funcionalidad social.

Los procedimientos democráticos tienen por objeto encauzar el conflicto, limitar su alcance y privilegiar la representatividad de los interlocutores.

En el marco de las democracias modernas la ciudadanía constituye el eje sobre el cual se mide su desarrollo y progreso. A través de éste es posible constatar el estado de igualdad de las personas que componen una comunidad, el respeto de las diferencias, la limitación de los poderes políticos, económicos y tecnocráticos y el respeto de los estatutos profesionales.

El desarrollo de la ciudadanía constituye un horizonte de esperanza y de posibilidades abiertas sobre la manera en que las personas esperan vivir su vida en el trabajo, en el consumo, la vivienda, la vida afectiva y sexual, el tiempo libre, etc.

Actualmente el concepto de ciudadanía puede definirse, en la perspectiva de Thomas Marshall, como él “derecho a tener derechos”. El concepto de ciudadanía implica, entoces:

a. La idea de autonomía: la ciudadanía sólo se puede desarrollar en una sociedad de personas.
b. Las personas tienen derechos civiles, políticos y sociales.

CEME - Centro de Estudios Miguel Enríquez - Archivo Chile

c. Un/una ciudadano/a con autonomía y derechos establece una particular relación con el Estado, el cual asegura los derechos constitucionales y las instancias organizativas e institucionales para ejercerlos.
d. El ejercicio de la ciudadanía implica un sentido de pertenencia a determinada comunidad, posibilitando que quienes la componen establezcan relaciones entre ellos y el Estado.

Durante siglos la noción de derechos ciudadanos se sostuvo por la buena voluntad del Estado. El vuelco fundamental se produce cuando los Derechos se convierten en parte constitutiva de la sociedad civil, la cual se concibe como origen y control del poder.

En realidad, los derechos en general constituyen el marco desde el cual se puede hablar de ciudadanía. La ciudadanía implica deberes y responsabilidades: no se ejerce en el vacío sino en el marco de instituciones concretas. Es un proceso de aprendizaje de las personas para ejercer derechos y deberes y es la creación de un marco institucional democrático que posibilite la construcción de una ciudadanía plena.

Finalmente, la ciudadanía y su profundización implican la aparición de una serie de nociones nuevas en la vida política como el derecho al bienestar, el acceso equitativo a la riqueza social, la posibilidad de optar y regular la vida social en su conjunto.

2.2. Vida Pública y Vida Privada

La construcción de derechos conecta la vida pública y privada. Esta relación, en la perspectiva de la ciudadanía, se explica esencialmente por dos razones: por un lado, el accionar de la mayor parte de las instituciones de la sociedad se vincula con la vida privada, piénsese, por ejemplo, en la educación de los/as niños/as, en las instituciones de salud y en las distintas formas que adopta actualmente el consumo.

La sexualidad es parte constitutiva de la vida de las personas. La sexualidad comprende un complejo de fenómenos biosocioculturales y síquicos que incluyen la afectividad de las personas, los grupos y las relaciones sociales, las instituciones, los lenguajes y los sistemas de representaciones.

Es evidente que la sexualidad, el placer como constitutivo de la subjetividad y la libertad para tomar decisiones, es parte de la ciudadanía si los Estados actuales aceptan nociones tales como bienestar y calidad de vida. Esto se justifica aún más cuando se constata que la sexualidad ha sido históricamente espacio de dominación, violencia y esclavitud.

Los Derechos Sexuales y Reproductivos buscan refundar la relación entre lo público y lo privado. Se trata de un cambio de paradigma en el campo de la vida sexual y reproductiva. A partir de los derechos sexuales y reproductivos las políticas de población y de fecundidad se desarrollan a través de la capacidad de regulación de las

CEME - Centro de Estudios Miguel Enríquez - Archivo Chile

personas. Las múltiples dimensiones de la sexualidad la sitúan en el plano de la vida pública y justifican, en el marco de la construcción de ciudadanía, la promulgación de un proyecto de ley sobre los Derechos Sexuales y Reproductivos.

Finalmente, la justificación política de los derechos sexuales y reproductivos se sostiene en la capacidad de regular, garantizar y promover espacios públicos adecuados para las permanentes transformaciones de los patrones culturales.

2.3. Conceptos que justifican el Proyecto Ley Marco

La lógica de la ciudadanía que caracteriza a la democracia se sostiene en una serie de conceptos que se constituyen en referencias que pueden ser objeto de reflexión y discusión. Estos conceptos permiten conectar los comportamientos individuales con los grandes relatos sociales, son fuente de reflexión de lo que acontece a cada persona y permiten el involucramiento de la ética.

Muchos los conceptos identificados en la construcción del Proyecto de Ley sobre los Derechos Sexuales y Reproductivos. Tres son fundamentales: libertad, autonomía e igualdad/equidad/ empoderamiento.

2.3.1. Libertad

La libertad se encuentra profundamente involucrada en los derechos sexuales y reproductivos en dos niveles decisivos. Por una lado, la sexualidad ha sido espacio de dominación y esclavitud a lo largo de la historia, expresión de una pérdida inaceptable de libertad en el campo de la intimidad y de la afectividad.

Esta ausencia ha permitido la violencia de género. el maltrato y el abuso sexual de menores, retardando una reacción social y comunitaria al respecto. Los derechos sexuales y reproductivos reivindican la exigencia de libertad en todos los ámbitos de la vida de las personas concebidas como ciudadanos/as.

Por otra parte, históricamente la libertad ha consistido en la capacidad de instaurar nuevos comienzos en la vida individual y colectiva. La libertad permite el nacimiento de acciones creativas que instauran nuevas condiciones de existencia para la justicia social e individual.

Preservar la libertad en el ámbito de la sexualidad y de la afectividad es equivalente a conferir a la subjetividad de cada persona, la posibilidad de un accionar responsable, voluntario y creativo en el ámbito de los comportamientos sexuales y afectivos.

2.3.2. Autonomía

CEME - Centro de Estudios Miguel Enríquez - Archivo Chile

La noción de autonomía ha sido objeto de múltiples publicaciones y reflexiones. Se define la autonomía como la capacidad que tiene cada persona para adoptar normas, reglas y criterios que permiten la construcción de una voluntad individual, expresada en múltiples comportamientos y respetuosa de la autonomía de las otras personas.

La autonomía no quiere decir ni autarquía, ni rechazo de toda trascendencia, ni un dominio total de la vida psíquica. Nacemos y vivimos en medio de otros, en una sociedad que no hemos elegido, en un medio lingüístico, en una cultura específica.

En el campo de los Derechos Sexuales y Reproductivos la noción de autonomía es central. Ella manifiesta la decisión y la voluntad de acompañar el conjunto de procesos que se desprenden de la vida sexual y afectiva sin olvidar la propia biografía, el respeto de los/las otros/as y la exigencia de derechos que aseguren el adecuado desarrollo de la vida individual.
La autonomía es la posibilidad para que a cada persona se les reconozcan sus derechos, sin renunciar a la propia identidad, a sus deseos y proyectos. Es a partir de esta noción que podemos relacionar la ética, los derechos y el sujeto. La noción de sujeto en el contexto de la autonomía, se refiere a aquel que es capaz de tomarse a sí mismo como objeto de reflexión y comportarse en coherencia.

2.3.3. Igualdad/ Equidad/ Empoderamiento

Es posible afirmar que las nociones de igualdad/equidad/empoderamiento son parte de un mismo proceso.

La igualdad/equidad cuando se promueve por medio de derechos hace visible el espacio legítimamente ocupado por cada persona. La visibilidad permite y posibilita el empoderamiento. A través de éste las personas se apropian de su realidad social convirtiéndose en actores.

En muchos casos la construcción de nuevos derechos es precedida por el empoderamiento. Esto acontece sobretodo cuando los nuevos derechos encuentran dificultades para ser consagrados puesto que surgen oposiciones y resistencias. En estos casos el empoderamiento no sólo precede los derechos sino que debe perdurar después que estos han sido promulgados.

La igualdad en el campo de los Derechos Sexuales y Reproductivos precisa el empoderamiento y la capacidad de asumirse de forma autónoma. Este empoderamiento es aún más importante cuando abordamos el amplio tema de la supresión de la desigualdad de género.

La relación entre perspectiva de género y Derechos Sexuales y Reproductivos introduce estos derechos en el ámbito de la igualdad de género, de la autonomía de las personas respecto de los estereotipos sociales, de la promoción y del reconocimiento de las diferencias.

CEME - Centro de Estudios Miguel Enríquez - Archivo Chile

Las dificultad de la igualdad/equidad de género es que supone un tipo de igualdad que impone el reconocimiento y la aceptación de la diferencia. De ahí la íntima relación entre igualdad/equidad y empoderamiento.

3. JUSTIFICACION ÉTICA

Habitualmente la ética se enuncia a través de principios, pero su presencia en el mundo social e individual se expresa a través de la capacidad de discusión y diálogo, de apropiación y traducción de estos principios a los problemas concretos de las personas. La ética que esconde e ignora el contenido de los problemas y las circunstancias de las vidas individuales es un freno a la autonomía, a la construcción de derechos y a la profundización de la ciudadanía.

La justificación ética de este Proyecto de Ley amerita una distinción entre interpretación y apropiación. La interpretación está presente en toda actividad de la vida y en particular en la construcción de ciencias y saberes. Pero la ética es algo más que la interpretación. Es la capacidad de apropiarse de las interpretaciones en el marco de la propia vida y de la corporalidad. Esta apropiación genera una nueva capacidad de interpretación, atenta a las realidades individuales profundas.
La justificación ética de este proyecto se concentra en dos aspectos específicos:

En primer lugar, a través de la necesidad de volver visibles comportamientos, decisiones y opciones que se expresan en el ámbito de los Derechos Sexuales y Reproductivos. Su invisibilidad impide la reflexión y la evaluación ética de las prácticas en el campo de la sexualidad y afectividad. El reconocimiento, evaluación y reflexión de estos comportamientos son esenciales para la profundización de la ciudadanía que se expresa en función de nociones como bienestar, calidad de vida, acceso equitativo a la riqueza social, posibilidad de opción, de regulación y de responsabilidad individual y colectiva.

En segundo lugar, la ética que se desarrolla en el ámbito del sujeto y de la subjetividad permitiendo la apropiación individual de los derechos que se desprenden de la ciudadanía, corregir y enriquecer estos derechos en función de la experiencia personal.

Al respecto, los Derechos Sexuales y Reproductivos manifiestan una nueva manera de comprender la ciudadanía y la democracia de las diferencias. Este tipo de democracia se manifiesta como un gran progreso respecto de formas políticas anteriores, puesto que estos derechos permiten la existencia de comunidades que al ser capaces de convivir con la diferencia incorporan los nuevos patrones culturales sobre sexualidad y afectividad.

Diferencia y subjetividad son fuente de reflexión esencial del campo de la ética. En este sentido, los Derechos Sexuales y Reproductivos abren la posibilidad de vivir la propia

CEME - Centro de Estudios Miguel Enríquez - Archivo Chile

sexualidad protegida por la información y el acceso a servicios, pero también como un espacio de subjetividad profunda en conexión con otras realidades.

Finalmente, la ética nos plantea un desafío que sobrepasa a los Derechos Sexuales y Reproductivos, esto es construir discursos, generar reflexiones que tengan por objeto dar cuenta de la vidas cotidian, en lugar de construir modos que terminan por esclavizar, ignorar y despreciar los comportamientos más íntimos y vitales.

CEME - Centro de Estudios Miguel Enríquez - Archivo Chile

PARTE III: FUNDAMENTACIÓN JURIDICA DEL PROYECTO DE LEY MARCO

1. SINTESIS HISTORICA DE LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS

Los Derechos Humanos constituyen el marco general en el cual se construye la noción de Derechos Sexuales y Reproductivos. En consecuencia el presente Proyecto de Ley es una iniciativa que complementa los enunciados del artículo 5° de la Constitución Política del Estado.

Los Derechos Sexuales y Reproductivos son un reflejo del carácter progresivo de los Derechos Humanos. Estos últimos no se agotan en un catálogo determinado, pues están incluidos todos aquellos que pertenecen a todas las personas, por el solo hecho de ser tales.

Los Derechos Humanos responden al desarrollo de las sociedades, al reconocimiento que los Estados han transgredido derechos fundamentales y que la comunidad internacional tiene la responsabilidad de asentar una cultura de respeto y promoción de ellos.

En la década del 50 y especialmente durante los años 60, se origina una creciente preocupación por los temas de población y desarrollo por parte de los países más ricos. En especial respecto de la pobreza y el elevado crecimiento poblacional en los países denominados subdesarrollados. A fin de preservar los equilibrios político-económicos de la postguerra e impedir que el aumento de la población empobrecida se convirtiera en fuente de inestabilidad política, se desplegaron esfuerzos para influir en los comportamientos reproductivos de las personas en estos países. Unido al apoyo económico, se implementan, con mayor o menor eficacia, políticas y programas de Planificación Familiar o Paternidad Responsable tendientes a disminuir el crecimiento poblacional con la promesa de un mayor desarrollo económico. Estas políticas de población tuvieron por principal objetivo disminuir las tasas de fecundidad. Sin embargo, las políticas y programas no se elaboraron a partir del reconocimiento de los derechos y libertades fundamentales de las personas, en especial de las mujeres.

En consecuencia, la comunidad internacional comenzó a esbozar los conceptos de derechos reproductivos como fundamento de cualquier intervención en el comportamiento reproductivo de la población. Es así como en la Conferencia Mundial de Derechos Humanos celebrada en Teherán de 1968, se reconoce que "*los padres tienen el derecho humano fundamental de determinar libremente el número de sus hijos*

CEME - Centro de Estudios Miguel Enríquez - Archivo Chile

y los intervalos entre los nacimientos". De esta manera se sientan las bases para el progresivo reconocimiento y desarrollo de los Derechos Sexuales y Reproductivos. Por primera vez se afirma como un derecho humano fundamental, que son las personas quienes deben tomar las decisiones acerca del número y espaciamiento de los hijos que desean tener.

Posteriormente, en 1974, en la Conferencia Mundial de Población de Bucarest, a pesar de la persistencia de los enfoques que estimaban necesarias las políticas de control de la población dirigidas a los países del tercer mundo, se reafirmó la noción de derechos fundamentales en torno a las decisiones reproductivas. Se reconoció como un derecho de los individuos (no ya de las parejas ni tampoco restringido a los padres), la capacidad de decidir sobre la regulación de la fecundidad, enfatizando las responsabilidades del Estado en cuanto a proporcionar información, educación y los medios que permitan a los individuos su ejercicio.

Estos son los primeros hitos en el reconocimiento de derechos fundamentales con respecto a la toma de decisiones reproductivas de las personas y manifiestan claramente la voluntad política de la comunidad internacional en este sentido.

Desde 1980, la comunidad internacional ha llegado a nuevos consensos a propósito del reconocimiento de estos derechos como parte integrante de los derechos humanos. Derechos que deben ser acompañados de la voluntad política necesaria para que puedan ser efectivamente ejercidos por todas las personas, sin distinciones ni discriminaciones en virtud de sexo, edad, condición socioeconómica, religión, origen racial, estado civil, idioma o cualquier otra condición. Para alcanzar el debido reconocimiento, respeto, protección y promoción de estos derechos, además se reconoce como necesario que sean los propios Estados quienes adopten medidas positivas tendientes a garantizar su efectivo goce por parte de todas las personas. Fundamental para el progresivo reconocimiento de los Derechos Sexuales y Reproductivos han resultado la Conferencia Mundial de Derechos Humanos, la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo El Cairo '94 y la IV Conferencia Mundial de la Mujer, Beijing '95.

2. CONCEPTO DE LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS

Los Derechos Sexuales y Reproductivos son definidos como derechos y libertades fundamentales que corresponden a todas las personas, sin discriminación, y que permiten adoptar libremente, sin ningún tipo de coacción o violencia, una amplia gama de decisiones sobre aspectos consustanciales a la vida humana como son la sexualidad y la reproducción. Estos derechos implican contar con información y acceso a los servicios y medios que se requieren para ejercer estas decisiones.

CEME - Centro de Estudios Miguel Enríquez - Archivo Chile

Estos derechos y sus enunciados se construyen o coligen de otros derechos básicos ya contemplados en instrumentos internacionales sobre Derechos Humanos. Se basan en el principio de la libertad sexual, lo que significa decidir por sí mismo cuándo y con quién tener relaciones sexuales, libre de coacción, violencia, reproche, discriminación y sin otros límites que lo no-transgresión de la libertad sexual de otras personas. También conlleva el derecho a tener la posibilidad de alcanzar el máximo de placer, el bienestar y la felicidad posibles. Significa autodeterminar la vivencia, experiencia y significación de la propia sexualidad, tenga ésta o no una finalidad procreativa, expresando la sexualidad a lo largo de toda la vida.

La libertad sexual comprende la libertad reproductiva. Esto significa que todas las personas pueden decidir libre, informada y responsablemente si desean o no procrear. Luego, todas las personas tienen derecho a decidir el número y espaciamiento de sus hija/os.

Como consecuencia del ejercicio de los Derechos Sexuales y Reproductivos, todas las personas tienen derecho a alcanzar el más elevado nivel de salud sexual y reproductiva. La salud sexual y reproductiva corresponde a lo definido por la Organización Mundial de la Salud y que se encuentra contenido en el Programa de Acción de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo:

"*La salud reproductiva es un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuando y con que frecuencia. Esta última condición lleva implícito el derecho del hombre y la mujer a obtener información de planificación de la familia a su elección, así como a otros métodos para la regulación de la fecundidad que no estén legalmente prohibidos, y acceso a métodos seguros, eficaces, asequibles y aceptables, el derecho a recibir servicios adecuados de atención de la salud que permitan los embarazos y partos sin riesgos y den a las parejas las máximas posibilidades de tener hijos sanos. En consonancia con esta definición de salud reproductiva, la atención de salud reproductiva se define como el conjunto de métodos, técnicas y servicios que contribuyen a la salud y al bienestar reproductivo al evitar y resolver los problemas relacionados con la salud reproductiva. Incluye también la salud sexual, cuyo objetivo es el desarrollo de la vida y de las relaciones personales y no meramente el asesoramiento y la atención en materia de reproducción y de enfermedades de transmisión sexual*" (párrafo 7.2).

Para tomar y consecuentemente ejercer las decisiones reproductivas, en el contexto del respeto y protección que los Derechos Humanos, las personas deben contar con toda la información, educación y orientación en materias de sexualidad y

CEME - Centro de Estudios Miguel Enríquez - Archivo Chile

reproducción, así como también con servicios de atención integral y con medios o métodos adecuados.

Todas las personas tienen derecho a ser informados y asesorados con el fin de permitir la vivencia de la sexualidad libre del riesgo de contraer enfermedades (incluyendo ETS y VIH/SIDA) y embarazos no deseados. Es de especial interés reconocer los derechos de los y las adolescentes a ejercer sus Derechos Sexuales y Reproductivos sin discriminación tanto en el acceso a servicios como a la información para preservar su salud sexual y reproductiva.

Asimismo, la protección de estos derechos debe tender a la promoción de relaciones igualitarias entre hombres y mujeres, procurando modificar los patrones estereotipados, la valoración social de ambos géberos eliminando los prejuicios y prácticas basadas en ideas de inferioridad o superioridad de los sexos.

El Estado de Chile ha hecho expreso reconocimiento que los Derechos Sexuales y Reproductivos son un conjunto de Derechos Humanos, ya recogidos en instrumentos internacionales y en el ordenamiento jurídico nacional.[79]

Los derechos que han servido de piedra angular de los Derechos Sexuales y Reproductivos son: el derecho a la vida, la igualdad ante la ley, la integridad física y síquica, la libertad y seguridad personal, el derecho a la privacidad e intimidad, el derecho a la salud, el derecho a la educación. Ellos se encuentran consagrados en la Constitución Política de Chile, en disposiciones de la Declaración Universal de Derechos Humanos, del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y en la Convención Americana de Derechos Humanos.

3. DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS EN EL MARCO DEL DERECHO INTERNACIONAL DE LOS DERECHOS HUMANOS

Los derechos fundamentales se erigen bajo el principio de no discriminación, es decir la prohibición de todo trato arbitrario en razón de sexo, orientación sexual, raza, edad, estado civil, clase social, origen étnico, religión y minusvalías.

Las normas del Derecho Internacional sobre Derechos Humanos imponen la obligación a los Estados no sólo a no transgredirlos, sino también a adoptar medidas para la promoción, protección y difusión de tales derechos, a través de la promulgación de leyes e implementación de políticas públicas encaminadas hacia su ejercicio efectivo.

[72] Documento Oficial de Chile a la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo,1994.

CEME - Centro de Estudios Miguel Enríquez - Archivo Chile

Es importante resaltar que las obligaciones que el Estado de Chile ha contraído en esta materia obligan a todos los poderes del Estado. En efecto, ello significa que es obligación del Gobierno implementar políticas públicas para la promoción y garantía de tales derechos, e impulsar leyes en este sentido. Al Poder Legislativo le toca promover y aprobar tales iniciativas. El Poder Judicial, por su parte, debe asegurar y garantizar que los derechos aquí establecidos sean respetados, adoptando todas las medidas conducentes a su efectivo ejercicio, declarando como ilegales o arbitrarias todas aquellas prácticas que transgredan tales derechos. No hacerlo constituye una flagrante violación a los instrumentos internacionales de Derechos Humanos que Chile ha suscrito y que son además parte de nuestro ordenamiento jurídico.

Cabe destacar que la discusión jurídica y política sobre estos derechos debe hacerse a la luz y amparo del derecho internacional de los derechos humanos.

En el Derecho Internacional de los Derechos Humanos existen dos tipos de instrumentos con que la comunidad internacional regula el ejercicio de los derechos y libertades fundamentales. Por un lado, las convenciones o tratados internacionales que generan efectos vinculantes o de obligatoriedad de los compromisos estatales adquiridos por unos y otros. Entre estos instrumentos jurídicos internacionales, con relevancia en el reconocimiento de Derechos Humanos vinculados a los Derechos Sexuales y Reproductivos, se encuentra el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, la Convención Americana de Derechos Humanos, La Convención para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer, la Convención de los Derechos del Niño/a, la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer y la Convención sobre la Eliminación de la Discriminación en la Esfera de la Enseñanza.

En 1979 se aprueba la Convención para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, contemplando una serie de derechos que corresponden a hombres y mujeres en condiciones de igualdad. Esta Convención fue adoptada por nuestro país en 1989 y se refiere entre otros derechos, a la capacidad autónoma de las personas de tomar decisiones en materia de reproducción, así como a contar con toda la información, los medios, servicios y atención médica que permitan efectivamente ejercer estos derechos, sin ninguna forma de discriminación.

Esta convención representa un gran avance en orden a configurar un estatuto sobre Derechos Sexuales y Reproductivos inspirador de legislaciones domésticas. Es, sin duda, una fuente muy importante de la cual citamos alguna de sus normas más significativas:

El artículo 16.1 letra e) que consagra la piedra angular de los derechos reproductivos establecido en la Conferencia de Teherán de 1968 a saber: “derechos a decidir libre y responsablemente el número de sus hijos y el intervalo entre los nacimientos y a

CEME - Centro de Estudios Miguel Enríquez - Archivo Chile

tener acceso a la información, la educación y los medios que les permitan ejercer estos derechos".

El artículo 5 letra a) sobre tomar todas las medidas apropiadas para "*Modificar los patrones socioculturales de conducta de hombres y mujeres, con miras a alcanzar la eliminación de los prejuicios y las prácticas consuetudinarias y de cualquier otra índole que esté basada en la idea de la inferioridad o superioridad de cualquiera de los sexos o en funciones estereotipadas de hombres y mujeres*";

Por otra parte, se encuentran los instrumentos jurídicos que no tienen un carácter vinculante para los Estados, sin perjuicio del peso político y la posibilidad de que las obligaciones se transformen en costumbre internacional o *ius cogens*[80]. En efecto, la Declaración Universal de Derechos Humanos, pese a no tener el carácter de un instrumento vinculante, tiene un fuerte peso moral y político. Existe una amplia gama de Declaraciones y Documentos emanados de Conferencias Mundiales o Regionales que tienen este carácter. Entre ellas se cuentan la Declaración y Programa de Acción de la Segunda Conferencia Mundial de Derechos Humanos de Viena, el Programa de Acción Regional para las Mujeres de América Latina y El Caribe 1995-2001 de la Sexta Conferencia Regional sobre la Mujer en el Desarrollo Económico y Social de América Latina y El Caribe de Mar del Plata, el Programa de Acción de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo de El Cairo, la Declaración de la Cumbre de Desarrollo Social Copenhague y la Plataforma de Acción de la Cuarta Conferencia Mundial de Naciones Unidas sobre la Mujer de Beijing.

Las plataformas de acción han alcanzado importantes acuerdos sobre Derechos Sexuales y Reproductivos, podemos mencionar por ejemplo del Programa de Acción de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (CIPD 94) "*el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva*" (párrafo 7.3),

Por otra parte, en la misma Conferencia en el párrafo 7.12 se declara: "el propósito de los programas de planificación de la familia debe permitir a las parejas y las personas decidir de manera libre y responsable el número de y espaciamiento de sus hijos y obtener la información y los medios necesarios para hacerlo, asegurándose de que ejerzan sus opciones con conocimiento de causa y tengan a su disposición una gama completa de métodos seguros y eficaces".

A pesar de que estos instrumentos jurídicos no tienen un carácter vinculante se les reconoce como fuentes generadoras de consenso a los cuales han llegado los Estados. Esto permite configurar y asentar nuevos Derechos Humanos, esto es que tienen

[80] Se entiende por norma de *ius cogens* la "que no admite acuerdo en contrario y que sólo puede ser modificada por una norma ulterior de Derecho Internacional General que tenga el mismo carácter", artículo 53 de la Convención de Viena sobre Derecho de los Tratados. Tienen esta naturaleza la prohibición de la esclavitud, crímenes contra la humanidad, el genocidio y el principio de no discriminación racial, sexual y religiosa.

CEME - Centro de Estudios Miguel Enríquez - Archivo Chile

carácter progresivo. Estos compromisos políticos reflejan la evolución de las ideas y tendencias que guían el pensamiento y la acción, tanto de los gobiernos como de los organismos internacionales.[81] De hecho y tal como señala Cecilia Medina "el conjunto de derechos que compone el catálogo constituye el mínimo exigible al Estado; nada autoriza a que el Estado lo restrinja y nada obsta, o más bien todo alienta al Estado para que agregue otros derechos en su ordenamiento jurídico nacional [...] para que mejore las posibilidades de ejercicio y goce de los derechos existentes."[82]

4. AMBITO DE REALIZACIÓN DE LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS.

El ámbito hace referencia a los condicionamientos sociales, políticos y culturales que deben existir para que los derechos tengan una aplicación real. En otras palabras constituyen el conjunto de condiciones que posibilitan la vivencia del derecho. Es una condición básica que estos derechos sean conocidos por toda la población a fin de que puedan ser exigidos y ejercidos. Asimismo, es ilusorio pensar que alguno de estos derechos pasen del papel a la vida real si el Estado no genera los financiamientos, la infraestructura y el capital humano para prestar servicios de salud, información y consejería.

El contenido económico, social y cultural de los Derechos Sexuales y Reproductivos, además de derechos individuales, implica que la evolución jurídica en esta caso va en gran medida de la mano con el crecimiento económico y la evolución política del país.

No se pretende con lo anterior excusar al Estado del cumplimiento de sus deberes, sino señalar la necesidad de ajustar las instituciones y los programas económicos a la necesidad de satisfacer el cumplimiento de los derechos.

Cabe recordar que los esfuerzos para implementar un marco jurídico como el presente no corresponden exclusivamente al Estado. La sociedad civil tiene un rol preponderante para que estas condiciones se cumplan.

5. MECANISMOS DE PROTECCIÓN DE LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS

Los Derechos Sexuales y Reproductivos contenidos en la CEDAW (Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer) y otros instrumentos internacionales, han sido incorporados al ordenamiento jurídico interno de acuerdo a lo previsto en la Constitución Política del Estado (artículo 5°).

---

[81] Rico, M.N., CEPAL, 1998.

[82] Cecilia Medina, "El Derecho Internacional de los Derechos Humanos", en Sistema Jurídico y Derechos Humanos ed. Jorge Mera y Cecilia Medina, Escuela de Derecho Universidad Diego Portales, Santiago, 1996, pp. 32-33.

CEME - Centro de Estudios Miguel Enríquez - Archivo Chile

Además de los acciones de tutela del Derecho Interno, existen otros mecanismos de protección establecidos en los distintos tratados, que van desde la presentación de informes periódicos de los Estados a los organismos encargados de la implementación del mismo, hasta la tramitación de quejas individuales en situaciones específicas de violaciones, como es el caso de la Convención Americana de Derechos Humanos. En esta última situación, la aplicación de normas sobre el procesamiento de quejas individuales exige que se agoten todas las instancias internas, es decir, que se hagan valer todos los recursos jurídicos y jurisdiccionales para proteger los derechos fundamentales. Si respecto de un caso determinado no se satisface la finalidad de tutela se podrá recurrir a la Comisión Interamericana de Derechos Humanos la cual podrá, a su vez, remitir el caso ante la Corte Interamericana de Derechos Humanos. El objetivo del procedimiento de queja es la reparación de los afectados por las violaciones de sus derechos.

En este mismo sentido cobra especial relevancia la admisión de quejas individuales en virtud del protocolo facultativo de la CEDAW, por cuanto, las mujeres y los hombres pueden reclamar directamente ante las instancias internacionales creadas para tal efecto. No obstante, el Protocolo Facultativo, aunque ya se ha adherido, no ha sido ratificado por nuestro país.

Los organismos del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos y la Convención de la Mujer reciben de parte del Estado de Chile informes periódicos sobre el cumplimiento de los derechos y obligaciones suscritos. A la sociedad civil le compete realizar evaluaciones sobre el estado de cumplimiento de las obligaciones internacionales a través de informes alternativos, también denominados "informes sombra".

El Comité de Derechos Humanos de Naciones Unidas y el Comité de la Convención de la Mujer que sesionaron durante 1999 para evaluar la situación de Chile respecto de los tratados suscritos y materia de su competencia, realizaron recomendaciones respecto de las obligaciones contraídas. Estos organismos han establecido recomendaciones taxativas sobre el nivel de respeto y protección de los Derechos Sexuales y Reproductivos, respecto a los siguientes temas: educación sexual , embarazo en adolescente, esterilización voluntaria, edad mínima para contraer matrimonio, aborto y confidencialidad de la información médica.

El reconocimiento de los Derechos Sexuales y Reproductivos en el seno de un Estado democrático implica otorgar a las personas una fuerte señal de que los Derechos Humanos son respetados.

CEME - Centro de Estudios Miguel Enríquez - Archivo Chile

Las personas y la sociedad civil tienen el derecho a exigir del Estado que cumpla sus deberes, lo que es consecuencia de la responsabilidad que se reconoce a los/las ciudadanos/as para generar sus derechos.

El Estado, en esta perspectiva, se debe a la acción de los sujetos a fin de construir una sociedad más justa, conforme a sus propios intereses y necesidades. De esta forma se construyen los derechos fundamentales, los tratados internacionales, las conferencias y las leyes. Esta construcción da cuenta de una historia a través de la cual las personas van estableciendo estos derechos. La breve historia de los Derechos Sexuales y Reproductivos son parte de la generación de un orden jurídico en respuesta a necesidades humanas. En definitiva, una Ley Marco sobre Derechos Sexuales y Reproductivos viene a ser la consagración de una realidad histórica indesmentible.

CEME - Centro de Estudios Miguel Enríquez - Archivo Chile

PARTE IV: PROYECTO DE LEY MARCO SOBRE DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS

1. INTRODUCCION

El presente Proyecto de Ley Marco tiene por finalidad sistematizar y dar contenidos específicos a los Derechos Sexuales y Reproductivos, en el entendido de que se trata de derechos y libertades fundamentales que derivan de Derechos Humanos reconocidos como tales por diversos instrumentos jurídicos internacionales que se encuentran incorporados al ordenamiento jurídico chileno y que tienen rango constitucional, en virtud de lo dispuesto en el artículo 5° inciso 2° de la Constitución Política de la República.

El Proyecto de Ley Marco tiene por objeto establecer las bases normativas generales para que el Estado de Chile asuma su responsabilidad internacionalmente comprometida. De modo que su accionar respete, garantice y promueva los Derechos Sexuales y Reproductivos.

En esta perspectiva, le corresponde al Estado promover los cambios culturales, sociales, económicos, políticos e institucionales necesarios para el pleno ejercicio de estos derechos. El Estado a través de los órganos centralizados y descentralizados deberá promover e impulsar en miras del bien común, en concordancia con el artículo 1° de la Constitución Política de la República,[83] una educación no sexista. Vale decir, promover una educación que reconstruya los roles socialmente asignados y que mantienen la desigualdad de género. Educación que enfatice una valoración positiva de la sexualidad entendida como un aspecto fundamental en todas las etapas de la vida, contribuyendo a que las personas asuman las responsabilidades que conlleva el ejercicio de la sexualidad, en todos sus aspectos, de tal manera que hombres y mujeres decidan con plena autonomía el ejercicio de su vida sexual y reproductiva.

En la perspectiva de la promoción del cambio cultural, le corresponde al Estado un rol preponderante en la generación de espacios pluralistas que permitan el debate y diálogo públicos sobre Derechos Sexuales y Reproductivos.

Todos los órganos y agentes del Estado deberán elaborar, ejecutar y evaluar sus acciones en esta materia respetando y promoviendo el ejercicio de los Derechos Sexuales y Reproductivos. Asimismo todas las políticas y acciones públicas en la materia deberán ser elaboradas, ejecutadas y evaluadas del modo que mejor aseguren

[83] Artículo 1°, inciso 4° señala:
"El Estado está al servicio de la persona humana y su finalidad es promover el bien común, para lo cual debe contribuir a crear las condiciones sociales que permitan a todos y a cada uno de los integrantes de la comunidad nacional su mayor realización espiritual y material posible, con pleno respeto a los derechos y garantías que esta Constitución establece."

CEME - Centro de Estudios Miguel Enríquez - Archivo Chile

la efectiva vigencia de los Derechos Sexuales y Reproductivos de todas las personas, teniendo en cuenta la necesaria participación de la comunidad.

Las políticas públicas, programas, servicios y acciones sobre Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos deberán siempre promover relaciones de igualdad y respeto mutuo entre hombres y mujeres. Deberán además, promover y reforzar la responsabilidad masculina, a fin de que los hombres, adultos y jóvenes, sean responsables de su comportamiento sexual y reproductivo, en la perspectiva de modificar los patrones socioculturales de hombres y mujeres. Eliminando, de esta manera, las prácticas y los prejuicios que estén basados en la idea de inferioridad o superioridad de cualquiera de los sexos o en funciones estereotipadas de hombres y mujeres.

Es obligación del Estado prevenir, erradicar y sancionar todas las formas de violencia contra las mujeres, las niñas y los niños, tanto aquellas que se ejercen en espacios públicos y privados, de acuerdo a lo dispuesto en la Convención Interamericana sobre la Prevención, Erradicación y Sanción a Todas las Formas de Violencia contra la Mujer, vigente en Chile, también reconocida como la Convención de Belém do Pará.

Los Derechos Sexuales y Reproductivos en tanto Derechos Humanos se erigen sobre el principio de igualdad de todas las personas, y dan sustento a la construcción de una sociedad democrática, pluralista, tolerante basada en el reconocimiento de la diversidad y con igualdad de oportunidades para hombres y mujeres. En consecuencia, se prohibe toda forma de discriminación en el ejercicio de estos derechos. Se entiende por discriminación cualquier exclusión, menoscabo, restricción o diferenciación arbitraria basada en el sexo, la edad, la orientación sexual, el estado civil, el origen étnico, el origen de clase social, religión o creencias, discapacidad o cualquier causa análoga.

Titulo I
Disposiciones Generales

Artículo 1
La presente ley tiene por objeto establecer las bases normativas generales para el reconocimiento, garantía, protección y promoción del ejercicio pleno de los Derechos Sexuales y Reproductivos de la población, en concordancia con lo dispuesto en el inciso 2° artículo 5° de la Constitución Política de la República. Por consiguiente obliga a todos los órganos del Estado y al conjunto de la comunidad a dar cumplimiento a las obligaciones aquí establecidas.

Artículo 2
Le corresponderá al Estado promover los cambios culturales, sociales, económicos políticos e institucionales necesarios para el pleno ejercicio de estos derechos.

CEME - Centro de Estudios Miguel Enríquez - Archivo Chile

Con especial énfasis el Estado, a través de los órganos centralizados y descentralizados, deberá promover e impulsar en miras del bien común, una educación no sexista. Vale decir, promover una educación que reconstruya los roles socialmente asignados y que mantienen la desigualdad de género. Educación que enfatice una valoración positiva de la sexualidad, entendida como un aspecto fundamental en todas las etapas de la vida con el fin de contribuir a que las personas asuman las responsabilidades que conlleva el ejercicio de la sexualidad, en todos sus aspectos, de tal manera de que hombres y mujeres decidan plenamente sobre el ejercicio de su vida sexual y reproductiva.

Artículo 3

Todos los órganos y agentes del Estado deberán elaborar, ejecutar y evaluar sus acciones y políticas sobre sexualidad y reproducción, con participación de toda la comunidad, promoviendo el ejercicio de los Derechos Sexuales y Reproductivos del modo que mejor aseguren la efectiva vigencia de los mismos.

Artículo 4

Las políticas públicas, programas, servicios y acciones sobre sexualidad y reproducción deberán siempre promover relaciones de respeto mutuo e igualdad entre hombres y mujeres.

Deberán además favorecer la modificación de los patrones socioculturales promoviendo la responsabilidad, eliminando los prejuicios y las prácticas que estén basados en la idea de inferioridad o superioridad de cualquiera de los sexos o en funciones estereotipadas de hombres y mujeres.

Artículo 5

Se prohibe toda forma de discriminación en el ejercicio de estos derechos, sea que provenga del Estado o de los particulares. Para efectos de esta ley, se entenderá por discriminación cualquier exclusión, menoscabo, restricción o diferenciación arbitraria basada en el sexo, la edad, la orientación sexual, el estado civil, el origen étnico, el origen de clase social, religión o creencias, discapacidad o cualquier causa análoga.

En particular la discriminación contra las y los jóvenes en edad escolar a causa de la maternidad o paternidad, que se manifieste en la expulsión de los establecimientos educacionales, públicos o privados, de educación media o superior, o en cualquier otra acción vejatoria.

Titulo II
Conceptos Generales

Artículo 6

Los Derechos Sexuales y Reproductivos aseguran a todas las personas la posibilidad de tomar decisiones y ejercer libremente sin ningún tipo de coacción o violencia su sexualidad y reproducción. Ellos suponen que todas las personas puedan contar con la

CEME - Centro de Estudios Miguel Enríquez - Archivo Chile

información, la educación, el acceso a los servicios, medios y mecanismos que se requieren para tomarlas.

Artículo 7

La salud sexual y reproductiva es un estado de completo bienestar biológico, social y emocional en todos los aspectos de la vida humana vinculados a la sexualidad y a la reproducción. No se trata solamente de la ausencia de enfermedades ni de una esfera meramente médica sino de una noción integradora de las múltiples facetas humanas comprendidas en las decisiones, comportamientos y vivencias sexuales y reproductivas.

CEME - Centro de Estudios Miguel Enríquez - Archivo Chile

Título III
Derechos Sexuales y Reproductivos

Artículo 8
Se reconoce el derecho de toda persona a disfrutar de la sexualidad como fuente de desarrollo personal y felicidad.

Es deber del Estado diseñar y ejecutar las políticas públicas que garanticen y promuevan dicho derecho, mediante los programas y acciones necesarios a tal efecto , especialmente las que aseguren la información, la educación y acceso a los servicios que esta ley regula, para todas las personas y las que prevengan las enfermedades de transmisión sexual y el embarazo no deseado.

Artículo 9
Se reconoce el derecho a toda persona a ejercer la sexualidad independiente de la reproducción y la libertad para elegir con quien vivir la sexualidad.

Artículo 10
Se reconoce el derecho a la libertad sexual e integridad física y síquica de las personas en materia sexual, lo que implica el derecho a decidir libremente sobre el ejercicio de la sexualidad, a la autonomía y control corporal y a no ser sometido a ninguna forma de abuso, tortura, mutilación o violencia sexual.

El que incurra en la comisión de los actos criminales mencionados será penado conforme a lo dispuesto en los títulos VII y VIII del Libro Segundo del Código Penal.

Artículo 11
Se reconoce el derecho de las personas a tomar decisiones libremente respecto de la procreación, lo que implica que las personas puedan decidir libre, informada y responsablemente si desean o no tener hijos/as, el número de estos y el intervalo entre los nacimientos. Así como también el derecho de mujeres y hombres a recuperar la fertilidad cuando ésta ha sido dañada por falta de información y la falta de tratamientos adecuados.
Se prohibe toda forma de violencia, coacción y discriminación de cualquier naturaleza en el ejercicio de este derecho.

Artículo 12
La esterilización sin el consentimiento de la mujer o supeditado al consentimiento de terceros y el uso forzado de anticonceptivos, son actos discriminatorios o de violencia en contra de las mujeres y constituyen violaciones a los derechos humanos, las que deben ser prohibidas y eliminadas.

Ninguna persona con discapacidad mental podrá ser esterilizada sin su consentimiento, salvo que se cumplan los siguientes requisitos:

CEME - Centro de Estudios Miguel Enríquez - Archivo Chile

a) Se presente una solicitud al comité de Etica del Servicio de Salud correspondiente por el representante legal o el familiar más cercano.
b) Que los servicios de salud hayan entregado consejería y provean todos los medios disponibles de control de fecundidad a la persona y a su familia.
c) El Comité de Etica deberá resolver la solicitud de esterilización después de haber citado y escuchado personalmente al/la discapacitado/a.
d) Que la esterilización sea la única alternativa para regular la fecundidad de la persona. Lo que será certificado por el servicio de salud correspondiente.

Incurrirá en responsabilidad solidaria el/la facultativo/a y el servicio de salud cuando se practique una esterilización a una persona sin su consentimiento o con infracción a los requisitos establecidos en los incisos anteriores, sin perjuicio de las sanciones contempladas en el Estatuto Administrativo y del delito contemplado en el artículo 395 del Código Penal.

Artículo 13
Las experimentaciones sobre métodos anticonceptivos y acciones para regular la fecundidad deben estar sujetos a protocolos de experimentación científica y éticamente aprobados por organismos internacionales pertinentes.

Ninguna persona podrá acceder o ser sometida a métodos experimentales sin cumplir con las condiciones anteriormente señaladas y contando siempre con su consentimiento informado, con la debida anticipación manifestada por escrito, a fin de promover, proteger y garantizar los Derechos Sexuales y Reproductivos.

Incurrirá en responsabilidad solidaria el/la facultativo/a y el servicio de salud cuando una persona sea sometida a métodos experimentales con infracción a los dispuesto en los incisos anteriores. Asimismo será sancionado conforme a las penas establecidas los artículos 313b y 317 del Código Penal.

Artículo 14
Se reconoce el derecho a ser informados y acceder a información clara, comprensible y completa sobre métodos de regulación de la fecundidad y de prevención de enfermedades de transmisión sexual, incluido el VIH/SIDA, a tener acceso a servicios de consejería sobre métodos seguros y eficaces de regulación de la fecundidad que cumplan con los estándares internacionales de seguridad y eficacia.

Se prohibe toda discriminación que implique menoscabo, restricción o limitación al ejercicio de este derecho por razones de edad o sexo.

El funcionario que niegue el acceso a la información y los servicios señalados en el inciso primero, tal conducta será constitutiva de una infracción al artículo 55 letras a), b), c) del Estatuto Administrativo y será sancionado conforme a dicho Estatuto.

CEME - Centro de Estudios Miguel Enríquez - Archivo Chile

Artículo 15
Se reconoce el derecho a todas las personas de acceder a una educación integral para la vida afectiva y sexual desde la temprana edad posibilitando, el bienestar, el desarrollo de la persona y el ejercicio de la sexualidad en forma plena, libre e informada.

Es deber preferente del Estado orientar e informar sobre la sexualidad y la reproducción de manera sencilla, precisa y veraz desde una temprana edad.

Artículo 16
Es deber del Estado asegurar y garantizar el acceso a servicios de salud de calidad y adecuados a las necesidades de mujeres y hombres en todo el ciclo vital que promuevan la salud integral y ayuden a recuperarla.

Particularmente se deben proveer servicios: a las y los adolescentes en salud sexual y reproductiva; en cuidados pre y post natales; prevención y tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual y VIH/SIDA; prevención y tratamiento adecuado de la infertilidad; prevención y tratamiento adecuado del cáncer cérvico uterino, de mamas y de próstata; prevención del embarazo no deseado; atención de calidad, adecuada y digna, para tratar las complicaciones del aborto y sus efectos en la salud de las mujeres; consejería en regulación de la fecundidad post aborto y servicios multidisciplinarios adecuados para la menopausia y la tercera edad.

Artículo 17
Se reconoce a las/los usuarios/as de los servicios de salud pública y privada el derecho a la confidencialidad de la información relacionada con la salud sexual y reproductiva, entre los cuales se incluye la confidencialidad de la información en complicaciones de aborto y acceso a métodos anticonceptivos.

Todo profesional y funcionario/a de un servicio de salud pública o privado que incurriere en una infracción a la violación de la confidencialidad establecida en el inciso anterior será penado conforme al artículo 246 del Código Penal y será responsable civilmente de acuerdo a las normas generales.

CEME - Centro de Estudios Miguel Enríquez - Archivo Chile

BIBLIOGRAFÍA

APROFA/CERC. Encuesta de Fecundidad. Chile 1989-1990. En: Boletín APROFA Nº 12, Santiago, 1993.

APROFA. Datos sobre salud sexual y reproductiva de los jóvenes en Chile. Santiago, 30 de junio 2000.

Balarezo, Günther, 1996. Derechos de las Personas y Deberes de los Médicos a Considerarse en una Investigación o Tratamiento**.** En, Procreación: Nuevas tecnologías. Prácticas interdisciplinarias. Compiladora Susana E. Sommer. Ed. ATUEL, pp. 21 - 47, Buenos Aires, Argentina.

Beck,Ulrich. (comp.) Hijos de la Libertad. Fondo de Cultura Económica, Argentina, 1999.

Berer, M. La Mujer y el VIH/SIDA. Londres, 1993.

Brenes, Víctor, Mesa, Alicia et al, El derecho al consentimiento informado: un ejercicio en construcción. Leyes, casos y procedimientos de queja en los servicios de planificación familiar en México. Population Council, Oficina Regional para América Latina y el Caribe, México, D.F. 1998.

Brenes, Víctor, Mesa, Alicia, Marco jurídico del consentimiento informado. Population Council. INOPAL III. Oficina Regional para América Latina y el Caribe, México, D.F. 1998.

Casas, Lidia y Solimano, Giorgio. Esterilización Voluntaria: Antecedentes seleccionados. Documentos CORSAPS. Santiago, 1998.

Camps, Victoria. Historia de la Etica. 3. La Etica Contemporáneo. Editorial Crítica. Grupo editorial Grijalbo, Barcelona, 1989.

Center for Population and Family Health, The Development Law and Policy Program, 1996. Round table on Ethics, Population and Reproductive Health. Declaration of Ethical Principles, Columbia University, March 8 -10, 1994, New York City, E.U.A.

Centro de Análisis de Políticas Públicas. "Resumen, Tercer Informe Avance. Propuesta de Política Pública para la prevención del embarazo en adolescente y apoyo al desarrollo de su sexualidad y afectividad". Preparado para Servicio Nacional de la Mujer. Comisión Interministerial para la Prevención del embarazo adolescente. Universidad de Chile, junio 2000.

Cerutti, B. Stella, 1993. Salud y sexualidad desde una perspectiva de género. En, Género, Mujer y Salud en las Américas, Publicación Científica Nº 541, pp. 124 -129, Organización Panamericana de la Salud, OPS, Washington, D.C., E.U.A.

Comisión Interministerial para la Conferencia sobre Población y Desarrollo. Posición de Chile ante la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, Santiago, 1994.

Comisión Intersectorial para la Prevención del Embarazo Adolescente. Servicio Nacional de la Mujer. Material de apoyo para agentes educativos:

CEME - Centro de Estudios Miguel Enríquez - Archivo Chile

Elementos para el reconocimiento de inquietudes adolescentes en desarrollo humano. Santiago, noviembre, 1998.

CONASIDA/MINSAL, Boletín Epidemiológico, N 10, Santiago, septiembre 1999.

CONASIDA. Boletín ETS. Boletín Epidemiológico Nº2. Mayo, 2000.

Constitución Política de la República del Ecuador. Selección de artículos sobre derechos Sexuales y reproductivos y otros impulsados por las mujeres. En la Gaceta Constitucional, Asamblea Nacional Constituyente, Ecuador, junio de 1998.

Cook, Rebecca J., Dickens, Bernard M., Bliss, Laura E., 1998. Health Law and Ethics. International Developments in Abortion Law from 1988 to 1998, American Journal of Public Health, April, Vol. 89, Nº4: 579 - 586.

Corporación Chilena de Prevención del SIDA, de amores y sombras: poblaciones y culturas homo y bisexuales de hombres en Santiago. Santiago, 1997.

CORSAPS/CONASIDA. Mujer y Sida en Chile. Hechos de Salud, Año I, Nº3, Santiago, agosto, 1995.

Chiarotti, Susana., Verónica, Matus. Derechos Humanos de las Mujeres y las Niñas. Instituto de Género, Derecho y Desarrollo. Rosario, Argentina, 1997.

Dides Claudia., Hurtado Josefina., Zorrilla Sergio. Seminario "Jóvenes: Etica y Derechos Sexuales y Reproductivos". Centro de Investigaciones en Bioética y Salud Pública-CIBISAP. Universidad de Santiago Semana Usach, octubre, 1998.

Dides, Claudia., Zorrilla, Sergio., Hurtado, Josefina. Una experiencia reflexiva sobre Jóvenes: etica y derechos Sexuales y reproductivos. En conjunto con. Revista Mujer Salud. RSMLAC julio-diciembre 3-4/1999.

Documento Oficial de Chile a la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo,1994.

Family Care International. Acción para el Siglo XXI Salud y Derechos Reproductivos para Todos. Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, New York, 1994.

Figueroa P., Juan Guillermo, 1994. Algunas reflexiones sobre el enfoque de género y la representación de la sexualidad. En, Estudios Demográficos y Urbanos, El Colegio de México, México, D.F.

Fundación Futuro. Encuesta de Opinión Pública "La Vida Sexual de los Chilenos". Santiago, mayo 2000.

FNUAP, 1997. Pobreza e Inequidad de Género: Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos en América Latina y el Caribe. Documento a la VII Conferencia Regional sobre la Integración de la Mujer en el Desarrollo Económico y Social de A.L. y el C., CEPAL, Stgo. de Chile, 19 - 21 nov. 1997.

Foro Abierto de Salud y derechos Sexuales y Reproductivos. Actualización Diagnóstico Salud reproductiva en Chile, Santiago, 1998.

CEME - Centro de Estudios Miguel Enríquez - Archivo Chile

García Nuñez, José; Alberts, Ameike. Guía para la evaluación de Impacto de Programas y proyectos en Salud Sexual y Reproductiva destinados a Adolescentes Escolarizados. Equipo de Apoyo Técnico del Fondo de Población de las Naciones Unidas-Oficina para América Latina y el Caribe, 1999.

Germain, Adrienne y Kim, Theresa, Incrementando el Acceso al Aborto Seguro. Estrategias para la Acción. International Women's Health Coalition. Nueva York. 1999.

Grupo Iniciativa: "Encuesta Nacional Opinión y Actitudes de las Mujeres Chilenas sobre las Condiciones de Género", Santiago, 1999.

Hola, Eugenia., Portugal, Ana María. (edit.) La Ciudadanía a Debate. Isis Internacional. Centro de Estudios de la Mujer. Santiago, 1997.

Hopman, Jan. JOCAS signo de la urgencia de un cambio cultural. Centro Ecuménico Diego Medellín, Santiago, 1998.

ICMER. Situación de la Salud y los Derechos Sexuales y Reproductivos en Chile. Santiago, enero de 1999.

ICMER/FONDECYT. Evaluación y Mejoramiento de la Calidad de Atención en Servicios de Planificación Familiar. Santiago 1994-1996.

ICMER/CORSAPS. Quinacrina: Esterilización Química en la Mujer. Antecedentes seleccionados. Santiago, 1998.

INE. Anuario Demográfico. Santiago, 1998.

INE. Censo. Santiago, 1992.

Informe de la Conferencia Internacional sobre Población y el Desarrollo. El Cairo, 5 al 13 de septiembre de 1994. Naciones Unidas, Nueva York, 1995. Documento en español, A/CONF.171/13 Rev. 1.

Jornadas de Conversación sobre Afectividad y Sexualidad. Ministerio de Educación/Programa de la Mujer. Santiago, 1996.

Kleinseck, Magdalena; Oróstegui, Ina. Una Propuesta para insertar Educación en Sexualidad en el Nivel Escolar. Colección Documentos EDUK. Santiago, 1999.

Lavín, Francisco., Lavín, Pablo, Vivanco, Sergio. "Estudio de conducta sexual en los/as adolescentes de la región Metropolitana, urbano/rural". SERNAM/UNICERH, Santiago, 1995.

Lavín, Pablo., y col. Informe preliminar sobre la caracterización de los casos y costos del tratamiento del aborto hospitalizado en Santiago de Chile. Ponencia presentada en el Encuentro de Investigadores sobre Aborto Inducido en América Latina y El Caribe. Universidad Externado de Colombia. Santa Fé de Bogotá, 1994.

León, Magdalena, 1999. Estado, Sociedad y Derechos Sexuales y Reproductivos en Ecuador. Una Aproximación. En, Derechos Sexuales y Reproductivos, Avances Constitucionales y Perspectivas en

CEME - Centro de Estudios Miguel Enríquez - Archivo Chile

Ecuador. Fundación Ecuatoriana de Acción y Educación para la Promoción de la Salud, FEDAEPS, e Instituto de Estudios Ecuatorianos, IEE, Quito, Ecuador.

López, S. Percepción de la calidad de atención en salud de un grupo de mujeres de sectores populares. En: Realidades y Desafíos de mujeres que trabajan en salud reproductiva. Díaz, S., Sánchez, S., Silvamonge, M. (eds.) ICMER, Santiago, 1995.

Los Derechos de la Mujer en Chile. Un reporte sombra. Mayo, 1999. Reporte Alternativo de Chile al III Informe Periódico del Estado del Cumplimiento de la Convención de la Mujer. Compilado por la Vigésima Primera Sesión del Comité para la Eliminación de Discriminación contra la Mujer. Corporación de la Mujer, La Morada; Comité Latinoamericano y del Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer (CLADEM), Foro Abierto de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos; Centro Legal para Derechos Reproductivos y Políticas Públicas (CRLP), mayo 1999.

Matamala, María Isabel., y colb. Calidad de Atención, Género ¿salud reproductiva de las mujeres?, Santiago, 1995.

Ministerio de Planificación y Cooperación. Informe SIE N°3 Salud de Los Jóvenes. Departamento de Planificación y desarrollo; Departamento de Estudios y Evaluación; Instituto Nacional de la Juventud, Santiago, 1999.

Mayerson, D., y col. Cáncer invasor del cuello uterino. En: Ginecología. Pérez, A. Santiago, 1995.

Medina, Cecilia. El Derecho Internacional de los Derechos Humanos, Sistema Jurídico y Derechos Humanos. Ed. Medina, Cecilia y Mera, Jorge. Serie de Publicaciones Especiales 6, Escuela de Derecho, Universidad Diego Portales, Santiago, 1996.

Medina, Cecilia, ed. Constitución, Tratados y Derechos Esenciales. Corporación de Reparación y Reconciliación. Santiago, 1993.

MIDEPLAN, Plan Regional de Infancia y Adolescencia, III Región Atacamam 1 edición. Chile, 1998
.
MINSAL: "Orientaciones para la pesquisa y control del cáncer de mama", División de Salud de las Personas. Dpto. Programa de las Personas. Unidad de Cáncer. Santiago, 1998.

MINSAL. Programa de Salud de la Mujer. Serie 01: Programas de Salud. Santiago, 1997.

MINSAL. Programa de Salud del Adolescente. 1999.

MINSAL. Antecedentes Proyecto investigación esterilización femenina voluntaria con pellets endouterino de Quinacrina. División de Salud de las Personas. Departamento Programa de Salud de la Mujer. Santiago, 14 de octubre 1999.

CEME - Centro de Estudios Miguel Enríquez - Archivo Chile

Ministerio de Planificación y Cooperación Informe SIE Nº3 Salud de Los Jóvenes, mayo 1999.

Molina, Ramiro. Diagnóstico Adolescente Embarazada. SERNAM-UNICEF. Santiago, 1991.

Olavarría, José; Benavente, Cristina; Mellado, Patricio. Masculinidades Populares. Varones adultos jóvenes de Santiago, 1998.

OPS/OMS. Salud Sexual y Reproductiva. Comunicación para la Salud Nº 8, Washington, D.C.,1995.

OMS, HRP, Programa Salud, Mujer y Desarrollo, Salud Familiar y Reproductiva. Perspectivas de las Mujeres en Materia de Salud Reproductiva. Memoria diálogo entre investigadores, proveedores, formuladores de políticas de salud y activistas en favor de la salud de las mujeres, realizado en Sto. Domingo, 4 - 6 junio 1995. WHO/HRP/WOM/97.2. Distribución general. Ginebra.

OPS/OMS. Detección oportuna del cáncer del cuello del útero en América Latina y El Caribe. Washington, DC, noviembre, 1996.

ONUSIDA. Informe Epidemiológico, 27 junio 2000. Citadas por Agence France-Press.

Pacheco Gómez, Máximo. Los Derechos Humanos Básicos. Editorial Jurídica de chile. Santiago. 2° edición actualizada, 1992.

Plata, María Isabel. "Derechos Reproductivos como Derechos Humanos: el caso colombiano". En: Derechos Humanos de la Mujer. Perspectivas Nacionales e Internacionales. Profamilia. Bogotá, 1997.

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). Desarrollo Humano en chile 2000. Más sociedad para gobernar el Futuro. Santiago, marzo 2000.

Provoste, Patricia. "Los Servicios públicos y los derechos de las mujeres". En: Veredas por cruzar. 10 años del instituto de la Mujer, Santa Cruz G. (ed.) Santiago, 1997.

Rico, María Nieves. Género, Medio Ambiente y sustentabilidad del Desarrollo, CEPAL, Santiago, 1998.

Rossetti, Josefina. Sexualidad Adolescente. Un Desafio para la sociedad Chilena. Ediciones de la Biblioteca Nacional. Santiago, 1997.

RSMLAC. Los consensos de El Cairo. Monitoreo como Práctica ciudadana de las Mujeres, 1999.

Schiappacasse, Verónica. Calidad de Atención: un marco de referencia. En: Realidades y Desafios. Reflexiones de mujeres que trabajan en salud reproductiva. Díaz, S., Sánchez, S., Silvamoge, M. (eds.) ICMER, 1995.

SERNAM. Análisis de las Conductas Sexuales de las y los adolescentes, Santiago, 1997.

SERNAM. Informe del Gobierno de Chile sobre el Cumplimiento de los Compromisos Contraídos en la Cuarta Conferencia Mundial de la Mujer, Igualdad, Desarrollo y Paz, Beijing, 4-15

CEME - Centro de Estudios Miguel Enríquez - Archivo Chile

de septiembre de 1995, contenidos en la Plataforma de Acción de Beijing. Departamento de Relaciones Internacionales y Cooperación. Sernam, Santiago, abril 2000.

SERNAM/UNICEF. Seminario: Embarazo Adolescente. Santiago, 1992.

Sharim, Dariela., Silva, Uca.,Rodó, Andrea., Rivera, Diana. Los Discursos Contradictorios de la Sexualidad. Colección Estudios Sociales. Ediciones Sur. Santiago, 1996.

Stern, Claudio, García, Elizabeth, Hacia un nuevo enfoque en el campo del embarazo adolescente. Reflexiones, Sexualidad, Salud y Reproducción, Nº13, Programa de Salud Reproductiva y Sociedad, El Colegio de México, México, D.F. 1999.

Szasz, Ivonne,. Algunas reflexiones sobre la sexualidad de los hombres a partir del los estudios de la masculinidad. Salud Reproductiva y Sociedad, Año III Nº8: 7 -12, El Colegio de México, México, D.F. 1999

The Alan Guttmacher Institute. Aborto Clandestino: una realidad latinoamericana. New York, 1994.

UNFPA, Relato de un Encuentro. Reunión regional sobre Salud Sexual y Reproductiva de los Adolescentes en América Latina: un compromiso con el futuro. San José de Costa Rica, 1997.

UNICEF, Oficina Regional para América Latina y el Caribe, Embarazo en Adolescentes, Maternidad y Paternidad Tempranas; Líneas de Acción para la Prevención, el Apoyo y la Definición de Políticas Públicas. Documento Síntesis del Taller del Embarazo en Adolescencia y Maternidad Temprana, Jamaica 3 – 7, 1997.

Valdés, Teresa y Busto, Miren. Sexualidad y reproducción hacia la construcción de derechos. Ed. CORSAPS, FLACSO, Santiago, 1994.

Zeidenstein, Sondra., Moore, Kirsten. (edit.) Aprendiendo sobre Sexualidad. Una manera práctica de comenzar. The Population Council International Women's Health Coalition Nueva York. Versión en español ICMER, Chile, 1999.

Zegers, Fernando y Galdames, Verónica ditores). Registro Latinoamericano de Reproducción Asistida. Red Latinoamericana de Reproducción Asistida. Santiago, Chile 1997.

Editado por Alessandra Burotto
Santiago, agosto 2000

CEME - Centro de Estudios Miguel Enríquez - Archivo Chile

Información disponible en el sitio ARCHIVO CHILE, Web del Centro Estudios "Miguel Enríquez", CEME:
http://www.archivo-chile.com
Si tienes documentación o información relacionada con este tema u otros del sitio, agradecemos la envíes para publicarla. (Documentos, testimonios, discursos, declaraciones, tésis, relatos caídos, información prensa, actividades de organizaciones sociales, fotos, afiches, grabaciones, etc.) Envía a:
archivochileceme@yahoo.com

NOTA: El portal del CEME es un archivo histórico, social y político básicamente de Chile. No persigue ningún fin de lucro. La versión electrónica de documentos se provee únicamente con fines de información y preferentemente educativo culturales. Cualquier reproducción destinada a otros fines deberá obtener los permisos que correspondan, porque los documentos incluidos en el portal son de propiedad intelectual de sus autores o editores. Los contenidos de cada fuente, son de responsabilidad de sus respectivos autores.

© CEME web productions 2005