



Universidad de Chile
Instituto de la Comunicación e Imagen
Escuela de Periodismo

**PANORAMA ACTUAL DE LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS DE
LAS MUJERES EN CHILE**

JAVIERA PAZ ORTIZ PULGAR

MEMORIA PARA OPTAR AL TÍTULO DE PERIODISTA

Categoría: Ensayo periodístico

PROFESORA GUÍA: ANDREA DANAE VALDIVIA BARRIOS

SANTIAGO DE CHILE

Noviembre 2016

A Eva y a todas las mujeres de mi vida

AGRADECIMIENTOS

A todas las personas que confiaron en mi proyecto y narraron sus experiencias, ya sea desde su experticia y/o de su aprendizaje de vida.

Al feminismo, por darme convicción.

A la vida, por poner personas hermosas en mi camino.

A Andrea Valdivia y Claudio Salinas, por compartir su conocimiento en tiempos de individualidad

A la familia Acuña, por recibirme en su hogar en tierras tan distantes.

A Paulina, por caminar juntas esta etapa.

A Michelle, Victoria, Rodrigo y Fabián por compartir su vida con todos sus matices.

A José- Tomás, por darme un último impulso.

A Josefina, por iluminar mi camino cuando todo parecía lejano.

A mi hermano, por resguardarme siempre.

A mi padre, por nunca dudar de mis capacidades y darme todas las posibilidades.

Pero por sobre todo a mi madre, por enseñarme que la fortaleza emana del alma, por sus innumerables “hija tu puedes”. Por amarnos tanto.

TABLA DE CONTENIDOS

AGRADECIMIENTOS	3
INTRODUCCIÓN	5
CAPÍTULO I ¿CÓMO SE HAN DEFINIDO LOS DSR?	15
1.1 Normativa internacional sobre derechos sexuales y reproductivos en el mundo	19
1.2 La importancia de los DSR desde el feminismo	23
1.3 Ley Marco sobre Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos en Chile	29
1.4 Hitos relevantes sobre los DSR en Chile	33
1.4.1 Inicios y mediados del siglo XX: creación de instituciones gubernamentales	34
1.4.2 El aborto como política pública gubernamental	34
1.4.3 Post-dictadura y la incorporación de la sociedad civil	35
1.4.4 El nuevo milenio	37
CAPÍTULO II EDUCACIÓN Y SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA: EL CRUCE DE AMBOS DERECHOS EN CHILE	43
2.1 Sexualidad y Adultos Mayores	44
2.2 Mujeres en edad fértil: ¿Qué derechos se nos garantizan?	50
2.2.1 Programa nacional de prevención y control del VIH/SIDA y las ITS	50
2.2.2 Programa buen vivir de la sexualidad y la reproducción	53
2.3 Inicio de vida sexual y embarazo adolescente	58
2.3.1 Programa Salud Integral Adolescentes y jóvenes	61
2.3.2 Los diversos planes de educación sexual y reproductiva	66
2.3.3 DSR en Ralco: el cruce entre acceso a salud y educación en sexualidad y reproducción para adolescentes	74
2.4 Evaluación de la implementación de la declaratoria ministerial Prevenir en Educación	81
CAPÍTULO III LA PÍLDORA DEL DÍA DESPUÉS Y ABORTO: PATRIARCADO EN CHILE	86
3.1 Entrega de la Píldora del día después	86
3.2 Discusión por el aborto en Chile	90
3.3 Patriarcado, jurisprudencia e Iglesia Católica	93
CONCLUSIONES	102
Otras consideraciones	109
ANEXOS	111
Anexo 1: Glosario de Instrumentos Internacionales	111
Anexo 2: “Derechos Sexuales: una declaración de IPPF”	114
BIBLIOGRAFÍA	117
LISTA DE ENTREVISTAS REALIZADAS POR LA AUTORA	123

INTRODUCCIÓN

“La democracia no ha satisfecho las expectativas de las mujeres porque en la práctica política, ampararse confiadamente en la justicia o disfrutar sin represiones de la libertad o la igualdad es una utopía para millones de ciudadanas (...) La igualdad formal no es la igualdad real y la neutralidad del sistema es solo una farsa”.

Nuria Varela (2013) Feminismo para Principiantes.

La discusión sobre los Derechos Sexuales y Reproductivos- en adelante DSR- ha tomado diversos matices en Chile durante el último siglo: desde el control del aborto de las mujeres en la época de los gobiernos radicales a modo de política gubernamental para la regulación de la natalidad; pasando por la penalización de todo tipo de aborto desde 1989, establecido durante el último año de la dictadura militar conservadora de Pinochet; hasta la actual discusión sobre la despenalización del mismo en tres causales. Cuando se habla de los DSR, estos burdamente se relacionan a la interrupción del embarazo, pero no es la única arista que se debe contemplar. Es, entonces, relevante preguntarse ¿De qué hablamos cuando nos referimos a ellos? Según el Fondo de Población de las Naciones Unidas, los DSR están ligados a los derechos humanos y no deben ser separados ni separables de los derechos civiles, políticos y sociales.

Estos derechos implican una concepción más amplia de ciudadanía, y se vinculan con el derecho a la salud, la libertad de pensamiento, de conciencia y religión, de opinión y expresión, a la información y educación, a la decisión de formar o no una familia, a vivir libre de maltrato y al acceso a los beneficios del progreso científico (CÁMARA DE DIPUTADOS, 2008)¹.

Tampoco podemos olvidar la relación que existe entre la sexualidad con el principio de la dignidad inherente a todo/a ser humano/a, pues los derechos sexuales son para todos los sujetos, independiente que estos sean hombres o mujeres; homosexuales, heterosexuales o transgéneros; adolescentes, adultos o ancianos; o con capacidades limitadas. Donde todos y todas debemos gozar de garantías para disponer de diversos métodos para el ejercicio de la sexualidad y la reproducción, entendiéndolas como actividades diferenciadas y no necesariamente dependientes

¹Ley Marco sobre Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos Boletín N° 5933-11, actualizado del proyecto presentado en el año 2000

entre sí. Pues ser madre debe ser una opción y no una imposición con la cual las mujeres relacionemos nuestro presente y futuro. Así como hablar abiertamente del placer no debería estar vinculado solo a prácticas heterosexuales, ni mucho menos considerarse como un tabú.

Ahora, ¿Por qué se vuelve relevante hablar de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres en general? Las mujeres en la actualidad y en todo el mundo carecemos de los mismos derechos que los hombres han disfrutado históricamente. Demás está mencionar la tardía participación en la mayoría de las esferas del quehacer público, así como el acceso y las garantías al libre goce de nuestros derechos. Del mismo modo, tal como se expresa en la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (CEDAW, por sus siglas en inglés), “la discriminación contra la mujer viola los principios de la igualdad de derechos y del respeto de la dignidad humana, que dificulta la participación de la mujer, en las mismas condiciones que el hombre, en la vida política, social, económica y cultural de su país” (NACIONES UNIDAS, 1979).

Pareciese ya haber una cuestión clara: si bien los derechos sexuales y reproductivos son derechos fundamentales para todas las personas, en la práctica estos no están garantizados para todos y todas, por lo que se vuelve necesario hacer hincapié en su observación con un enfoque de género, que permite dar cuenta de cuestiones vinculadas a la discriminación, injusticias e integridad y dignidad de las personas en el país, especialmente de las mujeres. Recordar y discutir hoy sobre estas temáticas en la esfera pública se torna tan necesario como hace 100 años atrás, ya que, si bien los intentos no han faltado, las garantías del Estado en esta materia aún dejan bastante que desear.

Querámoslo o no, en Chile y en el mundo existe la idea de que los DSR son exclusivamente de las mujeres, lo que nos otorga una hiperresponsabilidad impuesta por la sociedad: por un lado es nuestra obligación velar por un buen embarazo, parto y crianza de las y los hijos/as; y por otro, nuestra sexualidad se ha mostrado como una interrogante de la cual no podemos hablar públicamente, estando asociada históricamente a la complacencia de otro, masculino.

Sin embargo, existen más formas de cómo abordar los DSR además del enfoque de los derechos humanos. Algunas asociaciones feministas desde distintos lugares del mundo han venido haciendo una revisión de la importancia de estos derechos, y si bien no existe una definición consensuada de qué son explícitamente, sí se ha llegado a un acuerdo respecto a la importancia que estos tienen, sobre todo para las mujeres: los DSR se ligan directamente a la

autonomía de los cuerpos, así como también a la formación de ciudadanía y de empoderamiento social².

Este enfoque ha determinado que los DSR no solo deben estar incluidos en instrumentos internacionales y reconocidos por la comunidad mundial, sino que también se deben vivir y ser puestos en concordancia con las necesidades de las mujeres de cada país. No deben reflejarse en mandatos vacíos que solo se exprese en el papel, sino que deben ir direccionados hacia la realidad: existen desigualdades de género³, donde los hombres poseen mayores oportunidades y privilegios, sobre los otros géneros. Por ejemplo, las mujeres históricamente no han tenido acceso a la educación por el mismo hecho de ser mujer, o el voto ejercido como práctica democrática por parte de las mujeres se ha logrado recién a mediados del siglo pasado; o en sociedades africanas como en Ruanda, aún se practica la ablación⁴ a niñas y adolescentes, para que sus matrimonios puedan ser mejor negociados y así sus familias enriquecerse, problemática a la cual los hombres no se ven enfrentados; o que en Latinoamérica, en países como Guatemala, Perú o Bolivia aún se practica la esterilización forzada a mujeres pobres de zonas rurales.

Siguiendo la misma línea, todo aquello que esté fuera de la heteronorma⁵ y de lo masculino no posee la misma posición social. De ahí que recién en el año 2015 en Chile, por ejemplo, se logró el Acuerdo de Unión Civil, un instrumento civil y legal que permite a las parejas resguardar los derechos patrimoniales y civiles de otro, que también incluye a parejas homosexuales. Figura legal que si bien no tiene el mismo peso que el matrimonio, permite que las parejas fuera de la heteronorma cuenten con un instrumento donde poder resguardar los bienes de una sociedad conyugal.

Sin embargo, en el país aún la norma heterosexual es imperativa culturalmente, en tanto se recrimina hasta con la muerte a aquellos que no la practican en su cotidianidad. Conocemos lo que sucedió con Daniel Zamudio en el parque San Borja, o los dos hermanos gays que fueron

² Los DSR son para todas las personas, y aportan autonomía, formación de ciudadanía y empoderamiento social. A partir de esto, es que las feministas ven una relación importante entre DSR y mujeres, ya que a partir del resguardo y garantía de estos derechos es que las mujeres podrán avanzar en autonomía y empoderamiento social, posiciones que históricamente en este sistema patriarcal se les ha negado a las mujeres.

³ Características, comportamientos y patrones asociados culturalmente a las personas por su sexo. Por ejemplo: que los varones deben vestir de azul y las mujeres de rosado al nacer, o que los hombres a lo largo de su vida deben hacer una carrera exitosa en lo profesional, mientras que las mujeres deben ser buenas madres, hijas y hermanas. Que las niñas se asocian a movimientos suaves, pero si ellas presentan movimientos bruscos son recriminadas socialmente porque son como “machitos”, lo que en Chile burdamente hace años atrás se nombraba como “Juana tres cocos”.

⁴ Mutilación de genitales

⁵ Norma social que insta que las relaciones de pareja, tanto en la afectividad como en su sexualidad, debe ser entre un hombre y una mujer.

golpeados solo por el hecho de ser homosexuales en octubre de este año al salir de un bar en el sector de San Pablo, en Santiago.

La violencia se expresa con mayor fuerza en las lesbianas, quienes en el debate por sus derechos no tienen la misma tribuna que organizaciones lideradas por hombres como MOVILH o Iguales, o que en otros países tienen pena de muerte como es el caso de Arabia Saudí, Yemen, Somalia, Nigeria, Irán, Mauritania y Sudán. Aquí el razonamiento es que salir de la norma de afiliación con un hombre es condenada, incluso en algunos países es causal de muerte. En tanto, la condena social para quienes se sitúan fuera del binarismo de género entre hombre y mujer⁶ se encuentra invisibilizados, de ahí que la androginia es escondida, ya que aparece como un cuerpo indescifrable bajo estas lógicas que imperan socialmente.

Por otro lado, este binarismo del cual hablamos es altamente jerárquico y devela que dentro de esta dualidad hombre-mujer, son los primeros quienes cimientan y mandatan las bases sociales y culturales: instaurando patrones y determinando quien está fuera o dentro de la norma. Así, por ejemplo, no es menor que los hombres en Chile y en el mundo cuenten con mejores salarios, puedan acceder a mejores puestos de trabajo o consigan mejores calificaciones. No porque las no seamos capaces de obtenerlas, sino porque la norma es que los hombres se sitúen en los puestos de poder mientras nosotras hemos quedado relegadas al ámbito del hogar o el cuidado de otras personas. Así, por ejemplo, las mujeres hoy son más pobres que los hombres en el país, puesto que socioculturalmente tenemos más vallas que sobrepasar si deseamos tener las mismas oportunidades.

Una de las razones por lo que las mujeres son en general más pobres, se debe a la obligatoriedad de ser madres y de los roles sociales que esto contrae, debido a las condiciones socio-económicas que hoy contrae ser madre y mujer. Tal como lo evidencia en el informe Hacia un ingreso ético familiar (2012) del Ministerio de Desarrollo Social, las mujeres en Chile tienen pocas alternativas en el mercado laboral que compatibilizan sus jornadas de trabajo con el cuidado de sus hijos y dependientes. Esto porque hay un alto costo asociado al cuidado de los hijos debido a la escasa confianza en los servicios de salas cunas y los costos de delegar el

⁶ Judith Butler en su texto *El Género en disputa. Feminismo y la subversión de la identidad* (1999) pone en tensión la idea de que si el género no es lo mismo que el sexo, entonces podrían existir múltiples otros géneros, pero que se ha renegado de aceptar esta multiplicidad en tanto escapa al binarismo imperante: que las relaciones sociales se configuran a partir de un binarismo entre hombre y mujer, binarismo que es jerárquico, en el cual mandatan los hombres, en tanto normas, leyes y acuerdos. Con este texto Judith fue capaz de sentar las discusiones sobre la teoría queer en el feminismo y el mundo.

cuidado infantil. Las múltiples razones que impiden a las mujeres salir a trabajar son, por ejemplo, no estar dispuesta a dejar a sus hijos/as al cuidado de otra persona o no tener quien los cuide, además de creer que las posibilidades de encontrar trabajo son bajas. Otras causas son porque al momento de querer trabajar muchas mujeres están cuidando a otra persona, no tener quien realice las tareas del hogar o porque el esposo se pone celoso, entre otras más (DATA VOZ OIT, 2008)⁷.

Son varios los motivos por los que la pobreza incide más en las mujeres, pero en la base del problema se sitúa la desigualdad y la posición subordinada que aún hoy el sistema desea que las mujeres mantengan respecto a los hombres. Si bien podemos acceder al mercado laboral, lo hacemos en peores condiciones que los hombres o el trabajo no es remunerado si cumplimos jornada completa en nuestros hogares con actividades centradas en el cuidado de la familia. Esto supone, entre otras cosas, que de ingresar en el mundo laboral chileno, nuestro salario será menor que el de los hombres. Algunas cifras de la última versión de la Nueva Encuesta Suplementaria de Ingresos (NESI) realizada por el INE, se revela que el ingreso promedio mensual de las mujeres en 2012 era 19,31% menor al ingreso promedio mensual de los hombres asalariados, estadística que se mantiene desde el año 2010. Por su parte, la Superintendencia de Pensiones aportó datos específicos de 2014 respecto de los trabajadores y trabajadoras afiliados al sistema de AFP, donde el ingreso imponible promedio a nivel país de los trabajadores dependientes que cotizan en dicho sistema fue de \$ 661.000, esto es un 20,45% más que el ingreso imponible promedio de las mujeres, el que llegó a \$549.000. Incluso en los últimos diez años esta brecha ha aumentado 9,45 puntos porcentuales desde 2004, pues en 2004 los hombres ganaban 11% más que las mujeres (DÍAZ, 2015).

La evidencia antes expuesta revela las desigualdades sociales que existen entre hombres y mujeres, situación que no escapa de los DSR, ya que existe una construcción cultural, social y políticamente de lo que significase “ser mujer”.

Por lo tanto, vincular el contexto con los DSR tiene una doble finalidad: visibilizar la violencia con la cual se nos han impuesto roles y construcciones sociales, analizando cómo desde la institucionalidad se asumen como naturalidades; y por otro lado, evidenciar que existen posibilidades diferentes e igualitarias de cómo concebir la sexualidad y la reproducción, y así comenzar a permear esta sociedad altamente machista y patriarcal. De esta forma, hablar de los

⁷ Datos arrojados por la Encuesta Barómetro Mujer, Comunidad Mujer, Data Voz OIT 2008

DSR de las mujeres en su concepción actual, nos sirve como una carta a la cual apostar para el futuro: evidenciar-denunciar-cambiar. Por ejemplo, la falta de educación en reproducción y sobre todo en sexualidad a la cual se enfrentan las niñas y adolescentes, donde los planes educativos no contemplan aristas tan necesarias para el libre goce de los DSR, como es la educación en placer y afectividad, que se relaciona directamente con el derecho al acceso a la información.

Respecto a lo último, la maestra en ciencias sociales en el área de salud y Jefa de servicio del Hospital General del ISSSTE de Hermosillo Sonora en México, Lucero Juárez Herrera y Cairo, da cuenta de esta relación en su texto (2009) *Apropiación de derechos sexuales y reproductivos en la adolescencia: dimensiones de la ciudadanía*. Documento que explicita que el derecho a la información se vincula con el goce de los DSR y su relación con la ciudadanía de adolescentes, pero que “aunque los derechos sexuales ya son reconocidos como tales, no son contemplados íntegramente en todas sus dimensiones, pues sufren embates desde sectores conservadores y fundamentalistas, e incluso desde esferas gubernamentales, a través de la censura. En el caso de los y las adolescentes esto se ha visto en las confrontaciones sobre aspectos relacionados con su educación sexual, que afecta directamente su derecho a la información científica y laica sobre sexualidad o en las condenas al ejercicio de su sexualidad, incluyendo el autoerotismo o la diversidad sexual, así como el derecho a vivir su sexualidad libres de discriminación y violencia” (Pág.153).

La evidencia antes expuesta si bien revela el funcionamiento en México, esta situación es perfectamente extrapolable al contexto socio-cultural chileno observando lo que ocurrió luego de la publicación del libro “100 preguntas sobre sexualidad” lanzado a fines de septiembre de 2016 por la Municipalidad de Santiago y elaborado por 13 especialistas del Programa de Educación Sexual de la misma municipalidad. En la polémica por los contenidos explícitos del texto, el senador UDI Iván Moreira expresó en una columna en el página del Senado que “este manual aborda la sexualidad desde una perspectiva material, desvinculándola por completo de su dimensión espiritual, dejando de lado lo más importante de toda relación humana: el amor y el respeto hacia el prójimo”(MOREIRA, 2016) o los dichos del senador y precandidato presidencial Manuel José Ossandón, quien en referencia al contenido del texto señaló que "eso no es educación sexual. Ese sexo anal no es sexo, es otra cosa. No sé si están tratando de meter alguna ideología, porque en el fondo para los padres una educación como esa, muchas veces, puede ser una falta de respeto para lo que creen los padres"(EL MOSTRADOR, 2016). Ante los

cuestionamientos, los especialistas encargados de la construcción del texto como Raffaella di Girolamo, sicóloga, sexóloga y coordinadora a cargo del Programa de Educación Sexual de la Municipalidad de Santiago, quien tuvo que intervenir variadas veces en distintos medios de comunicación para explicar y defender el contenido y la metodología utilizada en la construcción del libro, explicando en variadas oportunidades que el texto consideró las dudas y preguntas de padres, apoderados y estudiantes de los diversos liceos de la comuna, a partir de las actividades realizadas por el programa (CANAL 13, 2016)⁸.

A partir de la evidencia mexicana y la chilena es posible identificar las problemáticas que giran en torno al derecho a la información, los intentos por llevar a la práctica la legislación en la cuestión y las respuestas que esto conlleva. Reforzando la concepción de que no basta con considerar los DSR como derechos humanos, sino que estos deben ser vividos y garantizados. Por ello, a pesar del nivel de protección de los DSR por el derecho internacional, el país aún está al deber con la incorporación de las normas internacionales a las existentes en Chile en un nivel general

En este contexto, reconocer los DSR de las personas en general y de las mujeres en particular se hace necesario pues estos aún no están consagrados en la Constitución de la República de Chile. Aunque ha existido un esfuerzo político por parte de instituciones como el SERNAM⁹ por incorporar el reconocimiento de los DSR en la normativa chilena, los proyectos de ley vinculados directamente a esta materia descansan en el Congreso- como el caso de la Ley Marco de derechos sexuales y reproductivos- y las normativas específicas no son lo suficientemente completas para establecer parámetros y soluciones a los problemas de esta índole que diariamente aquejan a las diversas mujeres que vivimos en el país.

El 17 de marzo del 2014 el portal de noticias Emol.com anunció que la Comisión de Salud de la Cámara de Diputados iniciaría la discusión sobre el proyecto de ley que regula la despenalización de la interrupción voluntaria del embarazo en tres causales. En la ocasión participaron la Ministra de Salud, Carmen Castillo; del SERNAM, Claudia Pascual; de la Secretaría General de la Presidencia, Ximena Rincón; y de Justicia, José Antonio Gómez. Tal como se anunció: “El proyecto, enviado por la Presidenta Michelle Bachelet el pasado 31 de enero, plantea la interrupción del embarazo por tres causales: cuando está en peligro la vida de la

⁸ La especialista fue invitada la mañana del 29 de septiembre al matinal de televisión Bienvenidos de Canal 13

⁹ Sobre todo por la labor de la ministra Claudia Pascual para defender el proyecto de aborto tres causales en el Congreso

madre, cuando el feto sea inviable y en caso de que el embarazo sea producto de una violación” (GOBIERNO DE CHILE, s.a). La discusión en Chile acerca de uno de los tantos DSR de las mujeres tiene un curso incierto hasta el momento, pero de gran expectativa: después de 15 años se muestra interés por legislar en esta materia. Sin embargo, ¿Cómo es posible que se discuta por la despenalización del aborto, si el proyecto de ley que busca establecer las directrices de las políticas sobre los DSR en Chile descansa en el Congreso hace más de una década?

Mientras el debate continúa en las salas de la Quinta Región, en Chile el aborto es la primera causa de muerte materna, según estimaciones realizadas por Ana María Pizarro para la ONG SI MUJER en Nicaragua. La discusión sobre el aborto se hace necesaria actualmente, pero para ello también es necesario comprender que no es la única demanda con urgencia en este ámbito y que por cierto, Chile no posee un marco legislativo por el cual abocarse en el caso de ser aprobada la ley que actualmente se discute en el Congreso, ni cuenta con un marco normativo garante que de resguardo de garantías para disfrutar nuestros derechos sexuales y reproductivos de forma parcelada, mucho menos sistemática e integrada.

Que en Chile aún no se establezcan fundamentos explícitos, ni normativas asociadas a los DSR se convierte en un acto paradójico y propio del sistema patriarcal en el que vivimos: culturalmente se nos impongan roles que debemos cumplir por mandato “natural”, como si ser mujer significa ser madre y/o estar al cuidado de otras personas; a lo largo de la historia, políticamente nuestro ámbito de participación se ha intentado reducir a la esfera de lo privado: mujeres en las casas y con diferente acceso y oportunidades en comparación a los hombres para recibir educación, y de participar en la política- aunque ya se han empezado a experimentar cambios por parte de las nuevas generaciones- o igualdad salarial en el ámbito de lo laboral, solo por nombrar algunas; mientras que institucionalmente el reconocimiento y las garantías nos limitan a ser un cuerpo que debe mantenerse en buen estado para traer más hijos/as al mundo, o para continuar trabajando en las áreas que se nos han impuesto. Como si fuera poco, este sistema no le basta con que se nos hayan impuesto categorías y roles -de las cuales muchas mujeres ya hemos tomado conciencia- sino que tampoco existe el resguardo de que los podamos vivir con plenitud.

Es por ello que el presente ensayo tiene por objetivo describir y analizar la situación de los DSR en Chile, estructurando su presentación en tres partes. La primera trata sobre los DSR a modo general, describiendo su evolución histórica, conceptual y normativa a nivel internacional,

desde el enfoque de los Derechos Humanos. Posterior a ello, se presentan otros tipos de enfoques que se le vinculan a los DSR, desde las observaciones y trabajos realizados por las feministas a nivel mundial, los cuales se vinculan a los conceptos de autonomía, ciudadanía y empoderamiento social, entendiendo que los DSR si bien son derechos de todas las personas, estos deben ser observados con una perspectiva de género y sobre todo feminista. Para luego, dar cuenta de cuáles han sido los intentos por legislar en la materia, evidenciando la discusión del Proyecto de Ley Marco que espera hace 16 años en el Congreso, el cual tiene como propósito ser un instrumento legal que permita resguardar y garantizar los DSR en Chile. Lo anterior con la finalidad de expresar la importancia de estos globalmente, a partir de las diversas formas en cómo estos se han concebido a nivel mundial.

Luego en el segundo capítulo exploraremos cuáles y cómo son las políticas públicas vinculadas a los DSR en Chile. A partir de su análisis, encontramos que el gobierno divide estos programas según edad y género, siendo vinculados a las mujeres directamente y divididos según la edad, dependiendo si se encuentran en edad fértil o no. Además, tal como así lo indica la comunidad internacional, estos derechos se relacionan en dependencia al acceso a la salud y educación. De ahí que las políticas públicas encontradas en el país abogan directamente a dos aristas: el cruce entre los DSR, la educación y la salud en sexualidad y reproducción.

De modo que este segundo capítulo, comienza explicando los hitos relevantes sobre los DSR en Chile a través de un sucinto trayecto histórico, el cual ya empieza a dar cuenta que en Chile las cuestiones vinculadas a la sexualidad y la reproducción se ligan a la salud primordialmente. Posteriormente se continúa con los diversos programas gubernamentales sobre sexualidad para los/as adultos mayores, dando paso a las políticas públicas encontradas para mujeres que ya viven en etapa de edad fértil, abordando dos en particular: el Programa Nacional de prevención y control del VIH/Sida y las ITS, y el Programa Buen vivir de la sexualidad y la reproducción. Posteriormente se presenta el inicio de la vida sexual y el embarazo adolescente, en tanto una situación “problemática”: Programa salud integral adolescentes y jóvenes, y los diversos planes de educación sexual y reproductiva que se entregan en los establecimientos de enseñanza subvencionada por las municipalidades en Chile. Apartado que termina ejemplificando el cruce entre salud y educación sexual y reproductiva para adolescentes en la comuna de Alto Bío-Bío.

Finalmente, en ese segundo capítulo se explicita los resultados de la Evaluación de la implementación de la declaratoria ministerial firmada en 2008 por las ministras de Salud y

Educación de la época, en materia de avances de los DSR. Con esto, dar cuenta de cuáles son las políticas públicas gubernamentales en la materia en relación a otros países de Latinoamérica.

El último capítulo, La píldora del día después y el aborto: patriarcado en Chile, muestra cómo se han desarrollado primero la discusión por la entrega de la píldora del día después en centros asistenciales públicos y la actual discusión sobre el aborto. Ambas controversias presentan las mismas líneas argumentativas por parte de los sectores conservadores de la sociedad, respecto a si las mujeres debemos o no acceder a este tipo de tecnologías, en tanto podemos decidir sobre nuestros cuerpos y proyectos de vida.

Gracias a la presentación de ambos debates es posible asegurar que hay un denominador en común: existen actores sociales que sistemáticamente se oponen en avanzar en la discusión legislativa que incluye reconocer a las mujeres como sujetas de derecho que pueden decidir sobre sus proyectos de vida. Entre estos actores está la Iglesia Católica.

A partir de este esclarecimiento, en el apartado final se evidencia la relación entre: la Iglesia Católica, dando cuenta del poder que esta institución tiene para poder opinar sobre estas cuestiones; algunos legisladores en Chile, quienes toman decisiones bajo las influencias de estos poderes fácticos; y el patriarcado, en tanto sistema que excluye a las mujeres como sujetas de derecho. Es a partir de esta vinculación, que es posible empezar a comprender que el contexto nacional se inserta en un sistema mundial mandado por hombres, que posee aliados estratégicos para que el discurso del patriarcado se siga sustentando y que da paso a que los programas y políticas públicas del país se den de una forma y no de otra.

De ahí que las preguntas centrales que se van a intentar responder a lo largo de la presentación de todos estos elementos es: ¿Cómo aborda Chile los DSR? ¿Queda solo en el enfoque de Derechos Humanos o también integra otros enfoques? ¿Por qué? ¿Qué nos dicen las políticas gubernamentales? ¿Qué nos dicen las discusiones sobre DSR en el debate público?

CAPÍTULO I

¿CÓMO SE HAN DEFINIDO LOS DSR?

Los DSR son derechos humanos reconocidos en tratados y documentos internacionales vinculados al derecho básico de todas las personas a decidir libre y responsablemente el número y espaciamiento de hijos e hijas. Así como también a disponer de la información, la educación y los medios para ello; a alcanzar el nivel más elevado del goce de prácticas sexuales y reproductivas; y, a adoptar decisiones sobre la reproducción sin sufrir discriminación, coerción y violencia. En el informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el desarrollo de la ONU realizada en 1994 en El Cairo se sentaron las bases para el entendimiento de la salud reproductiva a nivel mundial, donde se reconoció que este derecho no solo integra el bienestar físico, sino que también remite a una arista mental y social, donde no basta la mera ausencia de enfermedades.

Siguiendo la misma línea, la Organización Panamericana de la Salud ya en 1998 indicó que la salud reproductiva es piedra angular del desarrollo humano, tanto individual como social, pues está relacionada con los valores, cultura y visión de futuro que cada persona tiene. Mientras que la influencia que esta pueda tener en los ámbitos individuales, familiares y de la comunidad son diversos. Pues, a lo largo de la vida de cada persona y en el plano de la población, se exige atención a causa de su potencial para contribuir al logro del desarrollo sostenible para su comunidad, siempre considerando que los DSR son relevantes en el espacio público.

La salud reproductiva no se reduce a la planificación familiar en el espacio de lo privado, sino que es un concepto mucho más amplio, que se extiende hacia la esfera pública en tanto acceso a educación reproductiva, gozar y tener las condiciones para vivir la maternidad sin riesgo, acceder al control de las enfermedades de transmisión sexual, recibir atención de complicaciones por la realización de un aborto y la incorporación de la perspectiva de género en la atención de la salud reproductiva, entre otros.

El derecho de decidir cuántos hijos tener y el derecho a la información pareciesen ser fundamentales cuando se habla de derechos reproductivos, pero es necesario complementarlo: también se debe asegurar el derecho a recibir prestaciones de salud eficientes e información respecto al ejercicio de la salud sexual y reproductiva. Cuestión que debe incluir también el acceso a métodos anticonceptivos y a contar con un programa de aborto seguro para quien lo

solicite; así como también el acceso a concepción asistida, como la fecundación in vitro, dado los altos costos de estos tratamientos, siendo un privilegio solo para algunos/as.

Los derechos reproductivos limitan la posibilidad de injerencias o coacciones arbitrarias de terceros o del Estado, lo que ciertamente incluye la discusión sobre la legitimidad de políticas públicas sobre el control de la natalidad y la regulación del aborto, por ejemplo. De allí que el enfoque aceptado consuetudinariamente es que las decisiones en materia de reproducción y salud, incluyendo la maternidad, son decisiones privadas y consensuales entre parejas. Sin embargo, la discusión respecto a los DSR no puede quedar relegada a lo privado, ya que lo público juega roles importantes. En ese sentido, la participación del Estado debe ir en dirección a garantizar estos derechos. Por ejemplo, el impedimento y la criminalización del aborto, así como no establecer planes de educación sexual y reproductivos efectivos es una decisión que emana de lo público y que trae muchas repercusiones en la esfera de lo privado.

La libertad que debe asegurarse para el libre goce de la reproducción, lleva implícito el derecho de mujeres y hombres a obtener información y a tener acceso a unos métodos de planificación familiar de su elección que sean seguros, eficaces, asequibles y aceptables, así como a otros métodos para la regulación de la fecundidad que no estén legalmente prohibidos. Además del derecho a recibir servicios adecuados de atención a la salud que faciliten a las mujeres embarazos y partos sin riesgos, y que den las máximas posibilidades de tener hijas e hijos sanos.

El derecho al aborto como derecho reproductivo es uno de los tópicos más controversiales en nuestra región. No están claramente definidos en las leyes nacionales de los diversos países de Latinoamérica, aunque en algunos casos se ha incorporado nuevos supuestos de excepción de punición, como el aborto por violación. Por ejemplo, en Nicaragua no se acepta el aborto por violación ni el aborto terapéutico, mientras que en otros países se ha disminuido las penas vinculadas a este supuesto delito. Aun así, no es posible afirmar que existe una tendencia a flexibilizar la penalización del aborto y que se esté abriendo camino para su despenalización.

Al contrario, hay una corriente bastante fuerte que se expresa, por ejemplo, en la tendencia a atribuir vida humana desde la concepción y la protección del embrión desde ese momento, lo que se convierte además de un obstáculo para la despenalización del aborto, en el impulso de un movimiento que pretende hacer retroceder lo que se avanzó hasta este momento. Sin embargo, hablar de los derechos sexuales a partir de conferencias o tratados internacionales, pareciese ser

más complejo. El Programa de Acción de El Cairo de 1994 y la Plataforma de Acción de Beijing de 1995 que son los últimos instrumentos internacionales que abordan estas temáticas, si bien se refieren a los derechos reproductivos explícitamente, los derechos sexuales no son evidenciados como derechos humanos explícitamente.

Este vacío quizá haya contribuido a que exista un menor consenso sobre la naturaleza y alcance de los derechos sexuales. Esta situación se puede explicar porque aún sigue siendo más difícil y polémico tratar los temas de sexualidad que los de reproducción, sobre todo si se consideran las implicancias de hacerlo desde un enfoque de derecho. Es más, ha sido frecuente emplear la expresión “derechos sexuales y reproductivos” como si se tratara de un mismo universo.

Como señala Alice Miller¹⁰, “la yuxtaposición entre derechos reproductivos y derechos sexuales ha servido, inesperadamente, para que se tome a los segundos como un subconjunto de los primeros, con una articulación mucho menos elaborada de obligaciones estatales y de contenidos desde la perspectiva de género. La idea de que los derechos sexuales son un subconjunto de los derechos reproductivos oculta los procesos socialmente construidos que ligan la heterosexualidad con la procreación y el matrimonio” (Pág.7). Por lo tanto, es conveniente hacer un esfuerzo por definir qué son los derechos sexuales, ya que no hay por qué vincular la sexualidad con la reproducción.

Hasta el momento se ha señalado que los derechos sexuales garantizan que las personas tengan control sobre su sexualidad, por ello deben considerarse aristas como la identidad sexual, la elección de la pareja, la elección de orientación y la ausencia de actividad coercitiva.

Cuando se define que los derechos sexuales incluyen el derecho humano de las mujeres a tener control respecto de su sexualidad, incluida su salud sexual y reproductiva, y a decidir libre y responsablemente sin verse sometida a coerción, discriminación o violencia; se supone que se deben garantizar relaciones sexuales igualitarias entre mujeres y hombres, que garanticen el pleno respeto a la integridad de la persona y el consentimiento mutuo, asumiendo de forma compartida las responsabilidades y consecuencias del comportamiento sexual.

10 Alice Miller es profesora asociada de Derecho de la Facultad de Derecho de Yale y Co- Directora de la Asociación Mundial para la Justicia de la Salud. También profesora Clínica Asistente en la Yale School of Public Health, es experta en temáticas de género, sexualidad, salud y los derechos humanos internacionales.

Se vuelve fundamental el acceso a la información necesaria para tomar decisiones libres e informadas, las cuales, además, contribuyan a la eliminación de estereotipos culturales y legales que impidan el ejercicio libre y pleno de estos derechos.

El bienestar personal y social asociado no debe ser obviado, pues fortalece los lazos humanos, la mutua atracción de los esposos o las parejas, la intimidad, el afecto, la estabilidad social, maximizando el desarrollo y seguridad humana. De igual forma, los derechos sexuales crean las condiciones que permiten que las personas determinen si quieren vincular la actividad sexual con fines reproductivos o no, y refuercen su derecho a tener prácticas sexuales no reproductivas.

El concepto de salud sexual se vincula al mejoramiento de la vida y de las relaciones personales, lo que implica la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos, donde los servicios de salud sexual no deberían estar meramente orientados al asesoramiento y la atención en materia de reproducción y enfermedades de transmisión sexual.

No obstante, en el concepto de salud sexual se esconde otra veta que debe ser observada con cautela, pues tal como menciona Miller “Conceptos como "salud sexual" y "sexualidad saludable" -pese a que por lo general contribuyen de manera positiva a posicionar a la sexualidad como un tema digno de estudio y atención- tienen la peligrosa tendencia a pasar de denotar conductas sexuales libres de coerción, violencia, riesgo de enfermedad, etcétera a definir lo que sería el sexo "normal, natural" (MILLER, s.a) y a crear una jerarquía que excluye a las sexualidades diversas o, para algunas, perversas”. Es por ello que la salud sexual, si bien es una arista de los derechos sexuales en su conjunto y son una parte constitutiva de ellos, no son el todo.

El Servicio Nacional de la Mujer (SERNAM) desde la primera mitad de la década de los dos mil viene advirtiendo de la precariedad de los derechos sexuales y reproductivos en el país, a pesar de los esfuerzos que desde varias décadas han realizado distintas instituciones como el Instituto Chileno de Medicina Reproductiva (ICMER) y la Corporación de Salud y Políticas Sociales (CORSAPS) junto a otras organizaciones sociales, con el fin de posicionar esta problemática. Así en el año 2003 el SERNAM en su informe “Chile: situación de la salud y los derechos sexuales y reproductivos”, enfatizaba que el país “aparece avalando los derechos sexuales y reproductivos como derechos humanos, de acuerdo a los postulados de Naciones Unidas. Sin embargo, el Estado Chileno no ha implementado mecanismos de difusión y protección de estos derechos. La ciudadanía, al no conocerlos, no presiona al Estado para que

este genere las condiciones que permitan ejercerlos. Los esfuerzos del sector salud, educación y justicia no han sido suficientes para sentar las bases que posibiliten el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, y el acceso a los servicios integrados necesarios para el cuidado de la salud sexual y reproductiva de todas las personas. La promoción de los derechos sexuales y reproductivos, implica incentivar una modificación de las relaciones de género y apoyar la igualdad de oportunidades de hombres y mujeres. Es, también, eliminar toda discriminación, por edad, orientación sexual, etnia, nivel socio-económico o religión, en el acceso a la educación y servicios de salud sexual y reproductiva. Es necesaria una amplia expansión de la ciudadanía, para que las personas puedan expresar sus opiniones, tomar decisiones informadas sobre temas tan importantes como sexualidad y reproducción y decidir su futuro en libertad” (SERVICIO NACIONAL DE LA MUJER, 2003).

A más de 13 años del lanzamiento de este informe y del conocimiento oportuno de la demanda que este tema tiene a nivel internacional ¿Qué dicen las diversas convenciones y tratados internacionales? ¿En qué terreno se ha discutido y cuáles son sus avances más inmediatos? ¿Qué es lo que ha pasado en Chile? ¿Cómo el Estado y sus diversos gobiernos le han dado respuesta?

1.1 Normativa internacional sobre derechos sexuales y reproductivos en el mundo

La primera normativa que debemos estudiar es la Declaración Universal de Derechos Humanos (1948), ya que es aquella que consagra el respeto universal a los Derechos Humanos y a las libertades fundamentales de todos sin hacer distinción de raza, sexo, idioma o religión, así como también el Pacto Internacional de Derechos económicos, Sociales y Culturales (ICCPR, 1966), y el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (ICESCR, 1966) y sus dos protocolos facultativos.

Mención aparte merece para la Declaración de los Derechos de la Mujer y la Ciudadana, que constituye el primer documento que habla sobre la igualdad jurídica y legal de las mujeres en relación a los hombres. En 1789 se publicó la Declaración de los Derechos del Hombre y del Ciudadano por parte de la Asamblea Constituyente francesa, la cual se convirtió en el prefacio de la Constitución de 1791, carta magna que consistía en leyes exclusivamente para los hombres (es decir, no se tomaba la palabra “hombre” como un sustituto de la palabra “ser humano”). Por ello, Olympia de Gouges en 1791 escribió la Declaración de los Derechos de la Mujer y la Ciudadana entrando las mujeres a la historia de los derechos humanos, por lo menos a través de un

documento no oficial. En este texto, Olympia reclamó la igualdad que defiende la Revolución Francesa para las mujeres y denunció la manera en que ésta, después de que los ilustrados de la época se aprovecharan de la participación de las mujeres en eventos como la toma de la Bastilla, para luego volver a asignarles roles domésticos en los espacios privados, olvidándose de incluirlas en el proyecto igualitario por el que habían luchado. Olympia fue condenada a la guillotina dos años luego de la publicación de su texto.

Entre las convenciones de Derechos Humanos más importantes en materia de DSR, se encuentra la Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación Racial (ICERD, 1965), la Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación Contra la Mujer (CEDAW, 1979), la Convención contra la Tortura y Otros Tratos y Penas Cruelles, Inhumanos o Degradantes (CAT, 1984), la Convención Internacional de Derechos del Niño (1990), la Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer (1996, Convención Belém do Pará), entre otras.

A continuación se muestra una tabla con las principales convenciones, pactos y acuerdos internacionales que reconocen los derechos de las mujeres y que ponen en manifiesto la necesidad de legislar en cada Estado sobre los DSR con un enfoque de género y antidiscriminación.

Instrumentos Internacionales sobre los DSR¹¹¹²

Año	Nombre	Descripción
1979	Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (CEDAW)	Buscó enfrentar el problema de la discriminación por sexo en contra de las mujeres explicitando qué obligaciones se derivan del hecho de reconocer derechos ya consagrados en el Pacto Internacional sobre Derechos Civiles y Políticos (CCPR). La discriminación y la violencia de género ya se encontraban prohibidas por el CCPR, y la CEDAW especificó exactamente qué debía hacer cada Estado para cumplir con respetar y garantizar el derecho a la no discriminación.
1984	Convención contra la Tortura y	Útil en materia de violencia de género pues, además de prohibir la tortura de cualquier persona, puede utilizarse para sostener que diversas formas de violencia contra las mujeres pueden llegar a ser calificadas como

¹¹ Para su confección se consideró el análisis hecho por la académica y experta en análisis internacional de Derechos Humanos Patricia Palacios Zuloaga, en su texto El tratamiento de la violencia de género en la organización de Naciones Unidas (PALACIOS, 2009).

¹²Para un mejor entendimiento de la tabla se ha elaborado un glosario con definiciones de los diferentes instrumentos. Ir a Anexo 1: Glosario de Instrumentos Internacionales.

	Otros Tratos o Penas Crueles Inhumanos y Degradantes (CAT)	tortura, a pesar de estar relegadas a la esfera privada, pese a que no han sido tradicionalmente calificadas de ese modo. Se ha afirmado que la violencia doméstica y las prácticas de mutilación genital femenina, entre otras, son actos que podrían llegar a ser calificados como tortura. Según la Convención, si el Estado no interviene para prevenir actos de violencia intrafamiliar se puede entender que el agresor actúa con aceptación de éste, haciendo que el Estado incurra en responsabilidad internacional. Luego de definir la tortura, CAT procede a detallar las obligaciones del Estado, las cuales se relacionan a la prohibición de la tortura en el orden jurídico interno, la obligación de investigación de actos de tortura y la persecución penal de torturadores, su extradición y la reparación de víctimas de tortura.
1993	Declaración sobre la Eliminación de la Violencia Contra la Mujer	Debido a su naturaleza jurídica este documento carece de la fuerza obligatoria de un tratado, sin embargo, refiere específicamente al fenómeno de la violencia contra las mujeres. Proclama que “la violencia contra la mujer constituye una violación de los derechos humanos y las libertades fundamentales e impide total o parcialmente a la mujer gozar de dichos derechos y libertades”. Siendo enfáticos en que este tipo de violencia se ha sostenido a lo largo del tiempo, donde “la violencia contra la mujer constituye una manifestación de relaciones de poder históricamente desiguales entre el hombre y la mujer, que han conducido a la dominación de la mujer y a la discriminación en su contra por parte del hombre e impedido el adelanto pleno de la mujer, y que la violencia contra la mujer es uno de los mecanismos sociales fundamentales por los que se fuerza a la mujer a una situación de subordinación respecto del hombre”. Uno de los aportes más significativos de esta Declaración es que proporciona una definición de violencia contra las mujeres, llenando así el vacío dejado por los documentos generales de derechos humanos y por CEDAW.
1994	La Conferencia Mundial sobre Población y Desarrollo	Emanó del Programa de Acción de El Cairo: Primera conferencia internacional que definió los derechos reproductivos y salud reproductiva. Además, enumera los componentes en los cuales se basan esos derechos, tales como la decisión libre y responsable sobre cuándo y cuántos hijos tener, disponiendo de la información necesaria sin sufrir discriminación, coacción o violencia.
1995	La IV Conferencia Mundial sobre las Mujeres	En la Plataforma para la Acción, en el tema referido a la Salud recoge el concepto de salud reproductiva expresado en el programa de Acción de El Cairo y define los derechos sexuales, los cuales hasta el momento no habían sido definidos. Además, sostiene explícitamente los derechos asociados a la gravidez indeseada y recomienda servicios seguros en los casos permitidos, recomendando que las mujeres que sufren embarazos no deseados deban tener fácil acceso a una información veraz y a un asesoramiento comprensivo. En los países donde el aborto no sea contrario a la ley, estos deberán realizarse en condiciones de seguridad. También se refiere a los embarazos no deseados como efecto de la violencia sexual y sexista, y el embarazo forzado como violación de los derechos humanos fundamentales y del derecho humanitario internacional.
1998	Estatuto de la Corte Penal Internacional	Se define y expresa por primera vez en el derecho internacional penal que la violación, la esclavitud sexual, la prostitución forzada, el embarazo forzado, la esterilización forzada y otras formas de violencia sexual son crímenes contra la humanidad y crímenes de guerra. El

		Estatuto de Roma determina que la violación y otros delitos reproductivos y sexuales están al mismo nivel de los crímenes internacionales más atroces, constitutivos en muchos casos de tortura y genocidio.
1998	Convención Belém do Pará	Si bien la Convención CEDAW fue un primer logro en cuanto a sustraer la violencia contra las mujeres del ámbito privado al público, introduciéndose en el debate y en el tratamiento de los Derechos Humanos, continúa existiendo en Latinoamérica una situación generalizada de violencia intrafamiliar. Esta convención garantiza a las mujeres el derecho a una vida libre de violencia y obliga a los Estados partes a “prevenir, sancionar y erradicar cualquier acto o conducta que cause la muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a la mujer por su género, ya sea en el ámbito familiar o doméstico, en la comunidad, lugar de trabajo o establecimiento de cualquier otro tipo, o sea perpetrada o tolerada por agentes del Estado”. Al igual como ocurre con la CEDAW, la jurisprudencia nacional disponible que aplique directamente la Convención de Belém do Pará en Chile es escasa, pese a su vigencia desde hace ya trece años.
2013	Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo	Si bien el Consenso busca tomar medidas respecto a la Salud sexual y reproductiva, es primera vez que se reconocen los DSR como derechos humanos en un texto internacional de esta índole. Como medidas vinculadas a los DSR están para los países que tienen despenalizado o legalizado el aborto, asegurar la existencia de servicios de aborto seguros y de calidad para las mujeres que cursan embarazos no deseados; y para los países que aún no lo tienen legalizado, se insta a considerar la posibilidad de modificar las leyes, normativas, estrategias y políticas públicas sobre la interrupción voluntaria del embarazo para salvaguardar la vida y la salud de mujeres y adolescentes. Así como también mejorar el acceso a información científica y laica sobre métodos anticonceptivos.

Durante las últimas décadas ha habido importantes avances en materia de derecho internacional respecto al reconocimiento de la situación de inequidad y desigualdad en la cual se encuentran las mujeres respecto a los hombres en el mundo. Reconocer la persistencia de las formas de discriminación basadas en el género aún con la existencia de diversos instrumentos internacionales en relación a los Derechos Humanos, llevaron a la necesidad de formular instrumentos específicos para combatir la discriminación e inequidad de las cuales sufren las mujeres y así resguardar su dignidad, condición inherente a ellas.

La necesidad de avanzar en establecer en un instrumento internacional que los DSR son derechos humanos que deben garantizarse, fue una de las razones que motivó a que el Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo, resultado de la primera reunión de la Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo de América Latina y el Caribe realizada en Montevideo, Uruguay en agosto de 2013; represente actualmente uno de los documentos más progresistas en

salud y derechos sexuales y reproductivos en el mundo. Este acuerdo histórico logra- por primera vez en un documento negociado por las Naciones Unidas- definir explícitamente los derechos sexuales como derechos humanos y representa una nueva agenda para el avance de derechos sexuales y reproductivos en la región de América Latina y el Caribe (NACIONES UNIDAS, 2013)¹³.

Respecto a todas las normativas internacionales antes descritas, Chile ha suscrito a todas ellas y como Estado participante y ratificante de estos acuerdos. De esta forma, el país debe responder a promover los cambios culturales, sociales, económicos, políticos, e institucionales necesarios para el pleno ejercicio de estos derechos. Una de las incorporaciones que ha realizado el país en la materia, y tal como expresa el artículo N°1 de la Constitución Política de la República "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".

Respecto a lo señalado, es deber del Estado promover una educación que reconstruya los roles socialmente asignados que perpetúan la desigualdad de género y que enfatice una valoración positiva de la sexualidad. Esta última entendida como un aspecto fundamental en todas las etapas de la vida. Asegurar estas condiciones contribuye a que las personas asuman responsabilidades en el ejercicio de todos los aspectos de la sexualidad, de tal manera que hombres y mujeres decidan con plena autonomía el ejercicio de su vida sexual y reproductiva. También debe ser obligación del Estado que este tome un rol preponderante en la generación de espacios pluralistas que permitan el debate y diálogos públicos en virtud de esta materia.

1.2 La importancia de los DSR desde el feminismo

El origen del enfoque de los DSR surge a partir de las reivindicaciones del movimiento feminista que, en los años 70, formula el concepto de Derechos Sexuales y Reproductivos de las Mujeres como el derecho a ejercer el control sobre su cuerpo regulando su sexualidad y capacidad reproductiva sin imposiciones, coerciones o violencia por parte de los hombres, así

¹³ Consenso de Montevideo sobre Población y desarrollo. Primera Reunión de la Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo de América Latina y el Caribe. Integración plena de la población y su dinámica en el desarrollo sostenible con igualdad y enfoque de derechos: Clave para el Programa de Acción de El Cairo después de 2014 (12 a 15 de agosto 2013) Montevideo.

como la exigencia de que éstos asuman su responsabilidad por el ejercicio de su sexualidad. Las reivindicaciones planteadas por los movimientos feministas en foros y conferencias internacionales obligaron a las Naciones Unidas, durante la década de los noventa, a reformular sus conceptualizaciones y orientaciones en materia de políticas de población, salud, desarrollo y derechos humanos. Paralelamente a esta tendencia, también en el marco de las Naciones Unidas, se institucionalizó el enfoque del Desarrollo Humano, que se centra en garantizar el pleno desarrollo de todas las personas y que confluye con el enfoque de DSR.

Los derechos sexuales y los derechos reproductivos han avanzado gracias al esfuerzo local e internacional de incidencia por parte de las organizaciones feministas y de mujeres. Sin embargo, a pesar de los esfuerzos, aún no existe una definición consensuada de los mismos (GONZÁLEZ & PAJARES, 2012).

Un buen punto de partida para entender los DSR desde una óptica feminista es el texto realizado por la Federación Internacional de Planificación Familiar (IPPF), por la Derechos sexuales: una declaración de IPPF¹⁴, porque introduce nuevos elementos a la definición más utilizada de la Organización Mundial de la Salud (OMS), ya que insta que los derechos sexuales están constituidos por una serie de beneficios relativos netamente a la sexualidad, indistintamente de la reproducción, estableciendo que los derechos sexuales emanan de los derechos a la libertad, igualdad, privacidad, autonomía, integridad y dignidad de todas las personas.

Un concepto fundamental que surge gracias a la adopción del enfoque de DSR es la conformación del sujeto de estos derechos, lo cual da cuenta de una tensión en la formulación de un conjunto de derechos nuevos que se derivan de las reivindicaciones feministas en el campo de la sexualidad y la fecundidad. Por un lado, el reconocimiento del doble patrón de valoración de las conductas sexuales de hombres y mujeres ha dado pie a la formulación del “derecho de las mujeres al placer sexual”; por otro, la constatación de que la desigualdad de poder entre los géneros propicia que los hombres controlen los comportamientos reproductivos de las mujeres, lo cual ha dado origen a la reivindicación feminista de “mi cuerpo es mío” y a la exigencia de la despenalización de la interrupción voluntaria del embarazo, y de cambios culturales y legislativos que garanticen el respeto a la integridad del cuerpo de las mujeres, y propicien el

¹⁴ Para más detalles ir a Anexo 2: “Derechos Sexuales: una declaración de IPPF”

empoderamiento de las mujeres para resistir la coacción, imposición y violencia masculinas en estos ámbitos

Es por ello que los DSR no se pueden entender si no comprendemos las lógicas de género, que tal como define Nuria Varela en su libro *Feminismo para principiantes* (2013), el género son las “normas y conductas asignadas a los hombres y mujeres en función de su sexo” (Pág.181). Mientras que “cuando hablamos de sexo nos referimos a la biología- a las diferencias físicas entre los cuerpos de las mujeres y de los hombres” (VARELA N. , 2013)¹⁵.

Siguiendo lo expresado por Elixabete Imaz Martinez en su texto *Mujeres gestantes, madres en gestación. Metáforas de un cuerpo fronterizo* (IMAZ MARTINEZ, 2011), “Todo conocimiento y toda vivencia corporal es resultado de un aprendizaje. No hay una forma natural de sentir el cuerpo (...). El embarazo, el parto y el amamantamiento como experiencias corporales son vividos de diferente manera según los saberes que sobre el cuerpo tenga determinada sociedad. Considerado como lo natural por antonomasia en lo humano, le atribuimos la capacidad de explicarse por sí mismo. Pero el cuerpo que utilizamos como nuestra carta de presentación social no nos expresa más que a partir de un lenguaje socialmente compartido. Moldeamos la que es nuestra primera herramienta frente a la sociedad” (Pág.98). De ahí que para las feministas se convierte fundamental hablar de DSR en tanto comprendemos que los procesos fisiológicos como el embarazo – por tanto la reproducción- no solo debe quedar en la observación de un fenómeno biológico, sino que también constituye un proceso social, y por lo tanto, de dominaciones y poderes. De ahí, que es importante disputar espacios que tengan relación directa con las corporalidades y sus factores sociales.

En esta misma línea, Ana de Miguel¹⁶ en su columna de opinión *Sobre el derecho al aborto* publicada en el diario electrónico *Mujeres en red*, *El Periódico feminista*, devela esta supremacía impuesta por los hombres “en realidad, los varones se autodefinieron como el principio activo de la reproducción y se auto adjudicaron la patria potestad o derechos legales sobre los hijos. Y por eso, cuando no querían reconocer a un hijo éste era un hijo "natural" es decir no "cultural"; también se le consideraba un "hijo ilegítimo", es decir, que no estaba legitimado para nacer por su padre. Y por eso, también, en tantos lugares del mundo llevamos el apellido de nuestros

¹⁵ ÍDEM.

¹⁶Es profesora Titular de Filosofía Moral y Política en la Universidad Rey Juan Carlos de Madrid. Dirige el curso de Historia de la Teoría feminista y el Master Universitario Estudios Interdisciplinarios de Género del Instituto de Investigaciones Feministas de la Universidad Complutense de Madrid. Es una referente del feminismo español.

padres, porque de alguna manera, parece que nuestras madres no pudieron salir del todo del estatus de vasija u otro objeto de alfarería” (DE MIGUEL, 2012). Salir de los patrones establecidos que ligan a las mujeres con la reproducción como si ser madres fuese un rol “esencial” nuestro, y que las prácticas sexuales solo deben estar asociado a ellos, e introducirlo desde una concepción de derechos donde se evidencien las lógicas de dominación que los hombres han perpetuado sobre las mujeres- y otros géneros- ha sido, sin dudas, una ganancia de los movimientos feministas a nivel internacional, en tanto reconocimiento de derechos.

Tal como se expresa en el texto *Miradas Feministas en la Agenda del desarrollo, Derechos Sexuales y Reproductivos* (COOPERACIÓ, 2011)¹⁷“los DSR suponen una redefinición de las fronteras entre lo público y lo privado, así como de las categorías que determinan las políticas públicas y el reconocimiento y apropiación del cuerpo. Se define de esta manera un nuevo paradigma de derechos, basado en la libertad de cada cuerpo para poner en duda, cuestionar, rechazar, transformar los mandatos de género que pesan sobre él y sus deseos” (Pág. 15).

La doctora chilena María Isabel Matamala Vivaldi¹⁸el 31 de marzo de 2006 en la clase inaugural del Magister de Salud Pública de la Universidad de Valparaíso, explicó que “lo cierto es que hoy, Género está instalado como un concepto relacional que da cuenta de las relaciones sociales de poder y subordinación, entre mujeres y hombres, las cuales se expresan en el terreno biológico, económico, social, sexual, demográfico, político y cultural. Y hay consenso en cuanto a la necesidad de aplicar este enfoque en la formulación de políticas, por cuando ello contribuye a que las demandas sean más justas e inclusivas” (MATAMALA, 2006). De ahí, que se vuelve fundamental que en la construcción de políticas públicas tenga un enfoque de género, pues los DSR necesitan de un resguardo en todas las esferas de lo público.

En este sentido, las feministas hemos experimentado otra manera de hacer política: creando grupos y practicando la autoconciencia, conociéndonos y partiendo de nosotras mismas en la definición y reconocimiento de nuestros propios deseos, enlazando relaciones de confianza y apoyo con otras mujeres,. Esta manera de hacer política nos permite partir de nuestras necesidades y definir lo que queremos y lo que pretendemos que se nos reconozca como derechos

¹⁷Esta publicación se enmarca en una de las áreas de acción de Cooperació, denominada “Autonomía del cuerpo y sexualidades” en la cual participaron diversas organizaciones. Iamaneh de Mali, La Casa de la Mujer de Colombia, Las Dignas de El Salvador, Ca la Dona de Catalunya, Asociación de Planificación Familiar de Catalunya i Balears (APFCB)del Estado español, Cooperació del Estado español, Programa Feminista Centroamericano La Corriente, de Nicaragua y Creación Positiva del Estado español.

¹⁸ Investigadora del Observatorio de Equidad de Género en Salud, de la Universidad de Chile, e integrante de Articulación Feminista por el Derecho a Decidir.

en cuanto ciudadanas. Donde (COOPERACIÓ, 2011)“la ciudadanía sólo se puede alcanzar a través de la conquista de la autonomía del cuerpo, territorio sobre el cual históricamente se ha ejercido la opresión patriarcal. A este efecto, es imprescindible construir una fuerza organizada de mujeres y compartir el conocimiento y las prácticas de resistencia que las organizaciones feministas y de mujeres ejercen” (Pág.12).

Así, los enfoques feministas sobre los DSR, consideran el enfoque de los derechos desde la ciudadanía y el laicismo; siendo fundamental la autonomía de las mujeres y sus cuerpos como, la visión sistemática de la dicotomía entre lo público y lo privado donde los DSR son constitutivos de ambas esferas, y la visión entre el empoderamiento y la autonomía en estrecha relación (GONZÁLEZ & PAJARES, 2012)

Así, entender la ciudadanía de las mujeres va más allá de la definición formal de códigos legales, pues para el feminismo, el punto de partida sobre el cual construir la soberanía de las mujeres es reivindicarlas-nos como sujetos políticos activos y con capacidad de decidir sobre nuestras propias opciones personales, considerando cuerpo, sexualidad y deseos. De ahí que el concepto de autonomía está incluido en el eje vertebral del discurso sobre DSR, en tanto la conformación de ciudadanía de las mujeres y sus formas de organizaciones políticas y de desarrollo en la esfera pública, debe ser correlativa a las necesidades de las propias mujeres, y en este sentido es que para las feministas abordar los DSR solo desde las normativas queda al debe, en tanto sabemos que las normativas internacionales y los cuerpos legales de los diversos países están escritas o razonadas mayoritariamente por hombres. Y ahí es donde los DSR ponen al descubierto la relación que existe entre el espacio público y privado.

Históricamente estos derechos se pensaron como prácticas dentro del espacio privado, al relacionarse con las mujeres quienes eran las personas que se desarrollaban en esta esfera. Pero gracias a las demandas del feminismo es posible evidenciar que las prácticas en reproducción y sexualidad no solo atañen a un espacio “íntimo”, sino que también es motivo de análisis del espacio público, tanto de una esfera gubernamental como de la sociedad civil, y por lo tanto, de políticas públicas y participación ciudadana. Participación de la sociedad civil que justamente viene a reforzar la relación de empoderamiento de las personas- y sobre todo de las mujeres- sobre sus derechos, al estar consciente de manera autónoma cuáles son sus necesidades, y por lo tanto las respuestas que desea obtener. Así, el feminismo realizó una conquista fundamental en la transformación de las relaciones de género, al instituir en el proyecto de transformación social un

sujeto político que rompe históricamente con la heteronomía de lo que se ha denominado condición femenina, proporcionando a las mujeres la posibilidad de romper con la condición de víctimas y de transformarse en individuos autónomos, lo que significa tener una existencia propia dotada de autonomía y derechos.

Tal como se expresa en el texto *Miradas Feministas en la Agenda del desarrollo, Derechos Sexuales y Reproductivos* (COOPERACIÓ, 2011) “Considerar nuestros cuerpos como espacios de placer y de libertad nos permite avanzar en el ejercicio de la autonomía y nos legitima para luchar contra la violencia, entendida como herramienta de opresión. Partir del cuerpo es partir de nuestros propios deseos. Los poderes normativos desestimulan a las mujeres a vivir sus cuerpos en una dimensión placentera” (Pág.15)¹⁹. Un ejemplo claro está representado por la penalización del aborto en Chile, donde a las mujeres se les obliga a ser madres una vez producida la fecundación, vinculando la maternidad como una obligatoriedad de las mujeres y no como una práctica placentera. Siguiendo en la misma línea del texto de Edición Cooperacció, “pensamos en la reivindicación del placer como una práctica feminista de reapropiación del cuerpo, o sea de nuestro territorio oprimido. La reivindicación del placer viene a ser al mismo tiempo un objetivo y un método para promover los DSR. Creemos que los DSR son una herramienta imprescindible de lucha por la autonomía del cuerpo y para reconocer a las mujeres la capacidad de decidir sobre su propio cuerpo y, en definitiva, de ser libres”²⁰.

De esta forma para las feministas, estos derechos no deben ser disociados del principio de autonomía, empoderamiento, y construcción de ciudadanía para las mujeres. Incluso, desde una tribuna más radical, Ana de Miguel expresa que la lucha de las mujeres, “la mitad de la raza humana, ha tenido que ser la lucha por ser consideradas personas. Sí, las mujeres somos personas, naturaleza consciente. Y ser una persona es tener un proyecto de vida. Y esto hay que decirlo muy claramente: los hijos forman o no forman parte de un proyecto de vida. Por eso, si se cuestiona nuestro derecho a decidir si queremos tener un hijo o no, lo que se está cuestionando es nuestro derecho a ser personas, nuestra consideración misma como personas”.

En esto hay un punto importante en el cual detenerse, y es que si bien no hay consenso en el mundo del feminismo sobre qué son explícitamente los DSR, sí existe claridad sobre lo que es la salud reproductiva y la salud sexual de manera distinta. Mientras que la primera se define como

¹⁹Extraído el 24 de octubre de 2016 desde <http://cooperaccio.org/wp-content/uploads/2012/02/Cooperaccio-DSR-cast.pdf>

²⁰ ÍDEM

un “Estado general de bienestar físico, mental y social y no de mera ausencia de enfermedad o dolencia, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. Entraña además la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos, y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia” según Programa de Formación de Formadores/as en Perspectiva de Género y Salud, (MAZARRASA & GIL, s.a)²¹. Por otro lado, la Salud Sexual queda definida por la World Association For Sexology (WAS) como un “Estado de bienestar físico, psíquico, emocional y social en relación a la sexualidad; no es solamente la ausencia de enfermedad, disfunción o debilidad. La salud sexual requiere un enfoque respetuoso y positivo hacia la sexualidad y las relaciones sexuales, así como hacia la posibilidad de tener relaciones sexuales placenteras y seguras, libres de coerción, discriminación y violencia. Para poder alcanzar y mantener la salud sexual, los derechos sexuales de todas las personas deben ser respetados, protegidos y satisfecho”²². De ahí que los DSR no solo deben contemplar el bienestar físico de las mujeres, sin que también su estado mental. Además, no solo desde el enfoque de la salud sexual y salud reproductiva, sino que incluyendo las diversas aristas que esto contrae a nivel social: trabajar en el fortalecimiento de autoestima, el empoderamiento social, la autoconsciencia, y la igualdad de oportunidades sociales en los diversos ámbitos. Un ejemplo de ello incluso, como parte de los DSR sería el reconocimiento de la identidad de género.

Hasta el momento en este capítulo se ha realizado una revisión de qué se entiende por derechos sexuales y reproductivos en el contexto mundial, y la importancia de los DSR desde un enfoque feminista. Sin embargo, para comprender cuál es la discusión que actualmente se está dando en Chile, es necesario esbozar cual es el estado actual de la legislación del país.

1.3 Ley Marco sobre Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos en Chile

En Chile aún no existe un marco regulatorio amplio que oriente a la realización de políticas públicas, planes y programas sobre los derechos sexuales y reproductivos. Desde el año 2000 se encuentra en el Congreso la Ley Marco sobre DSR, la cual aún se encuentra en fase de proyecto, el cual busca garantizar el acceso a la salud sexual y salud reproductiva, dejando incluso de lado

²¹ Extraído el 18 de junio de 2016 desde http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/13modulo_12.pdf

²² ÍDEM

otras áreas importantes de los DSR, como la relación de identidad, ciudadanía, consciencia, entre otros.

En el boletín N°5933-11, se indica que los conceptos de salud sexual y reproductiva - esbozados por las agencias de las Naciones Unidas- son claves para comprender la orientación de este proyecto de ley. Además, se destaca que “han sido construidos a partir de un consenso internacional del cual Chile es parte”. Tal como indica el proyecto de Ley Marco sobre Salud y DSR, este tiene como objeto “establecer las bases normativas generales para que el Estado de Chile asuma su responsabilidad internacionalmente comprometida en relación a la salud y los DSR de mujeres y hombres, señalar la manera cómo estos derechos representan no sólo el cumplimiento de obligaciones internacionales, sino que también la materialización de los derechos fundamentales incorporados al ordenamiento jurídico vigente, tanto aquellos emanados de los tratados de derechos humanos ratificados por nuestro país y actualmente vigentes, así como los expresados en el propio texto constitucional que involucran aspectos de la sexualidad la y reproducción” (CÁMARA DE DIPUTADOS, 2008).

Durante la década de los noventa distintas organizaciones de la sociedad civil enfocadas en el área de la salud comenzaron a idear un nuevo proyecto de políticas públicas que, a modo de recomendación, tuvieran algún tipo de injerencia en la instauración de los DSR en el marco legislativo chileno, lo cual ya traía una fuerte demanda histórica a nivel nacional. Luego de que no resultara electa la diputada socialista Fanny Pollarolo, quien apoyó fehacientemente la iniciativa de las organizaciones de salud y DSR para realizar un proyecto de Ley, diversas organizaciones como Corporación Humanas consideraron necesario hacer un trabajo durante el año 2000, donde otros parlamentarios se vieran motivados a firmar el proyecto de Ley. El documento, que contaba con el trabajo y aprobación de organizaciones de la sociedad civil, fue firmado por distintos parlamentarios, entre ellos las diputadas María Antonieta Saa, Isabel Allende, Rosa González, Marina Prochelle y los diputados Jaime Barrauto, Osvaldo Palma, Jarpa Mulet y Ascencio.

Finalmente, el proyecto Ley Marco sobre DSR se presentó en octubre de 2000 en el Palacio de Gobierno de La Moneda. El primer ingreso del proyecto de ley al parlamento fue a través del Ministerio de Salud, sin embargo, otros proyectos tenían prioridad en la discusión de las grandes reformas a la salud: Plan AUGE, temas hospitalarios y derechos y deberes de los servidores de

salud, por lo que este primer ingreso es totalmente fallido pues no se logró la discusión de este proyecto en el parlamento.

Durante el año 2000, en un nuevo intento por hacer que el proyecto de Ley tuviera una discusión, organizaciones como Corporación Humanas y expertas como Claudia Dides y Lidia Casas²³ lo presentaron nuevamente ante el Congreso, pero este fue introducido en otra comisión del Congreso, siendo seleccionada la de Familia. Fue ahí donde se detuvo el proceso de discusión o como ellas indican “muere el proyecto”, debido a que dicha comisión estaba integrada por partidarios de derecha conservadores, quienes sin mayor discusión lo rechazaron.

Posteriormente en el año 2003 y 2004 se reactivó el trabajo de organización de la salud y de DSR, entre los que se encuentran el Movimiento Pro Emancipación chilena (MEMCH) y el Foro-Red de salud en asociación con el SERNAM, institución convocante para la elaboración de un informe sobre los avances en esta materia, el cual fue presentado ante la comisión de la Conferencia de Cairo. En julio del 2008 el Proyecto Ley Marco sobre Salud y DSR fue presentado ante el Parlamento con la participación de la sociedad civil. Sin embargo, nuevamente el proyecto quedó archivado y luego de siete años aún no existe discusión al respecto a pesar que está contemplado por segunda vez en la agenda presidencial en la línea de Identidad y Género del gobierno de Michelle Bachelet.

Aunque el Proyecto de ley fue presentado hace quince años atrás, hoy aún se hace necesaria una ley para que los derechos ya validados a nivel internacional se garanticen para toda la población, ya no tan solo desde la arista de la salud sino que de todos los componentes que integran a los DSR. María Antonieta Saa explicó en 2008 que “hay temas que ya están legislados como el VIH/Sida, por ejemplo. Hay una Ley en relación al Sida que obliga al Estado a preocuparse. Pero hay otros temas que no están legislados para nada”. (OBSERVATORIO GÉNERO Y LIDERAZGO, 2008).

En abril de 2014, ya en el segundo periodo presidencial de Michelle Bachelet, se anunció la presentación de un nuevo proyecto sobre DSR, y en enero de 2015 se lanzó el proyecto sobre despenalización del aborto. La entonces Ministra del SERNAM y actual Ministra de la Mujer y Equidad de Género, Claudia Pascual y el entonces Ministro de Justicia, José Antonio Gómez, se reunieron para delinear el trabajo conjunto en aquellos proyectos del programa de gobierno que involucran a ambas carteras, entre los que se encontraba la ley sobre DSR.

²³ Ambas académicas, activistas y expertas en materia de DSR desde la década de los noventa hasta la actualidad

El Ministro José Antonio Gómez indicó a los medios nacionales²⁴ que “el trabajo conjunto con la Ministra es vital desde el punto de vista de lograr la protección e igualdad de derechos entre hombres y mujeres. Por eso en los temas tratados en esta reunión, como violencia intrafamiliar, pensiones alimenticias impagas y la Ley de DSR, buscar la fórmula de hacerlo con prontitud es fundamental, porque sin duda estos son proyectos que requieren un trabajo coordinado importante. También hemos conversado respecto a la Ley de aborto que es un tema central a discutir, queremos realmente hacer un esfuerzo porque el Parlamento apruebe estos proyectos lo antes posible” (EL CLARÍN, 2014).

Respecto a la ley de DSR, la Ministra Pascual declaró en la misma oportunidad que: “Es indudable que cualquier iniciativa que tenga un juicio preestablecido puede tener detractores, pero a nosotros nos interesa poder avanzar en función de lo que la ciudadanía ha expresado, en particular de lo que las organizaciones de mujeres y jóvenes de distintas instancias de nuestra sociedad están demandando. Es importante actualizar nuestra legislación a las nuevas realidades y también garantizar la igualdad de derechos entre mujeres y hombres (...) la Ley de DSR es una Ley mucho más amplia, que implica poder dotar tanto a mujeres como a hombres de acceso a la salud reproductiva y sexual, como también a la autonomía en las decisiones respecto de estos ámbitos. No es la Ley del aborto. Aquí tenemos que hablar de una Ley donde efectivamente se permita el acceso a servicios de salud seguros en los casos de aquellas mujeres que han decidido ser madres, pero también darle acceso a una salud segura a aquellas que han decidido no serlo”.

Si se realiza un análisis exhaustivo de la Constitución chilena, los DSR de hombres y mujeres no están referidos de manera explícita. Sin embargo, tal como se menciona en el proyecto de Ley Marco: “los Derechos Humanos constituyen el marco general en el cual se construye la noción de DSR, en consecuencia, el actual proyecto de Ley es una iniciativa cuyo contenido se erige como receptor y complemento de los enunciados del artículo 5° de la Constitución Política del Estado. Los DSR 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 las personas, por el solo hecho de ser tales” (CÁMARA DE DIPUTADOS, 2008).

Si bien originalmente los derechos reproductivos se entendieron como el derecho básico de parejas e individuos para decidir libre y responsablemente sobre el número de hijos, al derecho a

²⁴Entrevista extraída desde el medio web El Clarín, el 15 de enero de 2016 desde <http://www.elclarin.cl/web/noticias/politica/11377-gobierno-presentara-proyecto-sobre-derechos-sexuales-y-reproductivos-e-impulsara-la-despenalizacion-del-aborto.html>

la información, educación y medios para lograrlo; hoy a partir de la revisión de las normativas internacionales se considera que estos derechos incluyen otros que refieren a la posibilidad de que las personas accedan y obtengan información y servicios correspondientes. Además de apoyo necesario para tener una vida libre, sana y plena en el ámbito de la salud reproductiva y sexual. Sin ningún tipo de discriminación: ni etaria, de género, identidad sexual, estado civil, condición socio-económica, lugar de procedencia, entre otros.

Ante este contexto, el Estado de Chile aún no reconoce que los DSR son un conjunto de derechos humanos ya recogidos en instrumentos internacionales y que se relacionan a derechos ya consagrados en el ordenamiento jurídico nacional, como el derecho a la vida, la igualdad ante la ley, la integridad física y síquica a la libertad personal y seguridad individual. Así como también el derecho a la privacidad e intimidad, derecho a la salud y a la educación principalmente. Todos los anteriores consagrados en la Constitución. A pesar de que Chile establece que los acuerdos internacionales no tienen un carácter vinculante, los reconoce como fuentes generadoras de consenso a los cuales han llegado los Estados miembros de cada uno de los acuerdos respectivos. Además, son un aporte para el diseño de las bases de las políticas públicas y acciones que los Estados pueden realizar para alcanzar los objetivos internacionalmente acordados.

Luego de dar cuenta del estado actual de la Ley Marco de DSR y de la discusión pública en relación a su proceso legislativo en el Congreso, es preciso dar cuenta de cómo estos derechos se han incluido a lo largo del último siglo, viendo cómo la institucionalidad los aborda. Este apartado si bien es parte constitutivo del ensayo, es más bien informativo, pues servirá de base para explicar gran parte del desarrollo del segundo capítulo.

1.4 Hitos relevantes sobre los DSR en Chile

El desarrollo de los DSR en el país ha tenido diversos hitos, que han determinado la forma en cómo estos derechos son integrados o no en las políticas públicas gubernamentales. Sin embargo, hay un elemento importante a considerar: el hecho de que las mayorías de las medidas tomadas en la materia por los gobiernos han sido desde el enfoque de la salud o de la educación en sexualidad y reproducción

1.4.1 Inicios y mediados del siglo XX: creación de instituciones gubernamentales

Los asuntos en materia de reproducción a inicios del siglo pasado en el país fueron vinculados con problemas de sanidad pública. A mediados del siglo XX los problemas relacionados a la mortalidad materno-infantil fueron la mayor preocupación en cuanto a la sanidad pública. Por lo que en 1952 se creó el Servicio Nacional de Salud (SNS). Una década más tarde, el SNS convocó a una Comisión Asesora en Políticas de Regulación de la Fecundidad, la cual tuvo como objetivo elaborar estrategias para reducir la alta tasa de abortos inducidos, y disminuir el alto costo asociado a su tratamiento (MINSAL, ICMER, APROFA, 2014)²⁵.

En el año 1964 durante el gobierno de Frei Montalva se creó la primera Política de Planificación Familiar en el país, cuyo objetivo era básicamente reducir la práctica del aborto inducido en condiciones inseguras. Debido a la situación un año más tarde se creó la Asociación Chilena de Protección a la Familia (APROFA), la cual en una primera instancia tuvo como objetivo asesorar al Ministerio de Salud en el desarrollo de las actividades de planificación familiar.²⁶

A pesar de la resistencia de los sectores conservadores del país, en 1965 el SNS inició las actividades de regulación de la fertilidad, y al año siguiente se dio a conocer el plan de Regulación de la Natalidad en todo el país.

1.4.2 El aborto como política pública gubernamental

Posteriormente en 1967 se formuló la Política de Población y Salud Pública, cuyos objetivos fueron: reducir la tasa de mortalidad materna relacionada mayormente con el aborto inducido y clandestino; reducir la tasa de mortalidad infantil relacionada con el bajo nivel de vida en los sectores de población de alta fecundidad. Así como también promover el bienestar de la familia, favoreciendo una procreación responsable que permitiese el derecho a una paternidad consciente²⁷. Esta última política no estaba dirigida a los DSR de hombres y mujeres, sino que solo aquellos que eran madres o padres, por lo tanto los sujetos de derecho no eran los individuos en sí, sino que la familia.

²⁵ Información disponible en:

http://www.icmer.org/documentos/anticoncepcion/normas_nacionales_sobre_reg_de_la_fert.pdf

²⁶ ÍDEM

²⁷ IBIDEM, Pág. 12

En el mismo año se realizó la Octava Conferencia Internacional de Planificación de la Familia en Santiago. En la ocasión, Eduardo Frei Montalva mostró su preocupación por la explosión demográfica en el país (MEMORIA CHILENA, s.a) y enfatizó en la necesidad de su control, donde las políticas públicas seguirían en función a un fin estatal de regulación de la población. Si bien el gobierno de Frei Montalva mostró interés en temas de reproducción, su énfasis fue la promoción de políticas tendientes a disminuir el crecimiento demográfico, y por tanto a mejorar indicadores demográficos de subdesarrollo. Lo anterior quedó en evidencia con la firma de un convenio entre el SNS y APROFA en 1968, el que tuvo por objetivo establecer sobre bases legales un programa de cooperación para la regularización de la natalidad en el territorio nacional.

Posteriormente, durante la década de los setenta y ochenta todos los avances por parte de los gobiernos quedaron nulos con la llegada de la dictadura militar, pues se instaló una política orientada a aumentar la población del país, por lo que los métodos anticonceptivos que eran distribuidos desde el Estado fueron retirados de los consultorios. Además, el 15 de septiembre de 1989- casi al término de dictadura- la Junta de Gobierno aprobó la Ley 18.826, la cual declaró- hasta el día de hoy-ilícito el aborto aunque tenga fines terapéuticos. En la instancia se derogó el artículo 119 del Código Sanitario, el cual permitía la interrupción del embarazo con fines terapéuticos en aquellos casos en que la vida de la madre estuviese en riesgo

1.4.3 Post-dictadura y la incorporación de la sociedad civil

Con la llegada de la “transición hacia la democracia” en 1990 el gobierno de Patricio Aylwin volvió a sentar las bases para una política de Planificación Familiar, pero de manera más estable. Esto le otorgaba las herramientas necesarias a la población para tener hijos con el espaciamiento y oportunidad necesaria. Es por esto que se mantuvo el apoyo a los planes de Planificación Familiar para lograr una adecuada salud reproductiva integral.

Así en 1991 comenzó el Programa de Salud Materna y Perinatal, el cual apuntaba hacia una maternidad responsable. Seis años después la garantización de la salud sexual y reproductiva fue nombrada como una de las 16 prioridades de salud del país, creando el programa de Salud de la Mujer. Bajo la misma línea del programa anterior, se realizaron actividades de control de regulación de la fecundidad, los cuales se orientaron a atender mujeres o parejas en edad fértil

que desearan regular su fecundidad. Programa que ya no solo iba dirigido a los derechos de la familia como tal, sino que ubicaba a la mujer como sujeta de derecho.

Tomando en cuenta el contexto internacional y chileno, tanto la reorganización de grupos y colectivos feministas así como también de minorías sexuales organizadas, fomentaron el resurgimiento de la sociedad civil organizada post dictadura, luego que durante el yugo de Augusto Pinochet se dejaran totalmente invisibilizados todos los avances en cuestiones de DSR en el país.

Tal como se expresa en el texto *Sociedad Civil y Democracia en Chile* (DE LA MAZA, 2003)²⁸, este proceso se hizo latente al inicio de la transición a la democracia, como resultado de la discusión sobre el papel que debían jugar las nuevas ciudadanías, donde la sociedad civil se constituyó como un espacio fundamental de comunicación entre el Estado y diversos grupos sociales. En un primer momento y con el propósito de establecer pactos de gobernabilidad por parte del Estado, las organizaciones de la sociedad civil se incorporaron a la participación social en un marco institucional y adquirieron un carácter público, cuya participación consistió en externalizar servicios de atención para problemas sociales de aquellos grupos que resultaron más afectados económicamente por la dictadura militar de los años 70-80.

Debido a los latentes cambios sociales, culturales, políticos y económicos, paulatinamente las múltiples organizaciones sociales que conformaban la sociedad civil comenzaron a reorganizarse por grupos temáticos, constituidos por profesionales y académicos con proyectos políticos distintos y enfocados los grupos que deseaban visibilizar, entre ellas temáticas ligadas al derecho desde la perspectiva de la salud y género.

Las estrategias de trabajo de estas organizaciones fueron establecer lazos comunicativos con el Estado, y con organismos internacionales como la ONU, el Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer (UNIFEM), el FNUAP, la UNESCO, el PNUD, entre otros; los cuales financiaron proyectos de investigación-acción. Sin embargo, para que las organizaciones de mujeres accedieran a financiamientos tuvieron que enfocarse en temáticas que esos organismos consideraban importantes para el desarrollo social del país. Por ejemplo, el control de la natalidad, el embarazo adolescente o el incremento del contagio por VIH/SIDA.

A principios de la década de los 90 el Programa de Apoyo y Extensión en Salud Materno Infantil, con patrocinio de UNESCO y FNUAP, convocó a organizaciones civiles e instituciones

²⁸Gonzalo De la Maza, Director del Centro de Investigación en Sociedad y Políticas Públicas (CISPO) de la Universidad de Los Lagos.

profesionales de las Ciencias Sociales y Biológicas a participar del Primer Encuentro Nacional sobre Educación Sexual. El evento fue realizado en el Centro de Perfeccionamiento, Experimentación e Investigaciones Pedagógicas (CPEIP) y tuvo como objetivo principal argumentar la necesidad de formular una política pública sobre Educación Sexual en Chile. Bajo esa convocatoria, el encuentro terminó con la Declaración de Lo Barnechea, la cual fue entregada al ministro de Educación de la época (COSIO, 2009).

Las Jornadas de Conversación sobre Afectividad y Sexualidad (JOCAS) que se desarrollaron en la época de los noventa son otro ejemplo de cómo la lógica institucional vinculó las acciones gubernamentales con organizaciones civiles. Las jornadas desarrolladas en diversas regiones del país tenían como objetivo brindar educación sexual y reproductiva a estudiantes de enseñanza media y a sus familias.

Respecto a las diversidades sexuales (lesbianas, homosexuales, bisexuales, transgéneros e intersexuales) estas también obtuvieron mayor presencia en la transición democrática. Diversas organizaciones surgieron como resultado de la marginación y la exclusión social. Entre las organizaciones de mayor trayectoria histórica está el Movimiento de Liberación Homosexual (MOVILH) o el MUMS (Movimiento por la Diversidad Sexual).

A través de los denominados “Informes sombra”²⁹, las evaluaciones al Estado retomaron los informes oficiales del gobierno y se complementan con los diagnósticos y fiscalizaciones que las propias organizaciones elaboran sobre salud y DSR. Entre algunas de estas organizaciones se encuentra el Observatorio de Equidad de Género en Salud, la cual anualmente elabora un informe acerca de avances, retrocesos y estancamientos que el país lleva en materia de derechos de esta índole, los cuales finalmente son entregados a organizaciones no gubernamentales transnacionales. Entre los avances registrados en la última década se encuentran la aprobación de la Ley de Violencia Intrafamiliar, el nuevo Reglamento sobre Esterilización Voluntaria, la Ley de Tratamiento para el VIH/SIDA, la derogación del Artículo 373 en la Ley de Delitos Sexuales y de Acoso Sexual.

1.4.4 El nuevo milenio

La sociedad chilena ha experimentado grandes cambios sociales, culturales, políticos y económicos en las últimas décadas. Con el devenir de la economía neoliberal se ha potenciado la

²⁹ ÍBIDEM, Pág.20

aceleración en todas las esferas del quehacer humano. En directa relación está el ámbito de la sexualidad y la reproducción, ejemplos de estos cambios son el inicio más precoz de las relaciones sexuales (MELLA, OYANEDELI, VARGAS, & DE UGARTE, 2015), la vida de los adolescentes en un ambiente que no se reconoce su sexualidad, donde el acceso a la educación y a los servicios sanitarios está seriamente limitado, pues el Estado ya no es el único ente que puede ocuparse de esta materia debido a la proliferación de servicios privados.

El país ha desarrollado políticas y programas exitosos en materia de regulación de la fertilidad. La mortalidad materna era muy elevada en 1964, con una tasa de 118 muertes maternas por 100.000 nacidos vivos, siendo el aborto la causa de alrededor de 40% de estas muertes. Por eso, durante el gobierno del Presidente Eduardo Frei Montalva, se formuló la política de planificación familiar del Gobierno de Chile, cuyo objetivo fue "reducir los riesgos asociados a la práctica de/ aborto inducido en condiciones inseguras (...) garantizando el respeto a la conciencia de las personas y su dignidad" (DIAZ, 2011).

El éxito de este programa se expresó en la continua reducción de la tasa de mortalidad materna, la que llegó en el año 2004 a 17 muertes maternas por 100.000 nacidos vivos, cifra comparable a la de los países desarrollados. Por esta razón, el Gobierno de Chile mantuvo el apoyo a las actividades de regulación de la fertilidad, con objetivos similares a los iniciales. La población de usuarias de anticonceptivos bajo control en establecimientos del Sistema Nacional Servicios de Salud (SINSS) creció notablemente, de 600.374 mujeres en 1990 a 1.141.798 en 2005 (CÁMARA DE DIPUTADOS, 2008), siendo este importante aumento atribuible a una mayor demanda por parte de la población. Avances recientes han sido las nuevas Normas Nacionales sobre la Regulación de la Fertilidad y la aprobación de la comercialización de la anticoncepción de emergencia.

Otra razón para el descenso de las tasas de mortalidad materna es que las atenciones por embarazo, aborto, parto y puerperio se realizan mayoritariamente en servicios públicos de salud y que la mayoría de los partos son atendidos por personal profesional. Sin embargo, la medicalización de la atención del parto ha tenido consecuencias positivas y negativas para las mujeres y sus hijos e hijas. Por una parte, ha mejorado significativamente los indicadores de salud materno-infantiles y por otro lado, ha aumentado en forma desproporcionada los partos por cesárea.

Durante el 2010 y 2011, un grupo de investigadoras de la Facultad de Medicina de la

Universidad de Chile estudiaron a un grupo de 508 mujeres que tuvieron sus partos en dos servicios de salud del sistema público chileno. El estudio titulado *Assessment of the implementation of the model of integrated and humanised midwifery health services in Santiago, Chile*, arrojó que el 92,7% por ciento de los partos fue intervenido médicamente a través del uso de oxitocina sintética, anestesia epidural y rotura artificial de membranas, contraviniendo las Recomendaciones para el Parto Humanizado de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Manual de Atención Personalizada del Proceso Reproductivo del programa gubernamental Chile Crece Contigo (VIÑALS, 2014). El maltrato puede venir en forma de violencia verbal, falta de empatía, burlas, una atención médica negligente o por la falta de información sobre lo que está pasando con el bebé, con el parto y con el propio cuerpo de la embarazada.

En febrero de 2015, las diputadas del Partido Radical (PRSD) Marcela Hernando y Loreto Carvajal del Partido por la Democracia (PPD), presentaron un proyecto de ley que establece los derechos de la mujer embarazada en relación con su atención antes, durante y después del parto y modifica el Código Penal. La idea es consagrar oficialmente un catálogo de derechos de la mujer embarazada en todas sus etapas hasta el postparto, ya que actualmente solo existen instructivos del Ministerio de Salud y algunos protocolos que deben seguir los profesionales de salud que se hacen cargo de su atención. Por ello se busca dar un estatus legal a estas atenciones.

Para la diputada Hernando, la violencia Gineco-Obstétrica es entendida como las prácticas que se realizan en un sistema de salud y donde una mujer no es consultada “y se le realiza una cesárea inconsulta cuando no es justificada desde el punto de vista de la salud o cuando se viola y se discrimina sus posibilidades de tener apego con su bebé y se le retira de su lado las primeras horas, o cuando un funcionario de la salud -cualquier calidad que este tenga- trata o maltrata a una joven extranjera en el momento en que está por tener un bebé. La idea es que todas estas cosas sean penalizadas como un delito” (HERNANDO, 2015).

A pesar del programa de planificación familiar, siguen existiendo embarazos no deseados o no planificados, lo que constituye un grave problema del goce de los DSR tanto a nivel personal, familiar como social. En Chile el aborto es ilegal y está penalizado con cárcel, por lo que no hay estadísticas sobre el tema. El número de abortos que se practican en Chile es desconocido. Sin embargo, las estimaciones del número de abortos clandestinos que se practican anualmente en el país varían entre 159.650 y 200.000. Los egresos hospitalarios por aborto, en los servicios de salud públicos y privados del país, disminuyeron de 36.528 a 29.546 entre 1990 y 2000, siendo el

aborto la causa de cuatro de las 42 muertes maternas registradas en el año 2004.

Se estima que del total de nacidos vivos en el país durante el año 2010, el 15,24% corresponden a hijos/as de madres adolescente entre 15 y 19 años de edad, y un 0,4% a madres menores de 15 años (INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICAS, 2007). La gran mayoría de los embarazos en adolescentes se produce en los sectores más pobres de la población, y en muchos de los casos los embarazos en niñas de corta edad se relacionan con violencia sexual intrafamiliar, específicamente incesto. De acuerdo a las cifras disponibles, hoy hay cerca de 680 mil niños y niñas menores de 19 años cuyas madres eran adolescentes cuando les tuvieron, perteneciendo la gran mayoría a los sectores de menores recursos.

El inicio precoz de la vida sexual sin protección, también ha determinado un aumento de la prevalencia de enfermedades de transmisión sexual (ETS) en los jóvenes. Esta situación es muy preocupante dado que las ETS, además de afectar la salud de mujeres, hombres y niñas/os, predisponen a que las personas puedan adquirir el VIH/SIDA y/o desarrollar un cáncer cervical en el caso que la infección sea provocada por el virus papiloma humano. Algunas ETS también pueden dejar otro tipo de secuelas, como dolor crónico, complicaciones del embarazo e infertilidad, entre otras.

Por otro lado, se han realizado algunos avances en otras materias que conciernen a la salud sexual y reproductiva. La Ley de VIH/SIDA, n° 19.779 del 17 de diciembre de 2002, constituyó un hito fundamental en la formulación y propuestas legislativas donde organizaciones de la sociedad civil trabajaron junto con miembros del poder Legislativo. Además, se realizaron campañas periódicas de prevención de contagio de este virus. Cabe destacar la legislación en el área de violencia intrafamiliar y sexual, la normativa que regula la atención de las personas que han sufrido violencia sexual, la Ley de divorcio y la creación de los tribunales de familia. Pero aún hay numerosos problemas pendientes.

Respecto a este último punto, si bien no constituye un avance, es preciso dar cuenta de esta situación. La infertilidad afecta entre un 10% y 15% de las parejas en Chile (CÁMARA DE DIPUTADOS, 2008). Lo que ha provocado un aumento en el acceso de algunos sectores de la población a las tecnologías modernas para el diagnóstico y tratamiento, e incrementado el número de centros a nivel nacional que ofrecen atención a parejas infértiles, aunque prácticamente ninguno de estos centros es público y/o estatales. Actualmente en Chile un tratamiento de infertilidad bordearía los cuatro millones de pesos aproximadamente, lo que

correspondería a 18 sueldos mínimos de un trabajador o trabajadora chilena promedio.

El cáncer cervicouterino ocupa el cuarto lugar entre las muertes por cáncer en las mujeres en Chile. Existen diferencias en la realización del PAP, examen que permite el diagnóstico temprano, según estrato socioeconómico. Está asociado a la infección por virus del papiloma humano (VPH), resultado de la actividad sexual. Por lo tanto, podría prevenirse si existieran programas adecuados de prevención de las infecciones transmisibles por vía sexual, y si se promoviera el uso del condón, particularmente entre los y las jóvenes, como una manera de evitar la infección por el VPH. El cáncer mamario ocupa el segundo lugar como causa de muerte por tumores malignos en las mujeres, pero los índices de detección precoz dejan mucho que desear.

Los datos provenientes de las atenciones en los servicios públicos de salud muestran que la mayoría de los condones son solicitados por las mujeres. La vasectomía es un procedimiento casi desconocido, que se realiza sólo a partir del 2002, en muy pocos hospitales y en un porcentaje muy bajo (0.8% de todas las esterilizaciones quirúrgicas). Los últimos datos dan cuenta de esta realidad; según informe de FLACSO Chile y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP), la mayor proporción de esterilizaciones masculinas son realizadas a mayores de 35 años (78,7%), mientras que para el caso de las esterilizaciones femeninas, si bien también en su mayoría son efectuadas a mujeres mayores de 35 años de edad (53,1%), existe una prevalencia de un 46,3% en mujeres de entre 20 y 25 años, lo que hace relación con la actual tendencia a la disminución de las tasas de fecundidad en Chile .

A pesar de que a lo largo de los años ha mejorado de alguna forma el resguardo de los DSR, los estudios de calidad de atención y enfoque de género en servicios de salud reproductiva y planificación familiar en Chile son escasos y no muy recientes. Muestran que los positivos indicadores biomédicos no están acompañados de adelantos en la calidad de atención desde una perspectiva de género ni de actualización en los contenidos técnico. Del mismo modo, la mayoría de las investigaciones se centran en el ejercicio de la reproducción, dejando de lado aquellas vinculadas directamente a la sexualidad. O bien se excluyen los grupos etarios que se encuentran fuera de la etapa de vida fértil de las mujeres.

Hasta el momento durante este capítulo hemos revisado que los DSR son derechos humanos reconocidos internacionalmente, los cuales incorporan dos dimensiones relevantes para la dignidad de las personas: la sexualidad y por otro lado la reproducción. Hemos revisado cómo los

principales instrumentos internacionales³⁰ en la materia han avanzado en el reconocimiento de estos derechos, partiendo por la relevancia del reconocimiento de estos mismos hasta la claridad en la separación entre lo que se entiende por derechos sexuales y reproductivos y, por lo tanto, en el entendimiento de la salud sexual y reproductiva distintamente. Finalmente se presentó un recorrido histórico en la materia a nivel de políticas públicas, dando cuenta que históricamente los DSR han sido abordados desde la salud y centrados en la regulación de las familias, dejando a las mujeres lejos de ser consideradas sujetas de derecho.

30 Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (CEDAW), Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles Inhumanos y Degradantes (CAT), La Conferencia Mundial de Derechos Humanos Declaración sobre la Eliminación de la Violencia Contra la Mujer, La Conferencia Mundial sobre Población y Desarrollo, La IV Conferencia Mundial sobre las Mujeres Estatuto de la Corte Penal Internacional, Convención Belém do Pará y el Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo

CAPÍTULO II

EDUCACIÓN Y SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA: EL CRUCE DE AMBOS DERECHOS EN CHILE

La discusión sobre los DSR ha ido progresando a nivel mundial, ya reconociéndolos como derechos humanos. Es por ello que en el capítulo anterior se explicó qué se entiende por DSR a nivel mundial, cuál ha sido el avance en el reconocimiento de estos derechos a nivel internacional, y la forma en cómo la legislación en Chile responde a este contexto: el proyecto de ley que busca resguardar y garantizar los DSR en el país se encuentra hace más de 16 años descansando en el Congreso.

Este segundo capítulo busca dar cuenta de cuatro aristas relevantes para comprender el tratamiento a nivel gubernamental- mediante la implementación de proyectos ministeriales- y político, que se ha dado acerca de los DSR. La primera parte de este segundo capítulo, presenta un análisis de cómo se presentan los diversos planes y programas para las y los adultos mayores, donde ya es posible evidenciar una temática que cruza este capítulo por completo: la falta de educación reproductiva y sexual para este grupo etario. Cuestión que es fundamental, ya que como luego se presenta, los diversos planes y programas tienen un supuesto en común: sentenciar que, a más edad, más conocimiento hay en la materia. Cuestión que a lo largo de este capítulo se irá relativizando. El siguiente apartado Mujeres en edad fértil: ¿Qué derechos se nos garantizan? introduce de lleno cómo son abordados los DSR para las mujeres que se encuentran en edad fértil, a través del análisis del Programa Buen vivir en sexualidad y reproducción impulsado por el SERNAM, el cual se centra en ámbitos netamente reproductivos; así como también se presenta el Programa Nacional de prevención y control de VIH/SIDA, que se sitúa como el único programa gubernamental enfocado netamente a prácticas sexuales. Aquí es necesario hacer énfasis en que ya es posible evidenciar la tendencia de los diversos gobiernos, que entienden el resguardo de los DSR desde una perspectiva de la reproducción, cuestión que deja de lado los derechos sexuales, pues son invisibilizados cuando se refieren a los programas y políticas asociados a las mujeres como sujetas de derecho y como público objetivo de estos.

El recorrido de este capítulo continúa explicitando la realidad que hoy las y los adolescentes viven en materia de reproducción y sexualidad, dando cuenta de las carencias que existen tanto

en el acceso a la salud y la educación. La observación de estas dos aristas no es caprichosa: si el gobierno y sus instituciones sustentan como pilares fundamentales de los DSR, a la salud y la educación, entonces es necesario observar cómo estos se desarrollan, a qué se le pone énfasis, qué es lo que se deja de lado y cómo se llevan a cabo. Para ello se presenta el análisis del Programa de Salud Integral adolescentes y jóvenes, así como también los diversos planes de educación sexual y reproductiva que se imparten en los diversos centros asistenciales.

Además, se presenta la realidad de una comuna rural del país, Ralco, evidenciando explícitamente el cruce entre ambos derechos en la realidad que viven niñas, adolescentes y jóvenes de la comuna. La elección de esta comuna no es circunstancial, pues según el Plan de Salud Comunal elaborado por la Municipalidad de Alto Bío-Bío para el año 2014 (MUNICIPALIDAD DE ALTO BÍO-BÍO, 2013) “en cuanto a las adolescentes de 15 y 19 años, se registra un embarazo del 25,58%, valor superior al promedio regional que llega al 18,8%” (Pág.10) mientras que a nivel país, se registraba un promedio de 14% de embarazos adolescentes (MINISTERIO DE SALUD, 2013)³¹. Con este caso se busca ejemplificar cómo los vacíos de las diversas políticas públicas en materia de DSR afectan a la cotidianidad de las mujeres.

Finalmente, el último apartado muestra cuál es la evaluación de la Implementación de la declaratoria ministerial que en el año 2008 firmaron las ministras de la época de Educación y Salud; dando cuenta de los pocos avances que ha habido en la materia desde el trabajo gubernamental. Situando a Chile en la penúltima posición de los países que adscribieron a estos compromisos.

2.1 Sexualidad y Adultos Mayores

En Chile, según la Actualización de Proyecciones de población 2002-2020 realizada por el Instituto Nacional de Estadísticas (INE) en 2014 tras el fallido CENSO 2012, la población del país asciende a 17,8 millones de habitantes y desde un punto de vista demográfico, Chile es un país “que transita hacia el envejecimiento”. En 2014, el número de personas de 60 años o más es de 2,6 millones (adulto mayor), representando un 15% de la población total (INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICAS, 2014)

A pesar de que demográficamente el país transita hacia una mayor población de personas adultas mayores, según la psicóloga clínica Daniela Thumala “todo el mundo quiere vivir más,

³¹Extraído el 24 de octubre de 2015 desde sitio web MINSAL:
<http://web.minsal.cl/portal/url/item/c908a2010f2e7dafe040010164010db3.pdf>

pero nadie quiere ser viejo”, predominando en Chile una cultura gerontofóbica, “Mientras en este país, en la sociedad sea mala educación preguntarle la edad a alguien, quiere decir que seguiremos viviendo con ese prejuicio encima. Hay una imagen de que la vejez es sinónimo de deterioro, sinónimo de decadencias, sinónimo de dependencia” (CABELLO, 2015). Estereotipos y prejuicios culturales que también se ligan al ámbito de los derechos sexuales y reproductivos, y que repercuten en cómo la institucionalidad garantiza o no el goce de estos.

Tal como se define en Sexualidad y Afectividad en el Adulto Mayor (CEDEÑO, CORTÉS, & VERGARA, 2006), “la sexualidad en los adultos mayores en nuestra sociedad, es vista como tema tabú. En la vida cotidiana, tanto familiar como institucional y social, no está preparada y menos aún predispuesta a preservar un espacio para la expresión de ésta, ya que el sólo hecho de hacer una manifestación pública de abrazar, besar, manifestar deseos de tener una pareja o pretender tener una, son juzgados y ridiculizados como “VIEJOS VERDES” o “VIEJAS LOCAS” (Pág.4).

Incluso estos prejuicios también tendrían distinciones por razones de género, donde a las mujeres se les excluye antes de las prácticas sexuales. Para WONG, ÁLVAREZ, DOMÍNGUEZ & GONZÁLEZ (2010) “la sociedad, en general, cree que las ancianas son las que pierden más pronto su atractivo sexual, posiblemente debido a que se produce una pérdida más precoz de la capacidad de procreación en relación con el hombre. El climaterio anticipa el "sentimiento de vejez" en la mujer, sentimiento que en el hombre sucede dos décadas después, cuando comienza a perder prestigio. En general, para las mujeres la sexualidad sigue siendo algo negado, víctimas de la educación y la cultura” (Pág.2). Entonces, nos encontramos ante un contexto social que no vincula la sexualidad a la tercera edad, pues como el concepto de sexualidad está culturalmente asociado a la época de reproducción, y como las adultas mayores ya han tenido su menopausia, entonces la sexualidad no se relaciona a ellas e incluso se les condena públicamente cualquier práctica de esta índole en el espacio público.

Situación que llama la atención si consideramos que la población de adultos/as mayores ha aumentado: en el año 2010 y 2015 en 43,5% y 56,5%, respectivamente, tal como se presenta en el estudio Inclusión y exclusión social de las personas mayores en Chile (SERVICIO NACIONAL DEL ADULTO MAYOR, 2013).

En este contexto hay dos puntos relevantes a considerar: (i) ¿Cómo la institucionalidad aborda hoy la sexualidad para las mujeres de cierto grupo etario que no se vincula a la reproducción? y

por otro lado (ii) si la sexualidad pareciera que está vinculada directamente al período reproductivo-fértil: desde los 15 a los 49 años para el caso de las mujeres (INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICAS, 2006), entonces esta sería una de las razones por la cual la educación sexual y reproductiva se vincula a la adolescencia y no se piensa para adultas y adultas mayores. Lo que por supuesto esconde otro prejuicio asociado: a más edad es menos la necesidad de educar porque parecen ser prácticas ya aprendidas.

Respecto al primer punto (i) a partir del análisis periodístico de las mismas noticias publicadas por las instituciones encargadas: Servicio Nacional de Adulto Mayor (SENAMA) dependiente del Ministerio de Desarrollo Social, y el Servicio Nacional de la Mujer (SERNAM), es posible identificar que, a partir del año 2015 en Arica, ambas instituciones comenzaron a complementar sus trabajos para levantar temáticas vinculadas a la sexualidad. En el marco del conversatorio realizado el 1 de abril de este año, titulado “Es nuestro derecho hablar de sexualidad” en el cual participaron alrededor de 100 mujeres de diversos clubes de adultos y adultas mayores en el marco de celebraciones por el Día de la Mujer.

En la instancia la directora regional del SERNAM, Jacqueline Castillo Roblero, sostuvo que la idea del diálogo era hablar de los derechos que las mujeres tienen respecto a la sexualidad, temas que no son muy tratados en la generalidad por este tipo de instituciones “pero que nuestro servicio se hizo cargo desde el año 2015 con el programa Buen Vivir de la Sexualidad y la Reproducción, que además considera a las adultas mayores, por tanto, tener esta coordinación con el SENAMA y con los distintos clubes nos llena de alegría y nos hace llegar a un público distinto, donde normalmente se piensa que la sexualidad tiene que ver con el tiempo más bien de las mujeres en etapa reproductiva y por supuesto el derecho de las mujeres no tiene edad ni ninguna diferencia” expresó en la oportunidad Jacqueline Castillo (SERVICIO NACIONAL DEL ADULTO MAYOR, 2016). De la misma forma el 9 de mayo del presente año en la Región del Biobío se realizó el diálogo “Autonomía, Cuidado y Sexualidad en el Adulto Mayor”, desarrollado nuevamente entre ambas instituciones (SERVICIO NACIONAL DEL ADULTO MAYOR, 2016).

Si bien ambos servicios han comenzado a realizar actividades que van en la línea del reconocimiento de la sexualidad en los adultos mayores, pareciera que la labor que el Estado está realizando para colaborar en el cambio de sentido común que existe respecto al ejercicio es incipiente, pues recién las políticas están abordando el hecho de que su práctica no se debe

vincular a la mera reproducción. Además, es un tanto contradictorio si las actividades se realizan en función de la participación de las mujeres, como si hablar de sexualidad solo fueran una temática relacionada al género (que más obvio que realizar las actividades en el marco del día de la mujer). Por otro lado, hasta el momento el carácter de los conversatorios se centra en la explicación de prejuicios y de cómo abordar desde la salud las prácticas sexuales, considerando poco y nada el placer asociado a esta etapa o la misma educación en sexualidad integral, reconociendo las prácticas fuera de la heterosexualidad, por ejemplo.

Tomando en cuenta la falta de educación en materia de sexualidad para la tercera edad, es necesario comprender que tal como explican (CEDEÑO, CORTÉS, & VERGARA, 2006) “los factores psicológicos que afectan la sexualidad de las personas jóvenes también suelen afectar la sexualidad de los adultos mayores. Lo anterior quiere decir que antes los cambios que se producen con el avance de la edad, el significado que las personas le dan a estos, determinan el impacto de los mismos. Los AM de hoy pertenecen a una generación donde no existía la educación sexual. No existía una instancia formal, o información seria al respecto. La vida sexual pertenecía al ámbito de lo privado y consistía habitualmente en la satisfacción por parte del hombre y la disponibilidad por parte de la mujer” (Pág.6).

Entonces si, por un lado, creemos que el abordaje de la sexualidad es insuficiente cuando hablamos de la tercera edad y que esta se relaciona con experiencias de vida vinculadas a la adolescencia y sobre todo a la adultez, por otro, es necesario comprender cómo eso se vincula a los procesos formativos de las personas en la actualidad y de los roles que se siguen perpetuando, culturalmente y desde la institucionalidad en el abordaje de la educación de las y los adolescentes.

Si consideramos que el MINEDUC en sus políticas públicas consagra el rol de la familia en este ámbito como “prioritario, relevante e ineludible: compete a la familia, en primer lugar, el derecho y el deber de educar a sus hijos, tal como lo reconoce la Ley General de Educación, y le corresponde la responsabilidad primordial en su crianza y desarrollo, teniendo como preocupación fundamental el interés superior de niños y jóvenes. La familia es la base de la afectividad y es el espacio donde se construyen los vínculos primarios, en el que niños y jóvenes comienzan a desarrollar su identidad, incorporando nociones acerca de los afectos, el amor, la experiencia de la maternidad y la paternidad, lo considerado correcto e incorrecto en relación al cuerpo y la sexualidad. La familia contribuye desde su particularidad y sus experiencias en el

proceso formativo, transmitiendo a sus hijos los conocimientos y valores sobre sexualidad y afectividad que se ajustan a sus creencias y costumbres; así entendida, la sexualidad humana está en gran medida determinada culturalmente, pero es, a la vez, una experiencia particular que cada sujeto vive de manera diferente según su capacidad de cuestionar, valorar, dar sentido y significado al mundo que le rodea” (MINISTERIO DE EDUCACIÓN, 2013) Y, consiguientemente, consideramos que muchas de las familias chilenas están compuestas por abuelos y/o abuelas en el núcleo del hogar, entonces nos encontramos con una problemática de la cual el Estado, en este caso el MINEDUC no está analizando.

Esto nos lleva al segundo punto de análisis (ii) cuestionando las formas en cómo hoy se educa en sexualidad y reproducción a las personas que aún no se encuentran en edad fértil y aquellas que ya lo están. Esta pregunta parece ser fundamental y es la interrogante que mueve parte de los siguientes apartados, ya que si consideramos que la tercera edad, son quienes han tenido mayor experiencia y un proceso de formación más acabado no han recibido educación sexual, tampoco sus hijos (que pueden encontrarse en etapa fértil aún 25-49 años, por ejemplo) entonces ¿Cómo esperamos que los planes formulados desde los ministerios instauren a la familia como protagonista de la educación sexual de sus hijos/as, si los prejuicios culturales ni siquiera relacionan el goce de la sexualidad a su grupo etario, o bien nunca han recibido educación sexual? ¿Entonces, la educación para la tercera edad debería ser entendida solo en el marco de seguir educando a generaciones venideras y no como el goce de su propia sexualidad?

Al respecto, la directora de la Asociación Chilena de protección de la familia, Débora Solís, experta en materia de sexualidad y género explica que “esta problemática se debe a que la educación sexual desde los programas del Ministerio de Educación (MINEDUC) se entiende solo en el espacio escolar, hoy como APROFA estamos generando programas para reuniones de apoderados, porque la reunión de apoderados aparte de hablar de las cortinas o de la rifa podría ser una excelente oportunidad para generar un tema, al menos uno, como por ejemplo: ¿cuánto sabemos de Sida? Ahora como institución estamos generando una alianza con la SENAMA para implementar un programa de educación sexual para adultas mayores, pero no en su rol de cuidadoras de los nietos, porque eso es lo otro, se cree en la concepción de que las mujeres son asexuadas como desde los 50 años y de ahí en adelante no tienen sexo y desde la misma dirección del SENAMA me han dicho ya, pero Débora si los nietos quieren saber, y ahí yo digo ¿Por qué

desde los nietos, porque ellas no querrían saber para ellas mismas?”³².

Incluso una de las respuestas a cómo la familia puede intervenir en este proceso de formación es que el conocimiento no necesariamente debe ser formal, es decir, se crea a partir de la experiencia que nuestros cercanos han formulado en su vida. Sin embargo, tal como explica Debbie Guerra³³, el conocimiento en sexualidad no es necesariamente consuetudinario, no se traspasa de generación en generación porque hay muchos tabúes respecto a su goce, y que esto incluso es perjudicial a cómo actualmente se aborda la educación sexual a niños/as y adolescentes: “tienes todos estos profesores y profesoras aquí y les dicen que tienen que hacer clases de sexualidad, y ellos y ellas nunca han resuelto sus propios problemas, con sus temores, sus dolores. Porque la vivencia en la sexualidad en nuestro país, y bueno en gran parte del occidente, es una práctica que está asociada al dolor, porque nuestras vivencias son de represión, de violencia. Cuando salen los conservadores y dicen la familia debe hacerse cargo, siendo que la familia es el primer lugar donde se violan los derechos sexuales y reproductivos, porque allí donde comienza a reproducirse todo lo que hablamos. Si no hay un plan integral que incorpore a la familia, de sanación, es difícil”³⁴.

Entonces, si esperamos que el conocimiento se traspase en la misma familia con las fórmulas ya pensadas sería difícil vislumbrar avances en cómo hoy se disfruta la sexualidad y la reproducción indistintamente, porque se continúan perpetuando patrones y prejuicios vinculados a su práctica. Es por esta razón que hoy en Chile es más necesario que nunca que haya un cambio paradigmático de cómo se aborda la temática y cómo el Estado se hace cargo a partir de sus políticas públicas y de cómo concibe estos derechos, sus resguardos y garantías. No tan solo porque altera lo que sería una correcta forma de abordar los DSR desde la educación, sino porque pensar que las adultas mayores tienen mayores conocimientos y más aún, son responsables de transmitir el conocimiento es un error. Si evidenciamos que sus DSR no están resguardados en lo más mínimo y las guía a un rol de reproductoras de información y no se contemplan sus mismas necesidades en tanto ellas mismas tienen prácticas sexuales, entonces difícilmente podemos hablar que hoy en Chile las adultas mayores tienen garantizados estos derechos.

³² Entrevista con la autora

³³ Doctora en Antropología de la Universidad de Minnesota, feminista, docente de la carrera de Obstetricia en la Universidad Austral y consejera del Instituto Nacional de Derechos Humanos (INDH) por el periodo 2016-2022

³⁴ Entrevista con la autora

2.2 Mujeres en edad fértil: ¿Qué derechos se nos garantizan?

Si bien las problemáticas que presentan las políticas públicas asociadas al resguardo de los DSR de las adultas mayores tiene que ver también con la forma en cómo socialmente se liga la sexualidad a esta etapa de la vida, donde se tiene el prejuicio de que llegada a la tercera edad las mujeres no tienen prácticas sexuales, ya que no se asocia a una etapa reproductiva; situándolas como “repositorio de conocimiento” para las futuras generaciones. En el siguiente apartado se desarrollarán las políticas públicas vinculadas al resguardo de los DSR para las mujeres que se encuentran en edad fértil, quienes siguiendo la lógica ocurrida con las adultas mayores, sí deberían estar culturalmente asociadas a las prácticas sexuales. ¿Los gobiernos garantizarán ambos derechos (sexuales y reproductivos)? ¿De qué forma se integran estas garantías en las políticas públicas? Para ello es preciso evaluar los únicos dos programas que se vinculan directamente a esta temática: por un lado, el Programa Nacional de control y prevención de VIH/SIDA y las ITS del Ministerio de Salud (MINSAL), y por otro, el Programa buen vivir de la sexualidad y la reproducción elaborado y ejecutado anteriormente por el SERNAM, y ahora ejecutado por el recién creado Ministerio de la Mujer y la Equidad de género (MinMujeryEg).

2.2.1 Programa nacional de prevención y control del VIH/SIDA y las ITS

El plan gubernamental que ha tenido mayor auge en temas vinculados directamente a la salud sexual ha sido el Programa Nacional de Prevención y Control del VIH/SIDA y las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) del MINSAL. Según este, la estrategia nacional para abordar el VIH/Sida y las ITS en Chile “considera entre sus principios fundamentales, los determinantes sociales referidos a las necesidades propias de género en las áreas prioritarias, e intervenciones, así como también incluye, el desafío de reducir el estigma y discriminación asociado al VIH, en una perspectiva transversal de la respuesta nacional, en sinergia con las directrices internacionales y nacionales” (MINISTERIO DE SALUD, s.a). Además el Programa Nacional de VIH/SIDA/ITS y Seremis de Salud mantienen un trabajo colaborativo con INJUV a nivel nacional y regional para la implementación de diferentes líneas de trabajo en promoción de la salud sexual y la prevención del VIH y las ITS en población adolescente y juvenil.

Según el Informe Nacional: Evolución de la infección por VIH/SIDA Chile 1984-2012 Departamento de Epidemiología, (MINISTERIO DE SALUD, 2013) se registra que desde 2001 - año en el que se cree que la epidemia alcanzó su punto máximo en el mundo “Desde 1984 hasta

el 2010, tanto la tasa de casos notificados de SIDA como de VIH han ido en aumento, mostrando un descenso en el 2006 para luego mostrar un aumento sostenido hasta el 2009 y luego volver a bajar el 2010. Sin embargo, en el 2011 se presenta la mayor tasa de notificación de personas con SIDA: 6 por cien mil habitantes, y para etapa VIH de 9,6 por cien mil habitantes. En el año 2012 la tasa se mantuvo relativamente estable” (Pág.36). Esta situación, según los especialistas, se explica por el continuo aumento de nuevas infecciones de VIH sumado a una expansión significativa del acceso al tratamiento anti-retroviral, hecho que ha permitido reducir las muertes relacionadas con el SIDA y prolongar la vida.

Ahora es necesario precisar que la distribución por sexo no es igual, pues “desde el diagnóstico de los primeros casos de infección por VIH en Chile, el número de casos en hombres supera ampliamente al de mujeres, tanto en etapa VIH como en etapa SIDA; sin embargo, las mujeres a través de los años muestran un aumento sostenido, que en etapa SIDA es discreto, mientras que en etapa VIH el aumento es marcado.

Además, se demuestra que en etapa SIDA la razón hombre: mujer, ha ido en descenso estabilizándose en los últimos tres años, llegando a 5,8 en el año 2012, mientras que en etapa VIH, se observa una relativa estabilización alrededor de 4 hombres por cada mujer desde el año 1996. Esta razón presenta una leve baja durante los años 2006 hasta el 2008, para comenzar a subir desde el 2009 en adelante hasta llegar a 5,4 personas por cada mil habitantes en el año 2011; la cifra preliminar del año 2012 alcanzó a 4,7. Lo anterior revela un incremento en la brecha entre ambos sexos a expensas del mayor incremento en los hombres versus las mujeres”³⁵. A partir de este análisis, el principal grupo poblacional afectado fue de adultos entre 20 y 49 años, específicamente el de 20 a 39 años, además, el número de casos en hombres superó ampliamente al de mujeres, tanto en etapa VIH como en etapa SIDA; sin embargo, las mujeres a través de los quinquenios mostraron un sostenido aumento de contagio, que en etapa SIDA es paulatino, mientras que en etapa VIH este aumento es marcado.

Sin embargo, la situación más alarmante es la observada con los/as adolescentes, pues el informe destaca que el grupo de 15 a 19 años mostró una tasa ascendente en el último quinquenio y que los niños de 5 a 9 años en el período 2008-2012 doblaron la tasa del quinquenio anterior.

Según Edith Ortiz, Jefa del Programa Nacional de Prevención y Control de VIH-Sida del MINSAL, “una de las principales razones del aumento de VIH en adolescentes es que mantienen

³⁵ IBIDEM, pág.21

relaciones sexuales desprotegidas. De hecho, sólo el 50% del rango etario declara utilizar condón en su primera relación sexual” (DI GIROLAMO, 2016). El Programa Nacional de prevención y control de VIH e ITS incluye como ejes de acceso a información, orientación y consejería a través de FONOSIDA; consejería cara a cara en espacios amigables o diferenciados, en establecimientos de Atención Primaria de Salud (APS), Programa de acceso a condones, disponibles en establecimientos de APS; consejería orientada a los Jóvenes para la Promoción de la Salud Sexual y Reproductiva en APS; consejería para la Prevención de Infecciones de Transmisión Sexual y VIH en APS y acceso a condones y material educativo en Consultorios de Atención Primaria (APS), espacios amigables y/o diferenciados e Infocentros (MINISTERIO DE LA MUJER Y LA EQUIDAD DE GÉNERO, s.a). A partir de estos ejes, no es posible evidenciar la educación en sexualidad como una medida preventiva para el contagio de VIH/SIDA, cuestión que se vuelve fundamental si analizamos que adolescentes y jóvenes han tenido el incremento de seropositivos en los últimos años.

Para el Dr. Alejandro Afani, director del Centro de VIH del Hospital Clínico de la U. de Chile, “las campañas acá han sido inexistentes. Si tú sales a la calle a preguntarle a la gente si se acuerda cuál fue la última campaña de prevención del VIH, el 99 por ciento de la gente te va a decir que no. Eso tiene que ver porque se toca el tema y se habla, solo para el día 1 de diciembre, que es el Día Mundial del SIDA, en que lanzan la campaña y dura un mes o dos y eso sería todo. Pero resulta que la transmisión está ocurriendo los doce meses del año, y como es un tema que no se aborda y que no se habla, parece que no existiera. Las campañas han sido poco precisas, poco claras, y mucha gente, la gente joven sobre todo, no se siente identificada con ellas. Entonces, hay que hacer campañas directas, focalizadas y que la gente sienta que hay un aporte ahí en cuanto a la información, a las medidas de prevención y en cuanto a promover el examen para hacerse el diagnóstico” (AFINI, 2016). Para el doctor esto también guarda relación con el hecho de que “en nuestro país el VIH sigue siendo una epidemia concentrada. La transmisión en un 93 o 94 por ciento se produce por vía sexual, y todavía el contagio más importante es en la población homosexual y bisexual. Eso sí, pero nos preocupa este incremento en la transmisión heterosexual y en los jóvenes, y eso es algo que no se ha abordado. A veces se focaliza solo en el tema homosexual y el resto de la gente no se siente identificada y sienten que esto no los toca y no es así”³⁶. De ahí que se vuelve preocupante que ciertas enfermedades estén asociadas solamente a

³⁶ ÍDEM

ciertos segmentos de la sociedad, ya que si bien hay que asumir que hay un grupo que está más vulnerable al contagio, es necesario precisar que las mujeres a través de los quinquenios mostraron un sostenido aumento en etapa SIDA y VIH. Lo mismo sucede con la población no heterosexual, quienes se ven estigmatizados por estar más vulnerables al contagio. De ahí que las campañas y la educación en temas vinculados a la sexualidad no solo deben estar enfocadas al grupo de riesgo más alto, según los diversos informes, sino que a toda la población en su conjunto. Hasta el momento, y a partir del análisis de este programa es posible empezar a evidenciar que a nivel institucional, la salud sexual y los programas específicos ligados a ella se relacionan con hombres, mientras que los que abarcan temas reproductivos se vinculan directamente a mujeres.

2.2.2 Programa buen vivir de la sexualidad y la reproducción

A partir del año 2014, el área de Buen vivir de la sexualidad y la reproducción del SERNAM creó el Programa Buen vivir de la sexualidad y la reproducción (GOBIERNO DE CHILE, 2016), el cual “se creó con el objeto de contribuir a la plena realización de las personas, en especial de las mujeres, adolescentes y jóvenes, considerando su diversidad, las etapas de su ciclo vital y sus proyectos de vida a través del ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos, como parte integral de los derechos humanos” (Pág.715), buscando contribuir al fortalecimiento de la autonomía física de las mujeres y jóvenes de ambos sexos, desde un enfoque de género y derechos. El programa cuenta con cuatro líneas de acción: talleres, trabajo comunitario, acompañamiento y trabajo de coordinación intersectorial, los cuales se dividen por grupos etarios y van dirigidos a jóvenes, mujeres y hombres de 14 a 19 años, mujeres entre 19 y 49 años, y de 50 años en adelante.

Solo por nombrar un ejemplo, en la comuna de Alto Hospicio (MUNICIPALIDAD ALTO AUSPICIO, s.a) el programa se comenzó a implementar desde junio de 2015 y cumple con la siguiente modalidad:

a) Talleres: tienen una dimensión grupal. Su objetivo es dar cuenta de una experiencia colectiva del vivir de la sexualidad y la reproducción, con metodologías participativas. Estos, tienen una duración de 8 horas y se pueden dividir en sesiones.

b) Acompañamiento: dimensión individual, es un espacio destinado a consultas, orientación, información específica y derivación a red de servicios públicos y/o privados.

c) Trabajo comunitario: tienen una dimensión colectiva- cultural y busca potenciar el trabajo con actores locales, organizaciones sociales, grupos de interés, difusión y promoción.

d) Trabajo intersectorial local: según su programa es la dimensión institucional, que busca coordinación entre los distintos actores institucionales, para lograr un abordaje articulado en materia de sexualidad y reproducción en un territorio determinado. Para la firma del convenio participaron el Ministerio de Desarrollo Social, INJUV y seremis de Educación y Salud.

Si consideramos la cuenta pública que realizó el SERNAM para 2015 (GOBIERNO DE CHILE, 2015) sus principales logros alcanzados durante el período, respecto al programa, fue la Atención a la Maternidad Adolescente, cuyo objetivo fue realizar intervenciones psicosociales con embarazadas y madres adolescentes en situación de riesgo y/o vulnerabilidad sociales, que les permitiera compatibilizar la maternidad con sus proyectos de vida, promoviendo la reinserción escolar y contribuyendo a evitar segundos embarazos adolescentes.

Este programa fue evaluado externamente y auditado por la Contraloría General de la República, lo que significó que en la versión 2015, se amplió el acceso al mismo, incorporando líneas de trabajo en talleres con hombres adolescentes, buscando alcanzar mayor efectividad en la prevención del embarazo adolescente. El programa se ejecutó en trece regiones, donde participaron tres mil adolescentes.

Luego como segundo logro alcanzado se encontró el plan de prevención del segundo embarazo en adolescentes implementado junto al Ministerio de Salud, el cual consistió “en la implementación de una experiencia piloto con adolescentes que han sido madres, a fin de fortalecer su proyecto de vida y prevenir un segundo embarazo. La iniciativa se desarrolla a través de un convenio de colaboración con el área de salud de la Municipalidad de San Bernardo y el Centro de Salud Integral del Adolescente Ricahueche, de la misma comuna. Se contempla visitas domiciliarias a las adolescentes a fin de brindar apoyo, información y orientación sobre los métodos anticonceptivos y otros aspectos de la sexualidad, desde una perspectiva de género y derechos, facilitando conjuntamente el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva”³⁷

Otros de los logros fue la realización de mil 463 mamografías en convenio con la Fundación Arturo López Pérez, para lograr la detección precoz del cáncer de mamas. Mientras que el último logro señalado, vinculado a esta temática pero que no se encuentra dentro del programa antes señalado, fue en materia de iniciativas legislativas con la presentación al Congreso Nacional del

³⁷ ÍDEM

proyecto de ley que busca regular la despenalización de la interrupción voluntaria del embarazo en tres causales.

Si se analizan tres de los cuatro logros señalados anteriormente, que se vinculan directamente al goce de los derechos sexuales y reproductivos, es posible ver una conexión explícita: tres de ellos relacionan directamente los DSR con la maternidad, como si los avances en materia de sexualidad fuesen inherentes a la reproducción.

Es necesario aquí detenerse a realizar el análisis porque, a partir de la implementación de estas políticas públicas, es posible evidenciar que se siguen perpetuando patrones de cómo los DSR se ligan a papeles que las mujeres debemos perpetuar: seguir relegadas al ámbito de lo privado, de vincularnos directamente con el rol de ser madres, como si otros roles se encontraran lejanos y ese fuese nuestro espacio en la sociedad. En palabras de Simone de Beauvoir en *El Segundo Sexo* (DE BEAUVOIR, 2005) las mujeres se vinculan por la institucionalidad a “las faenas domésticas a que está dedicada, puesto que son las únicas conciliables con las cargas de la maternidad, la confinan en la repetición y la inmanencia; son faenas que se reproducen día tras día, bajo una forma idéntica que se perpetúa casi sin cambios siglo tras siglo; no producen nada nuevo” (Pág. 28). El problema, entonces, no se produce por el hecho de ser madres, sino que por la obligatoriedad que se impone, siendo el mismo Estado y sus políticas las que dictaminan que solo aquellas mujeres que cumplan con los roles y estereotipos “designados” gozarán de la garantía de sus derechos. En este caso en particular, el Programa Buen vivir de la sexualidad y la reproducción, nada aborda de sexualidad, ni placer, ni prácticas, sino que liga directamente la protección de los derechos a ser madres, como única posibilidad garantizada.

Ahora, si analizamos solo un período de las políticas públicas de un programa de gobierno, la acusación de una falacia por generalización³⁸ parece inminente, pero si analizamos las acciones programadas para el período de mayo de 2015 a mayo de 2016, la cuestión no cambia. En función de obtener logros en el ítem de Autonomía Física, se buscaba que para el año cursante (GOBIERNO DE CHILE, 2015) se “realizarán talleres de Buen Vivir de la Sexualidad y la Reproducción para mil 920 mujeres de distintas edades, en 29 comunas, y talleres de educación sexual y prevención del embarazo adolescente para tres 200 mujeres y hombres jóvenes en 32 comunas del país” (p.713).

Considerando, nuevamente, que este es el único programa de gobierno que reconoce e integra

³⁸Tipo argumentación incorrecta que supone que una cosa es tal manera generalmente porque en uno de los casos se manifestó de esa forma, sin considerar las particularidades que lo determinan.

a los DSR como prioridad dentro de las políticas gubernamentales, es preciso realizar un seguimiento, para ver si efectivamente continúa con el patrón.

Para el Mensaje Presidencial del año 2016, los principales logros alcanzados durante mayo de 2015 y mayo del año siguiente fueron la realización “de 187 talleres de promoción del Buen Vivir de la Sexualidad y la Reproducción, desde un enfoque de género y derechos, para dos mil 377 mujeres de distintas edades. Los que se llevaron a cabo en 32 comunas del país, con el objetivo de compartir la diversidad de experiencias de las mujeres en torno a la sexualidad y la reproducción, poniendo en debate los modelos de género desde la perspectiva del buen vivir. Asimismo, se realizaron otros 236 de estos talleres destinados a tres mil 613 jóvenes —mil 652 hombres y mil 961 mujeres— en 32 comunas del país, con el objetivo de contribuir al desarrollo de la autonomía de las y los jóvenes y a la promoción del buen vivir de la sexualidad y la reproducción mediante el fortalecimiento de su autoestima y autocuidado” (Pág.725).

Además, otro logro alcanzado fue la realización de mil 26 mamografías mediante el convenio con la Fundación Arturo López Pérez, que continuaba desde el año anterior. Por otro lado, la cuenta pública incluyó el aumento de un 37% de las Consejerías para Adolescentes en Salud Sexual y Reproductiva; la autorización de la venta de la píldora de anticoncepción de emergencia sin receta médica y la actualización de las Normas Nacionales de Regulación de la Fertilidad; Además, de la instalación de una alianza intersectorial con el MINSAL para la prevención del embarazo adolescente, y finalmente, la cobertura nacional con la vacuna del Virus Papiloma Humano.

Si bien los avances del año 2015 al 2016 fueron significativos³⁹, en tanto ampliaron el espectro de cobertura de políticas públicas diseñadas para el goce de los DSR, la tendencia a vincular la maternidad con los derechos de las mujeres continúa. Sin embargo, uno de los cambios respecto a los años anteriores fue la introducción del resguardo de la sexualidad a partir de un enfoque de salud. Si bien la OMS y los distintos programas internacionales abogan para que la salud sexual y reproductiva tenga una alta prioridad dado el alto contagio de enfermedades de transmisión sexual, incluido el VIH/SIDA, y por los diversos cánceres que afectan tanto a hombres como mujeres, también hay que precisar que es necesario avanzar en las formas de autocuidado y cómo se vincula la autoestima en todo este proceso. Si bien el SERNAM en uno de sus propósitos incluye estas aristas, hay que comprender que el avance de los DSR solo se dará cuando las

³⁹ Lo que puede estar determinado por el cambio de Gobierno, donde Michelle Bachelet asumió su segundo período presidencial y con ello el nombramiento de la ministra Claudia Pascual a cargo del SERNAM

aristas psicológicas sean abordadas, o solo anticipándose a evitar la violencia de la cual vivimos las mujeres cotidianamente, en diversos espacios, sino que también previo a cualquier proceso violento, mediante el fortalecimiento del autoconocimiento.

La socióloga de la Universidad de Chile, Denisse Quijada, en su tesis para optar al título de Socióloga (QUIJADA, 2010) Percepciones que las mujeres tienen de su cuerpo y vivencia sexual, presentó entrevistas realizadas a 16 mujeres cuyos resultados develan “que las mujeres tienen desconocimiento de su cuerpo, especialmente con la función y aspectos de sus genitales. La mayoría de las mujeres al preguntarles por la exploración u observación de sus genitales, responde como si fuera algo ajeno al cuerpo, como algo que no merece atención, incluso algunas responden que nunca se les ha ocurrido tocarse o mirarse” (Pág.71) Evidencia que deja en claro la necesidad de que hoy las políticas públicas fomenten el autocuidado, la consciencia corporal y el bienestar personal.

Finalmente, las acciones que el SERNAM realiza para el período mayo 2016 y mayo 2017 en relación a la autonomía física (GOBIERNO DE CHILE, 2016) son “talleres de Promoción del Buen Vivir de la Sexualidad y la Reproducción, desde un enfoque de género y derechos, para tres mil 980 mujeres de distintas edades, en 32 comunas del país, así como talleres para dos mil 900 mujeres y hombres jóvenes, con énfasis en la prevención de la maternidad y paternidad adolescente. Además, se realizarán 64 acciones comunitarias masivas de Promoción del Buen Vivir de la Sexualidad y la Reproducción” (pág.739). Además, se continúa la tramitación en el Congreso Nacional del proyecto de ley que regula la despenalización de la interrupción voluntaria del embarazo en tres causales.

Respecto al ítem de Autonomía de las mujeres, se busca aumentar los espacios de atención para adolescentes, que incluyan regulación de la fertilidad, prevención de embarazo y consejería en salud sexual y reproductiva, especialmente en aquellas comunas que presentan altas tasas de fecundidad adolescente. A pesar de que el enfoque gubernamental se ligue a la reproducción a la juventud y ni siquiera a la adultez, sin nombrar la preocupación deficiente que existe en materia de sexualidad de niñas, adolescentes, jóvenes, adultas y tercera edad; también hay que realizar un análisis de la realidad que se vincule directamente con algunas de sus necesidades y problemáticas propias de la sociedad actual. De ahí que a partir de los principales avances, también es necesario poner énfasis al embarazo adolescente en Chile y cómo el país ha dado respuesta a esta situación.

2.3 Inicio de vida sexual y embarazo adolescente

La elevada tasa de embarazos en adolescentes es uno de los problemas más serios de salud reproductiva y salud pública que debe enfrentar el país. Estas tasas se derivan de la edad temprana de inicio de actividad sexual, en la mayoría de los casos sin uso previo de protección anticonceptiva. Según estimaciones del INE, durante el año 2010 el 16,48% de la población total del país correspondió a adolescentes entre 10 y 19 años de edad. De este total, el 52,83% tiene entre 15 y 19 años de edad y el restante 47,17% entre 10 y 14 años de edad. Asimismo, de la población que fueron padres o madres entre los rangos etarios 10 a 19 años de edad, el 52,82% son hombres y el 47,18% son mujeres.

La directora de la Oficina de Extensión de la Facultad de Medicina de la Universidad Austral de Chile y directora del Instituto de Salud Sexual y Reproductiva de la misma universidad, Myriam Márquez, señala respecto a los embarazos adolescentes en la Región de los Ríos que “hemos llegado hasta el 30% que ha sido uno de los más altos del país, hasta hace unos cinco años atrás Paillaco y la Unión tenían uno de los índices más altos de embarazo en Chile. El factor siempre más determinante es la ausencia del concepto de riesgo, esta sensación de todo *power*, esta estimulación masiva de la erotización de las relaciones, pero además, de que siendo una cuestión visible nadie la aborda, o muy pocos”⁴⁰.

Los adolescentes en Chile en 2015 corresponden a un 17% de la población del país, comprendiendo a jóvenes entre 10 y 19 años. La sexualidad en los y las adolescentes es dinámica y ha experimentado cambios considerables en las últimas décadas. De acuerdo a los datos entregados por el estudio “Sexualidad, jóvenes de entre 15 y 29 años” elaborado por el Instituto de la Juventud (INJUV) en 2013, de una muestra de 8.352 personas encuestadas, el 48,7% de los adolescentes de 15 a 19 años declaró haber iniciado su vida sexual, con una edad de inicio promedio de 16 y 17 años para hombres y mujeres respectivamente. En comparación a las cifras arrojadas en el año 1997, donde las mujeres iniciaban su vida sexual en una edad promedio de 18 años.

Sin embargo, tal como señala Débora Solís, directora de APROFA, “efectivamente la iniciación sexual disminuye y de la poca literatura que existe en materia de evaluación de impacto de programas que sirven y cuanto sirve, de esos mismos programas, se dice que la iniciación sexual se realiza cinco años antes del promedio de iniciación sexual que se establece oficialmente

⁴⁰Entrevista con la autora

en el país”⁴¹. Lo que constituye un problema, puesto para comenzar cuanto antes la enseñanza en sexualidad y reproducción que incluya prevención de enfermedades de transmisión sexual o de embarazo no planificado, es necesario que baje la edad inicial de adolescentes y niños/as que pueden acceder a la educación en el área.

El embarazo no planificado o embarazo adolescente marca un hito que diferencia las trayectorias de vida de quienes lo viven. Según la Séptima Encuesta Nacional de Juventud (INSTITUTO NACIONAL DE JUVENTUD, 2013), el 21% de las y los jóvenes han vivido una experiencia de embarazo adolescente. Sin embargo, es especialmente en la biografía de las mujeres jóvenes quienes experimentan este fenómeno experiencial en mayor medida, pues un 28% de jóvenes encuestadas declara haber vivido un embarazo adolescente, mientras que los hombres un 16%. Esta tendencia se mantiene en todos los tramos de edad considerados cuando se observa la maternidad y paternidad. Por ejemplo, el 13% de las mujeres encuestadas de entre 15 y 19 años declaró ser madre, mientras que solo el 3% declaró ser padre. La brecha es más grande aún en los tramos etarios siguientes: del total de mujeres encuestadas de entre 20 y 24 años, el 45% declara ser madre, mientras que el 23% de los hombres del mismo segmento señala ser padre. La brecha alcanza los 24 puntos cuando se compara la maternidad y paternidad en el tramo de 25 a 29 años, donde el 67% de las mujeres señala tener al menos un hijo, condición que en el caso de los hombres alcanza el 43% (Pág.95).

A partir de la encuesta antes mencionada ya es posible identificar que socialmente las mujeres cumplen roles respecto al cuidado y crianza de sus hijos por sobre las mujeres, y desde una edad temprana. Tendencia que se perpetúa si volvemos al apartado anterior y volvemos a observar el análisis de las políticas públicas que se vinculan directamente a las mujeres. Por lo tanto, no es menor constatar que en Chile - y a nivel mundial- la tendencia sea que a las mujeres se le exija una mayor responsabilidad a la hora de tener hijos/as tanto social, como cultural y económicamente.

El problema es que las consecuencias que esto trae son mayores para las mujeres y las instituciones del Estado ya han visualizado esta problemática que desde hace décadas autores, especialistas, activistas y organizaciones de la sociedad civil vienen reclamando. Tal como evidencia la misma encuesta/estudio de INJUV (2012) “la autonomía individual y la responsabilidad asociada a los roles reproductivos están distribuidos desigualmente entre

⁴¹Entrevista con la autora

hombres y mujeres; ejemplo de ello es la prevalencia de embarazos adolescentes, fenómeno que afecta mucho más a las madres que a los padres, pues aquellas deben asumir las responsabilidades asociadas a la maternidad y en muchas ocasiones desertar del sistema educativo y/o retrasar la vida laboral” (Pág.80).

Por otro lado, el embarazo adolescente tiende a ser más frecuente entre los individuos más pobres de la sociedad, constituyéndose en una de las actuales causas de generación y transmisión de la pobreza. En este sentido, la fecundidad en los adolescentes se erige como causa y consecuencia de menores oportunidades de desarrollo e integración social, teniendo implicancias sociales y psicológicas con elevado costo personal, educativo, familiar y social (MOLINA, FERRADA, PÉREZ, CID, CASANUEVA, & GARCIA, 2004). Es relevante darnos cuenta que las consecuencias del embarazo no planificado no solo traen problemas de manera inmediata, por la misma necesidad de tiempo y espacio de crianza, sino que conviene en un problema mayor: son las mujeres más pobres que los hombres en Chile, situación que comienza desde temprana edad y se perpetúa a lo largo de los años, viéndose reforzada por la obligatoriedad de ser madres.

Según la encuesta Casen 2013, el porcentaje de hogares con mujeres jefas de hogar asciende a un 37,9%, donde los niveles de pobreza y pobreza extrema llegan a un 15,4% y al 5,3% respectivamente (MINISTERIO DE DESAROLLO SOCIAL, 2015). El país encabeza la lista de los países con mayor brecha de pobreza entre hombres y mujeres, al registrar el aumento más alto en esta materia dentro de Latinoamérica, subiendo 35 puntos entre el 2002 y 2011, según el informe Panorama Social América Latina 2012⁴² de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). En la época, el entonces director de la División de Desarrollo Social del organismo, Martín Hopenhayn, recalca que la mayor feminización de la pobreza es una dispersión importante a considerar para las políticas públicas. Dentro de las variables que están a la base de dicha desigualdad están las brechas salariales entre hombres y mujeres producto del no reconocimiento de las actividades dentro de la fuerza laboral, como por ejemplo la crianza de los hijos/as, jefaturas de hogar y el cuidado de enfermos. Todas ellas tareas que generalmente se asocian a roles socio-culturales que las mujeres debemos cumplir. Es a partir de las repercusiones sociales e individuales, tanto para la sociedad como las adolescentes, que es necesario dar cuenta

⁴²Según los informes entregados por la CEPAL en años posteriores, se indica que la brecha de la pobreza por razón de género ha ido disminuyendo en el país, sin embargo, es necesario precisar que posteriormente dichos informes no incluyen la estimación porcentual de la brecha de pobreza según este criterio, sino más bien da análisis cualitativos de las razones que motivarían la desigualdad salarial en todo Latinoamérica.

de cómo hoy se desarrollan programas vinculados a los DSR de niñas y adolescentes. Al igual que los apartados anteriores, y yendo en la línea del abordaje de los diversos gobiernos respecto a la materia, los programas que vinculan a los DSR con las y los adolescentes se ligan directamente a las aristas de la salud y la educación.

2.3.1 Programa Salud Integral Adolescentes y jóvenes

El Programa de Salud Integral de adolescentes y jóvenes del MINSAL impulsado en septiembre de 2015- basado en el Programa Nacional de salud integral de adolescentes y jóvenes presentado en 2011- tiene el propósito de “mejorar el acceso y la oferta de servicios, diferenciados, integrados e integrales, en los distintos niveles de atención del sistema de salud, articulados entre sí, que respondan a las necesidades de salud actuales de adolescentes y jóvenes, con enfoque de género y pertinencia cultural, en el ámbito de la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación, incorporando a sus familias y la comunidad. La atención integral de éste grupo etario, implica transversalizar las prácticas de salud, incorporando los distintos enfoques, lo que permite, visualizarlos como sujetos de derechos y protagonistas de sus propias vidas” (MINISTERIO DE SALUD, 2015).

El programa busca abordar las necesidades de forma integrada con la intervención de distintos equipos en el caso de ser necesario, particularmente cuando se trata de poblaciones de adolescentes y jóvenes en situaciones de vulneración de derechos y en conflicto con la justicia, a partir de la coordinación y la articulación de una red de servicios. Este plan se pretende desarrollar en todo el país, en las diversas SEREMIS y para los tres niveles de atención del sistema público de salud, incluyendo a jóvenes y adolescentes de entre 10 y 24 años, buscando ser un programa de referencia para el sistema privado de salud.

Respecto a la salud sexual y reproductiva, este programa incluye tres ejes: atención integral de mujeres que presentan un aborto y otras pérdidas reproductivas, atención personalizada en el proceso reproductivo y planificación familiar. Todos estos instrumentos programáticos solo incluyen aristas sobre procesos reproductivos, pero no incluyen la arista de la sexualidad como una temática relevante a abordar dentro del programa.

En la misma línea, la Guía Práctica Consejería en Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes Orientaciones para los equipos de Atención Primaria 2016 elaborada por el MINSAL, expresa que algunas de las razones por las cuales la sexualidad en la adolescente puede

ser motivo de preocupación son el alto nivel de experimentación, sentimientos de invulnerabilidad, presión de los pares o de la pareja, la falta de adultos referentes para conversar y orientarlos/as. Así como también vergüenza para acceder a los servicios de salud sexual y reproductiva, o la no existencia de servicios adecuados y oportunos, que mantengan la confidencialidad, por ejemplo.

Sostiene que las consecuencias de un inicio temprano de la actividad sexual sin ejercer gestión de riesgo en el ámbito biológico son el aumento de probabilidades de un embarazo no deseado, de aborto, de infecciones de transmisión sexual (ITS) incluido el VIH, el cáncer de cuello uterino y a largo plazo infertilidad. En el ámbito psicosocial, estas consecuencias pueden relacionarse con la deserción escolar o menor logro educacional, acceso a fuentes laborales de menores ingresos, dificultades en la crianza de los hijos, insatisfacción, sentimientos de culpa, discriminación y vulnerabilidad económica, entre otras.

Por lo tanto, la adolescencia, es uno de los momentos oportunos para abordar la salud sexual y reproductiva desde un enfoque de promoción y de derechos, particularmente orientado a abordar las inquietudes, dudas y preocupaciones de adolescentes en estas temáticas, en un marco de diálogo y aceptación de la diversidad, con el fin de mejorar la calidad de vida presente y futura, y de promover el desarrollo integral.

A partir de estos principios, la Guía Práctica Consejería en Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes Orientaciones para los equipos de Atención Primaria (MINISTERIO DE SALUD, 2016) exige que los y las profesionales de salud que trabajan con adolescentes asuman la responsabilidad de abordar la sexualidad, en el marco de la promoción y prevención continua de salud, y que se preparen para poder favorecer el vínculo con los padres y madres o referente adulto de adolescentes consultantes, teniendo un manejo adecuado de los aspectos éticos y legales involucrados en su atención. Propone, además, que el modelo debe ser “integral con enfoque familiar y comunitario (...) en la adolescencia, cobra relevancia el rol de la familia en ofrecer un ambiente estable y seguro emocionalmente, en que se reconozcan los logros y exista la aceptación del o la adolescente en un contexto afectivo, estableciéndose normas y límites claros” (Pág. 5-6).

El programa trabaja con la integración de los adultos para guiar a los adolescentes en el camino, sin embargo, parece un tanto utópico considerando que las y los adultos aún no tienen del todo resuelto temáticas vinculadas a la sexualidad, o no cuentan con una educación sexual y

reproductiva suficiente para ser capaz de guiar con información base a sus hijos/as o adolescentes que tengan bajo cuidado⁴³, pero este no es la única deficiencia que presenta el programa. En el Estudio Barreras de Acceso a los Servicios de Salud para la prevención del embarazo adolescente en Chile (CULTURASALUD, 2010), se evidencia que actualmente “en cuanto a la salud sexual y salud reproductiva de la población adolescente, hay dos enfoques que han predominado: el de la subordinación y el de los factores de riesgo. Desde el enfoque de subordinación, los/as adolescentes son significados como un grupo limitado, dependiente, y excluido de la participación. Son los/as adultos quienes definen el marco dentro del cual, se deben mover los/as jóvenes, controlando sus recursos materiales y psicosociales. Este discurso adulto céntrico va de la mano del enfoque de factores de riesgo - muy comúnmente utilizado en el sector salud y en las políticas mismas-, el cual centra su atención en las principales áreas de riesgo para la salud de los/as adolescentes. Este enfoque ha tenido un fuerte impacto en el imaginario social sobre la adolescencia, ya que desde él la juventud es vista como problema, como crisis, como asociada a ciertas patologías, y como etapa de peligro” (Pág.6).

Por lo tanto, uno de los obstáculos iniciales que vemos a la hora de analizar los diferentes programas es cómo ideológicamente se sustenta la creación de estos programas. Es decir, cómo paradigmáticamente realizan el abordaje de la sexualidad, la adolescencia y el abordaje de los DSR. El que actualmente no ve a los adolescentes como sujetos de derechos en sí mismos.

Además, este mismo estudio también afirma lo que se ha venido desarrollando durante este apartado: en términos generales, la reproducción y la sexualidad han sido concebidas como un corpus indisoluble. Tal como se expresa en el estudio antes citado, se pone un “mayor énfasis en los aspectos “reproductivos” de la salud que en los “sexuales”. Claro ejemplo de ello es que en nuestro país, la atención de SSR ha estado centrada en las mujeres y especialmente en la salud reproductiva de las mismas. Bajo este modelo, la salud sexual de las mujeres ha quedado relegada a la esfera reproductiva, y la salud tanto sexual como reproductiva de los hombres no ha sido temática de políticas públicas ni de reflexión social ⁴⁴.

Tras esta idea que subyace al entendimiento de los programas de salud de adultos/as, también se manifiesta en la forma en cómo los DSR son abordados para los y las adolescentes, ya que actualmente – reflejados en los diversos programas públicos- se tiene “la idea de que los/as adolescentes no “deben” tener una sexualidad activa, y que educarlos en estas temáticas podría

⁴³ Temática que luego será abordada en la transición de salud a educación sexual y reproductiva.

⁴⁴ ÍBIDEM, Pág. 7

contribuir a aumentar una cultura de excesiva libertad sexual. De allí también se deriva la poca identificación de los/as adolescentes como sujetos de derecho y usuarios potenciales de los servicios de salud en estas materias.

De la mano con lo anterior, las percepciones sociales sobre las mujeres como foco de la atención de SSR contribuyen a reforzar las inequidades de género, siendo ellas las relacionadas con los deberes y derechos reproductivos, quedando de este modo a cargo de la crianza y cuidado de los hijos e hijas, mientras los hombres son asociados a las funciones económico-productivas de la sociedad”⁴⁵. Este es, quizás, una de las barreras socio-culturales más grandes para desarrollar a cabalidad proyectos que tienen que ver con el goce de salud sexual y reproductiva: seguir perpetuando patrones sociales estereotipados y prejuiciosos, que no necesariamente se condicen con la realidad. Pues seguir manteniendo la idea de que las mujeres están destinadas a reproducir como por mandato “natural” y que solo esa esfera es la que hay que resguardar, no solo transgrede los DSR de las mujeres en tanto no se responsabiliza de la sexualidad, sino que también se aleja de los contextos socio-culturales que se viven hoy.

Por ejemplo, según el estudio de CulturaSalud citado anteriormente, las mayores barreras a los servicios de SSR desde la perspectiva de las y los adolescentes es la falta de privacidad e intimidad en los centros de salud como una de las principales barreras para que los/as adolescentes se acerquen a éstos. Así como también la falta de difusión de acciones dirigidas a adolescentes y la falta de difusión por parte del sector salud respecto a las acciones que realizan dirigidas a adolescentes. Además, consideran que el servicio está destinado a quienes ya iniciaron su vida sexual o quienes van por información sobre embarazos, donde los servicios no se conciben como instancias de orientación previa al inicio de una vida sexual activa, o en temas ligados netamente a lo sexual.

Estas trabas en el acceso que perciben los y las adolescentes desde un punto de vista institucional se ve reforzada por la idea de que la juventud no se reconoce como sujeto de derecho ni tampoco como ciudadanos, por ende, no ven a las instituciones como entidades al servicio de ellos/as, sino como orientadas al público adulto, donde “esto hace que en muchos casos los y las adolescentes se auto marginen de los centros de salud ya que no se sienten con el derecho a utilizarlos, toda vez que los conciben como espacios dirigidos a otros segmentos”⁴⁶.

Sumado a lo anterior, de acuerdo a varios/as de los profesionales de salud entrevistados/as en

⁴⁵ ÍDEM

⁴⁶ ÍBIDEM, Pág. 71

el informe, la vergüenza es otra de las grandes barreras de acceso a los centros de salud que presentan los y las adolescentes, donde “esta vergüenza se da en diversos niveles: por un lado, vergüenza a ser vistos en los centros de salud por personas de su comunidad: parientes, vecinos/as, amigos/as. El hecho de toparse con personas conocidas hace que el y la adolescente se sientan expuestos y vulnerables, y como la infraestructura de los centros de salud no permite mucha privacidad, cuando los y las jóvenes van en busca de atención por temas de sexualidad esto queda en evidencia en las salas de espera o en farmacia, lo que genera rechazo en los y las adolescentes”⁴⁷

Finalmente, las familias y redes de los y las adolescentes son fuente de fuertes resistencias para que éstos/as accedan a los servicios de salud. Por una parte, se identifica la percepción de que los temas de educación sexual son de responsabilidad de los colegios y no del sector salud. Esta noción no sólo la manejan los padres, madres y familiares, sino también muchos centros educacionales, los que se niegan a abrirse a que el sector salud entre a sus establecimientos para capacitar a los y las jóvenes. Además, hay colegios que se niegan a la educación sexual y la entrega de preservativos por parte del sector salud”⁴⁸ Este punto parece altamente paradójico, ya que los diversos programas se sustentan en la participación de la familia interviniendo como tutores o guías del proceso, como si ellos ya obtuvieran el conocimientos y las experiencias suficientes como para poder realizar esta labor, pero las mismas investigaciones y estudios dan como resultado que son las mismas familias quienes obstaculizan los procesos y son los mismos adultos/as quienes no se responsabilizan en esta labor.

Además, se suman otra serie de barreras que no tienen que ver tanto con la percepción de las/os adolescentes, sino con las condiciones del sistema de salud público. Estas barreras se identifican como “el desconocimiento que existe por parte de los equipos de salud respecto a las regulaciones o normativas existentes en torno a la atención de este grupo de la población”⁴⁹

Otra de las barreras detectadas, en este caso por los equipos de salud es “la falta de trabajo intersectorial que existe en salud en lo relativo a adolescentes. Se sostiene que para poder instalar de manera efectiva un modelo de salud preventivo se hace imprescindible trabajar de manera coordinada con otros sectores, principalmente educación, para poder ejecutar acciones que vayan en la dirección de la promoción de estilos de vida saludables desde un enfoque integral,

⁴⁷ ÍDEM

⁴⁸ IBÍDEM, Pág. 73.

⁴⁹ ÍBIDEM, Pág. 40

superando de este modo la mirada netamente biologicista propia del sector salud”⁵⁰ lo cual se ve reflejado en la misma carencia de trabajo intersectorial a la hora de elaborar políticas públicas.

Finalmente, otra de las barreras importantes para brindar servicios de salud sexual y reproductiva, se encuentran las voluntades políticas locales (municipales y de directivas de centros de salud) los cuales pueden interferir en el trabajo de equipos de atención de adolescentes, según el estudio “se identifica que en algunos centros de salud las autoridades locales entregan instrucciones de atención a adolescentes que atentan contra las normativas del Programa de Salud de los y las Adolescentes y Jóvenes, por ejemplo, relacionadas a la no entrega de métodos anticonceptivos”⁵¹.

Todas estas barreras demuestran que actualmente la formulación de los programas en salud sexual y reproductiva deben realizarse en función de entender a la salud como un proceso integral, donde es necesario un trabajo intersectorial desde su instante de creación hasta el de ejecución, entendiendo que las/os adolescentes son sujetos de derecho, que deben ser considerados a la hora de elaborar los programas destinados a ellos desde un enfoque distinto al que actualmente predomina, que ve a los adultos como máximos concedores, siendo que la realidad dicta otra cosa. Es por ello que el Estado debe garantizar que los/as adolescentes y sus familias puedan acceder a programas no centrados solo en la reproducción, sino que a servicios que contemplen a los DSR como integrales; donde no basta solo con formular políticas públicas o programas de implementación, sino que es también necesario velar que estos no queden en el papel y se puedan llevar a la práctica.

2.3.2 Los diversos planes de educación sexual y reproductiva

Durante el año 2004 el entonces Ministro de Educación, Sergio Bitar, convocó una Comisión Consultiva para la Evaluación y Actualización de la Política de Educación en Sexualidad, tras cinco meses de análisis entregó un informe⁵² de lo realizado desde 1993 en la materia, considerando los cambios socioculturales y aquellas situaciones que desafían la educación sexual, como el embarazo adolescente no deseado, la violencia intrafamiliar, el abuso sexual infantil, la discriminación y orientación sexual, y el rol de los medios de comunicación. La Comisión en su Informe Final propuso un plan de Acción con metas, objetivos estratégicos, etapas y acciones,

⁵⁰ IBIDEM, Pág. 45

⁵¹ ÍBIDEM, Pág. 83

⁵² Titulado “Documento de trabajo de la comisión consultiva para la revisión y actualización de la política de educación en sexualidad del Ministerio de Educación.

desde una perspectiva de derechos y de la responsabilidad del Estado frente a las necesidades educativas de la población (Vidal, 2011). Durante 2005 se creó la Secretaría técnica de Educación sexual, la cual comenzó con la planificación de un nuevo programa que abordara educación en sexualidad y afectividad.

Fue así como durante el primer período presidencial de Michelle Bachelet, el MINEDUC a principios de 2006 se esforzaba en anunciar el Plan Nacional de Educación en Sexualidad y Afectividad a cargo del Ministro de Educación de la época, Sergio Bitar. El plan único para todos los establecimientos educacionales subvencionados por el Estado contaba con tres fases: la primera tuvo como objetivo obtener resultados concretos al final de la administración del gobierno del Presidente Ricardo Lagos, mientras que las acciones 2006 dieran proyección hacia el futuro. Los resultados esperados para la segunda fase (2007 - 2008) era lograr que egresara la primera generación de estudiantes que fueron sujetos de la implementación del nuevo Marco Curricular. La última fase (2009 - 2010) tenía como objetivo “Familias con conocimientos y competencias en educación en afectividad y sexualidad. Estudiantes con actitudes, habilidades, valores y conocimientos desarrollados para asumir una sexualidad sana, plena y responsable. Estudiantes respetuosos y no discriminadores con sus pares y otros ciudadanos” (MINISTERIO DE EDUCACIÓN, 2006).

En Chile, en aras de la "libertad de enseñanza" y dadas las controversias con la Iglesia Católica, los gobiernos de la centroizquierdista de la Concertación por la Democracia, optaron por campañas informativas sobre sexualidad, pero sin definir un plan nacional concreto de educación como el que se esperaba. Aunque las autoridades actuaron con agilidad para dictar normas contra la discriminación de adolescentes embarazadas, así como intervenir a favor de alumnos homosexuales; cada colegio definió por su cuenta qué hacer frente a la educación sexual (VIDAL, 2011). Para Débora Solís, también directora del plan que impulsó la Secretaría Técnica de Educación sexual del MINEDUC considera que, si bien el término de este programa no constituye un fracaso, las mayores trabas y complicaciones que tuvo fue “la exigencia de tomar una postura ideológica que no siempre es del gusto de todos. Cuesta mucho dar cuenta de políticas públicas vinculadas al Chile real que tenemos y no al que queremos, soñamos o creemos tener. El MINEDUC es un órgano de la política pública educativa que está llamado a gestionar políticas para los sectores más pobres, y es ahí donde se cometen las mayores vulneraciones en materia de derechos sexuales y reproductivos en nuestro país. Es ahí donde la mayoría de las

adolescentes embarazadas interrumpen su biografía escolar y se quedan fuera del sistema. Es ahí donde se encuentra el mayor porcentaje de denuncia de violencia de género, donde los que tienen una orientación sexual distinta a la heterosexual lo pasan peor. Yo creo que el fracaso está dado porque después de haber luchado muchísimo de lograr tener un órgano en el ministerio que se dedicara exclusivamente a ver temas de sexualidad, finalmente eso se termina”⁵³. Aquí la especialista pone en relieve una cuestión que parece fundamental durante todo este segundo capítulo, y es el hecho de que las políticas públicas se realizan en base a voluntades políticas, que necesitan de dedicación, espacio, tiempo y recursos. Es decir, que las temáticas vinculadas a reproducción y sexualidad deben ser vistas como un “subderecho” dentro de otros derechos y que su abordaje comience a tener la seriedad que requiere.

Además, Débora agrega que “cuando uno gobierna debe intentar dar respuestas a las necesidades de la mayoría, pero cuando eso complejiza mi propio proyecto personal valórico y no hago caso omiso a este proyecto personal porque hoy soy un personaje público, tengo que dar un paso al costado y renunciar, pero eso no se hace. Además, cuando uno habla de derechos sexuales y reproductivos es mucho más complejo porque no obedece a tendencias políticas, es absolutamente transversal, porque trabajar en sexualidad tiene mucho que ver con nuestra propia historia personal, es eso lo que se sobrepone. Sin embargo, yo no lo justifico en personas que están tomando decisiones que comprometen al conjunto del país, dejar de hacer educación en sexualidad en los establecimientos públicos en nuestro país es una vulneración de derechos porque le quita posibilidad a los estudiantes para que tengan acceso a la información que les permita tomar mejores decisiones, o que prefieren utilizar tal método porque decidieron iniciarse sexualmente pero no querían quedarse embarazadas, y resulta que tiene 15 años y resultó embarazada. ¿Por qué? Porque tenía un conocimiento erróneo, porque la profesora o su familia, o sus amigos tenían un conocimiento erróneo Porque en internet leyeron una página que tampoco tenía información correcta”⁵⁴. En este sentido, como ya se ha esgrimido, ni las familias en Chile están del todo capacitadas para hablar de sexualidad y reproducción en su totalidad, ni tampoco las mismas niñas y adolescentes; por lo que se hace necesario siempre entregar información que sea oportuna y permitan formar en autonomía y responsabilidad. Donde esta información debe estar exenta de sesgos ideológicos.

Respecto a las voluntades políticas y la utilización de recursos estatales para crear políticas

⁵³ Entrevista con la autora

⁵⁴ Entrevista con la autora

educativas sobre sexualidad y reproducción, en el año 2008, 26 Ministros de Educación y 38 ministros de Salud de Latinoamérica y el Caribe, entre ellos Chile, se reunieron en Ciudad de México en el Marco de la XVII Conferencia Internacional sobre VIH/Sida. En la oportunidad, Representando a Chile asistieron Mónica Jiménez y María Soledad Barría, Ministra de Educación y Ministra de Salud de la época, respectivamente. Junto al resto de los asistentes firmaron uno de los compromisos más ambiciosos en el área de la educación en sexualidad: “Prevenir con Educación”. En él se fijaron dos objetivos para concretarse antes de 2015: el primero, reducir en un 75% el número de escuelas que no han institucionalizado la educación sexual integral: el segundo, reducir en un 50% el número de adolescentes y jóvenes que carecen de cobertura de salud para atender sus necesidades de salud sexual y reproductiva. Bajo este contexto de análisis y visibilidad de las mejoras que el país necesitaba en materia de educación sexual y reproductiva, en 2010 la Subsecretaría de Salud Pública del MINSAL promulgó la Ley 20.418. La cual tiene como finalidad fijar las normas sobre información, orientación y prestaciones en materia de regulación de la fertilidad.

El primer artículo de la ley expresa que toda persona “tiene derecho a recibir educación, información y orientación en materia de regulación de la fertilidad, en forma clara, comprensible, completa y, en su caso, confidencial. Dicha educación e información deberán entregarse por cualquier medio, de manera completa y sin sesgo, y abarcar todas las alternativas que cuenten con la debida autorización, y el grado y porcentaje de efectividad de cada una de ellas, para decidir sobre los métodos de regulación de la fertilidad y, especialmente, para prevenir el embarazo adolescente, las infecciones de transmisión sexual, y la violencia sexual y sus consecuencias, incluyendo las secundarias o no buscadas que dichos métodos puedan provocar en la persona que los utiliza y en sus hijos futuros o en actual gestación”⁵⁵ (MINISTERIO DE SALUD, 2010). Además, la ley establece que los establecimientos educacionales reconocidos por el Estado deberán introducir en el ciclo de enseñanza media un programa de educación sexual, el cual incluya contenidos que propendan a una sexualidad responsable e informe completamente sobre los diversos métodos anticonceptivos existentes y autorizados, de acuerdo al proyecto educativo, convicciones y creencias que adopte e imparta cada establecimiento educacional en conjunto con los centros de padres y apoderados.

En el marco de esta nueva ley y luego del cambio de gobierno, a inicios del año 2011 los

⁵⁵ Ley 20.418

medios de comunicación anunciaban una medida que pretendía cambiar el futuro de la educación sexual del país. Pues a partir de marzo del año siguiente el currículum escolar cambiaría para integrar clases desde primero básico. Para su implementación el MINEDUC a cargo de Sergio Mañalich, y el Servicio Nacional de la Mujer al mando de la ministra Carolina Schmidt abandonaron el Plan Nacional de Educación en Sexualidad y Afectividad del gobierno anterior y elaboraron una lista de siete planes para que pudiesen ser escogidos por los diversos colegios.

¿Cómo llegaron estas autoridades a presentar estos Programas de Educación Sexual? En agosto de 2010 el Subsecretario Rojas, haciéndose cargo de una denuncia del Gerente del Departamento de Educación de la Municipalidad de Puente Alto, retiró de la Red Enlaces el libro “La Enciclopedia del Sexo” por contener imágenes eróticas y explícitas de sexo que estaban destinadas a estudiantes de 2do a 4to medio, según consignaron los medios de prensa. El Ministro Lavín encontró la justificación para darle el portazo definitivo al Plan Nacional de Educación en Sexualidad y Afectividad (2005-2010) que era la continuidad de una política que se había iniciado Ricardo Lagos en 1992 con el documento: “Hacia una política de educación sexual para el mejoramiento de la calidad de la educación” y luego las tan mentadas JOCAS (ARENAS, s/f)

La implementación de estos siete programas contaría con un presupuesto de \$300 millones a los cuales los colegios recurren para financiar las actividades, en las cuales se incluían capacitaciones a docentes, las que tendrían un costo entre \$23.000 y \$200.000 según el tipo, con un máximo de 70 horas, con la finalidad de que tres mil docentes al año fuesen capacitados. De esta forma, se esperaba que en marzo de 2012 las y los estudiantes que ingresaran en primero básico recibirían las primeras nociones de educación en sexualidad y afectividad, creando una hora de orientación para primero y cuarto básico, con el fin de abordar estas temáticas. Antes de la implementación de los siete programas, la ley obligaba a los colegios a entregar educación sexual en enseñanza media, sin embargo, para el entonces ministro de la cartera, Joaquín Lavín, existía la necesidad de abordar esta problemática desde edades tempranas. Del mismo modo la entonces ministra del SERNAM, Carolina Schmidt consideraba fundamental enfrentar el embarazo adolescente mediante estos programas (MUÑOZ, 2011).

Estos programas son:

1. “Adolescencia, tiempo de decisiones” de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile
2. “Aprender a querer” de la Universidad Católica de la Santísima Concepción

3. “Curso de Educación Sexual Integral” del Doctor Ricardo Capponi
4. “Programa de aprendizaje en Sexualidad y Afectividad” de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Chile
5. “Teen Star” de la Universidad Católica
6. “Programa de Educación en valores, afectividad y sexualidad” de la Universidad San Sebastián
7. “Sexualidad, autoestima y prevención del embarazo”, de la Asociación Chilena de Protección de la Familia (APROFA).

Aunque la necesidad y obligatoriedad de implementar uno de estos planes quedó reflejado en el documento “Orientaciones para el diseño e implementación de un Programa complementario al currículum en Sexualidad, Afectividad y Género”, elaborado por la Unidad de Transversalidad Educativa de la División de Educación General del MINEDUC, y por la Ley 20.418, la cual obliga a los establecimientos subvencionados por el Estado a contar con un programa de educación sexual; dicha obligatoriedad nunca se manifestó, quedando exentos inclusive los establecimientos particulares de implementar alguno de los planes.

Un ejemplo de ello es lo que sucede en el Liceo Javiera Carrera, establecimiento que⁵⁶se ubica en el centro de Santiago en la calle Compañía de Jesús entre San Martín y Amunátegui. De 7° básico a 4° medio, las estudiantes alcanzan aproximadamente unas tres mil quinientas matrículas. Es considerado como uno de los liceos emblemáticos y de excelencia de la enseñanza pública del país, además de constituirse como el primer colegio de mujeres del país. Figuras como Michelle Bachelet o Soledad Alvear se educaron en sus aulas.

De la batería de los siete planes disponibles para educación sexual y reproductiva, el colegio escogió el “Sexualidad, autoestima y prevención del embarazo” de APROFA. En palabras de Andrea Villegas Enríquez, coordinadora del Departamento de Orientación, la elección se debió a que este programa “es el más laico, abierto, que te hablaba los temas sin ningún tapujo. También está toda la parte de la utilización de anticonceptivos para evitar el embarazo que no se lo dejamos a dios, se lo dejamos a la ciencia, además este liceo es laico y no nos podemos encasillar en uno que sea sesgado y ese era el mejor para este liceo que es tan heterogéneo”⁵⁷. Respecto a la recepción de las estudiantes, Andrea comenta que “este programa no lo hemos aplicado, pero sí

⁵⁶Ex Liceo N°1 “Javiera Carrera” o más conocido como Liceo 1 de niñas

⁵⁷Entrevista con la autora

hemos tenido otras instancias de conversaciones, mesas de preguntas, ha venido PROSalud que era una ONG que terminó. También tenemos apoyo del consultorio, en sus Espacios Amigables. El año pasado hubo una embarazada de 3.500 niñas, entonces hemos hecho un buen trabajo de prevención”⁵⁸. Además, declaró que actualmente no utilizan programas definidos pero que sí se aplican las unidades según los distintos niveles. “Por ejemplo, en séptimo se comienza con menarquía y adolescencia, en octavo se vuelve a tomar, después en primero y segundo se comienza a ver embarazo adolescente y anticonceptivos, y en tercero y cuarto medio este tema ya casi no se toca, porque estamos abocados 100% a lo profesional. Estas charlas las realizamos en el horario de orientación, donde una unidad puede durar tres semanas, tres sesiones, en los 45 minutos de la hora de orientación porque los otros 45 minutos es de Consejo de curso”. Las razones por las cuales comenta que no se aplica el programa escogido es principalmente por razones económicas, por desinterés de la municipalidad, y cambios de dirección en el liceo y en APROFA, “nosotros tenemos todo el material de capacitación, pero no lo hemos podido bajar a los profesores, a pesar de que las orientadoras nos capacitamos e hicimos todos los cursos que nos ofreció la institución”.

Si bien los siete planes se adecuan a la ley 20.418 en tanto permiten a los establecimientos escoger el plan de educación sexual que más se condiga con su plan educativo, la idea de tener siete opciones distintas trajo diferentes complicaciones. La primera es pensar que la educación sexual solo es una política pública utilizada como una estrategia para disminuir los embarazos adolescentes y para prevenir los abusos sexuales. El abordaje de la afectividad queda relegado en tres de los planes y el sesgo que presentan solo permite la educación para jóvenes heterosexuales. Tal como comentó Lorena Frías, ex directora del Instituto Nacional de Derechos Humanos (INDH) y recién nombrada Subsecretaria de Derechos Humanos del Ministerio de Justicia⁵⁹ “las falencias en la consideración de elementos⁶⁰ y la inadecuada comprensión de la diversidad sexual e identidad de género en al menos tres de los siete programas de educación sexual y afectividad, han sido observados por el INDH en el Informe Anual 2011, Situación de los Derechos Humanos en Chile, y presentados al Presidente de la República, a la Corte Suprema y al Congreso, así como al propio Ministerio de Educación y al Consejo Nacional de Educación, con la finalidad de

⁵⁸Entrevista con la autora

⁵⁹La creación del organismo fue promulgado a fines de 2015 y se espera que comience a operar desde enero de 2017.

⁶⁰Diversos tratados internacionales y sus respectivos comités, como la Convención de los Derechos del Niño, el de Derechos Económicos y Sociales, así como el de Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer.

que se haga una revisión de estos programas y de la forma en que curricularmente se trabajan los temas de educación sexual” (FRIES, 2012)⁶¹. Que las diversidades sexuales y la identidad de género no sea una variante que se incluya tanto en el área de sexualidad, como tampoco de afectividad, conlleva a que el foco se centre en lo reproductivo, perpetuando los estereotipos y roles asignados que todo hombre y mujer debe cumplir, lo que es altamente discriminatorio y violento.

El Estado tiene obligaciones ineludibles e indelegables en materia de promoción de derechos. Por lo mismo, las deficiencias detectadas en los programas de educación sexual no deben ser minimizadas en alusión a la libertad de enseñanza, dado que todos los organismos públicos, y expresamente el Ministerio de Educación, tienen por función velar por el cumplimiento de los derechos esenciales. De ahí que, en segundo lugar, es pernicioso que la dinámica impuesta por este programa haya sido el de la elección, donde tácitamente se sustenta en la ponderación de la “libertad de enseñanza” por sobre el “derecho a la educación” primando la “libertad de elección” por sobre el derecho a la información (FIGUEROA, 2013). Cuestión que es altamente peligrosa si consideramos que cada institución según sus valores e ideales decide entregar o no información que es necesaria de entregar para todos los/as niñas y adolescentes, ya que el conocimiento en la materia asegura un piso mínimo para el goce pleno de los DSR.

Otra de las problemáticas que se presentan actualmente son el carácter intersectorial de la implementación de los programas de educación sexual y la superposición de roles entre MINSAL y MINEDUC en lo que respecta al carácter técnico y administrativo de la implementación de la ley. Ya que la externalización del servicio como modelo de mercado y la ejecución de estos planes con mecanismo de financiamiento poco definidos son características que merman el buen funcionamiento (DIDES, BENAVENTE, NICHOLLS, & SÁEZ, 2012). No es menor que en 2012 solo el 12.15% de los fondos a capacitar docentes se utilizara. Las capacitaciones se ejecutaron en 221 recintos de los 467 que cumplían con las bases administrativas para optar al perfeccionamiento docente en el área. El MINEDUC estimó capacitar para ese año a más de 1.800 profesores, pero solo 500 lograron beneficiarse sexualidad, afectividad y género. Por lo que solo se utilizaron \$72.930.000 del fondo de \$600.000.000 que estaba destinado para la tarea (MELO, 2013).

Sin embargo, el mayor problema que se presenta a lo largo de todos los planes de educación

⁶¹Columna de opinión escrita por Lorena Frías el 8 de junio de 2012, mientras ostentaba el cargo de directora del INDH.

sexual y reproductiva es el aprendizaje de estos temas en el aula, como si los adolescentes y jóvenes fueran los únicos que necesitaran guía en el tema. Lo que es más perjudicial aún si consideramos que dentro de los planes se integra la participación de la familia. Entonces la pregunta es ¿Qué pasa cuando las familias no quieren hablar del tema por desinformación o por pudor? ¿Son solo los/as adolescentes quienes tienen derecho a recibir educación en el tema?

2.3.3 DSR en Ralco: el cruce entre acceso a salud y educación en sexualidad y reproducción para adolescentes

Administrativamente la comuna de Alto Biobío se creó el 21 de julio de 2004, sin embargo el territorio ancestralmente corresponde a asentamientos de comunidades pehuenches en la zona. Se ubica a 220 kilómetros de Concepción, capital regional y a 90 kilómetros de la capital provincial, Los Ángeles. La comuna presenta una superficie de 2.098 kilómetros cuadrados, en el contexto de Cordillera Andina de la Región del Biobío. Se extiende desde la confluencia del río que le da nombre a la región y el Queuco, teniendo a este último como límite natural por el norte y oeste, a la provincia de Malleco por el sur y al límite de la República de Argentina por el este. En la zona se encuentran ocho localidades distintas: Ralco, Palmucho, Callaqui, Butalebun, Malla Malla, Trapa Trapa, Pitril, Ralco Lepoy y Caiñicu. En ella habitan 12 comunidades mapuche pehuenche.

Tal como se anunció en la introducción de este capítulo, según el Plan de Salud Comunal elaborado por la Municipalidad de Alto Bío-Bío para el año 2014 (MUNICIPALIDAD DE ALTO BÍO-BÍO, 2013) “en cuanto a las adolescentes de 15 y 19 años, se registra un embarazo del 25,58%, valor superior al promedio regional que llega al 18,8%” (Pág.10) mientras que a nivel país, se registraba un promedio de 14% de embarazos adolescentes (MINISTERIO DE SALUD, 2013)⁶². Con este caso se busca ejemplificar cómo los vacíos de las diversas políticas públicas en materia de DSR afectan a la cotidianidad de las mujeres.

El único centro asistencial en la comuna de Ralco es Centro de Salud Familiar (CESFAM), donde al igual que en el resto de otros centros asistenciales del país, para la atención de adolescentes se utiliza la Ficha CLAP, la cual es parte de la ficha clínica y fue diseñada para facilitar el registro de la atención de salud integral de adolescentes. Pone el acento en registro de los logros que este grupo ha realizado y en su estilo de vida de acuerdo a su propia percepción. La información que surge desde el control y es registrada en la ficha, es confidencial, entre el o la

⁶²Extraído el 24 de octubre de 2015 desde sitio web MINSAL:
<http://web.minsal.cl/portal/url/item/c908a2010f2e7dafe040010164010db3.pdf>

adolescente y el equipo de salud. Permite a su vez, el registro de la percepción de los profesionales del equipo interdisciplinario de salud.

El formulario se caracteriza por estar constituido por preguntas, cuyas respuestas, en su mayoría cerradas, contribuyen al registro uniforme de los datos en diversas realidades locales. Contiene además espacios abiertos para registrar las observaciones, cambios relevantes, impresión diagnóstica, indicaciones e interconsultas.

Teresita Fuentes es matrona y directora del CESFAM de Ralco cuenta que en la comuna luego de la implementación de las fichas CLAP, se comenzaron a impulsar una serie de actividades para la promoción y la prevención de la salud sexual y reproductiva, enfocadas especialmente a niñas y adolescentes, a través de las fichas se les pregunta acerca de qué entienden ellos por prácticas sexuales y reproductivas, acerca de anticonceptivos, embarazo y en ese proceso se les va aconsejando. Entonces funciona como un primer contacto que tiene el profesional más cercano, para que así después la persona asista a la consulta. Ante la situación de reproducción y sexualidad de adolescentes, Teresita estima que “se ha detectado inicio de actividad precoz sin protección, ya no como años anteriores que era por falta de conocimiento, sino porque sigue la vergüenza siendo un obstáculo importante para la consulta y el segundo, alguno que otro mito como que la primera vez no puedes quedar embarazada o si la eyaculación no es interna no hay riesgo. Pero no solo jóvenes llegan con estas creencias, sino que también adultos”⁶³.

Respecto al acceso de información sobre sexualidad y reproducción comenta que “los establecimientos educacionales piden bastante apoyo al área de salud pero no sé si pueden abordarlos libremente por las aprehensiones de los padres respecto a hablar sobre sexualidad. Generalmente los apoderados prefieren que sea un especialista de salud quien les hable y oriente”⁶⁴. Claudia Fuenzalida es psicóloga del Liceo Técnico Profesional Intercultural Bilingüe Ralco, el único establecimiento de enseñanza media de la comuna, y por lo tanto tiene estudiantes tanto de internado como externos. Respecto a la educación sexual y reproductiva de sus estudiantes, el liceo ha realizado actividades en conjunto con el CESFAM, donde se muestren métodos anticonceptivos. Según la psicóloga “este 2015 se trabajó con la matrona con los estudiantes del internado, se aplicaron fichas CLAP y se trabaja con las inquietudes de cada estudiante. Con este análisis previo, luego se realizaron talleres de sexualidad y reproducción”⁶⁵.

⁶³Entrevista con la autora

⁶⁴ÍDEM

⁶⁵ÍDEM

La directora del CESFAM explica que “nosotros por años hemos hecho charlas educativas de salud por el área de Promoción y no tanto por solicitud de establecimientos, sino por inquietud de los especialistas. Quienes antes de la aplicación de las fichas CLAP abordaban temáticas de autoestima y métodos anticonceptivos y género”⁶⁶. Tal como explica la psicóloga del liceo, las mayores preocupaciones o intereses por parte de las estudiantes “se vinculan a consultas destinadas a las matronas, porque muchas de ellas han comenzado su vida sexual activa, porque quieren utilizar distintos tratamientos anticonceptivos. Acá en las familias no se habla mucho del tema, justamente por eso las chicas se acercan a nosotros para pedir orientación de hasta cómo pedir hora para las matronas y que sus familias no supieran. Porque los apoderados muchas veces se molestan”. Sin embargo, la atención a menores de edad por parte del CESFAM necesita de una autorización de un adulto. Pero en Ralco, si llega una chica mayor de 14 años que necesita de tratamiento anticonceptivo, el centro de salud se lo provee independiente si cuenta o no con autorización de un adulto.

En cuanto a las adolescentes de 15 a 19 años de la región, se registra un embarazo del 25,58%, valor superior al promedio regional que llega a 18,8%, una de los índices más altos del país. Fernanda Castro es profesora de la especialidad de turismo del liceo de Ralco y ex estudiante del mismo establecimiento. Actualmente tiene 24 años y desde los 18 años es mamá. Quedó embarazada de su pololo que ella llama “de toda la vida”, ya que se conocen desde los 14 años. Él es mayor que ella por ocho años y su embarazo no fue planificado. Durante su embarazo no contó con el apoyo de su familia.

Teresita Fuentes explica que “en el caso del embarazo adolescente hay que considerar que acá no todos no son planificados, en algunos casos las mujeres incluso buscan estar embarazadas, de 16 o 17 años, y a los 19 ya están planificando su segundo hijo. Si para nosotros un embarazo es de riesgo cuando la madre es menor de veinte años, hay un segundo factor de riesgo que es el hecho de que no haya sido planificado. Porque hay veces en que los abuelos de ambas partes están de acuerdo y desean un nieto”⁶⁷ donde las adolescentes no necesariamente están conscientes de la decisión y se ven forzadas por sus familias a continuar con el embarazo, por el deseo de sus familiares. Fernanda comenta que también muchas adolescentes de 14 o 15 años andan con hombres mayores con consentimiento de sus padres, porque lo ven como una oportunidad, o bien porque las niñas del sector son reacias a que sus padres y madres se involucren en sus relaciones.

⁶⁶ÍDEM

⁶⁷ÍDEM

Gloria Queupil Maripil tiene 17 años, es hija del Lonco de la comunidad Cauñicu y es madre de Dominique, niña de un año de edad. Su embarazo no fue planificado y no contó con apoyo de sus padres. Mariana Rubio Rapi es su cuñada, tiene 22 años y es madre de una pequeña de más de un año. Ella junto a Rodrigo Queupil planificaron el nacimiento de su hija, contando con apoyo del Lonco y su esposa Hermiña Maripil Huenupe.

Hermiña tiene 55 años, es esposa del Lonco y fue madre de cuatro hijos. Tuvo su primer hijo a los 15 años y cuenta que en esa época a esa edad era usual tener más de un hijo. Pues desde que llega la menstruación se consideraba que las mujeres eran aptas para concebir. A pesar de que pareciese que existe una tradición por tener hijo a temprana edad, la tasa de embarazo adolescente ha disminuido. La directora del CESFAM, agrega que “una de las causas en la baja en la tasa de embarazos adolescentes es porque ha aumentado la prevención, en relación a diez años ahora es un tema que se habla, donde las adolescentes han superado el tema de la vergüenza porque en lugares donde la población es pequeña, como las diversas localidades de Alto Biobío, y donde vienen a control quizás no esté la mamá, pero está la vecina, la tía, la abuelita, que está al lado y es una exposición. A veces las adolescentes prefieren venir a Ralco, porque así no se enteran los papás o los familiares. Ahora ha subido la prevención, casos de chicas que se empiezan a cuidar a los 17-18 años y a los 26 son mamás, cuando ellas quieren, situación que antes era difícil de ver”. Respecto a la entrega de la Píldora del día después, la directora es enfática en aclarar que en ese CESFAM sí se entrega, aunque la tasa de solicitud baja.

Entre el 2 y el 17 de diciembre de 2015 en la zona se hicieron operativos de PAP en las postas de Palmucho, Collaqui, Butalebum, Malla Malla, Trapa Trapa, Pitril, Ralco Lepoy y Cauñicu. El sistema que opera en esta zona rural es que desde la posta se hacen operativos donde se van a buscar a las mujeres hasta sus casas, porque muchas veces no están las condiciones climáticas o bien no existe voluntad para asistir al control. Tal como explica la directora del CESFAM existe opción de hacer algunos exámenes básicos inmediatos en todos los consultorios, esto porque las consultas “no son diciendo de inmediato que tienen tres meses de retraso de menstruación, sino que me duele el estómago, me duele la cabeza o me siento extraña, pero no se dice que va porque cree que está embarazada”⁶⁸.

En cada posta se realiza control de fecundidad, donde de acuerdo a la norma el profesional le

⁶⁸ÍDEM

entrega distintos métodos según avances y periodos. En ellas se realizan PAP y exámenes físicos de mamas, pero cuando se requieren hacer mamografías, recomendadas para mujeres entre 50 y 54 años, se realizan por convenio, que son en Los Ángeles. Si bien a las mujeres de las diversas comunidades tienen la opción de ser transportadas en vehículos del CESFAM o de la municipalidad, el trayecto no es corto. Trapa Trapa queda a 58,3 kilómetros de Ralco, esta localidad se encuentra cerca de la frontera de Chile con Argentina, para llegar solo es posible el acceso mediante automóvil, ya que el camino no es pavimentado y está inserto en pendientes cordilleranas. Para llegar a Ralco en promedio el tiempo estimado es de dos horas para quien conoce el camino, y la distancia entre Ralco y Los Ángeles es de dos horas más. Entonces, si una mujer de la comunidad de Trapa Trapa necesita realizarse una mamografía, el tiempo mínimo calculado es de cuatro horas para llegar a realizarse la mamografía, sin considerar el trayecto de vuelta. Mitad del recorrido no cuenta con locomoción pública.

Mensualmente se realizan tres operativos promedios al mes que son organizados por el CESFAM, además el operativo FALP de la Fundación Arturo López también realiza operativos y en esta instancia es posible contar 99 prestaciones de servicios en tres días. Por lo tanto, según Teresita Fuentes “en total en el año tenemos alrededor de 200 operativos de mamografías a disposición, sin embargo, la tasa de ausencia y re-citación es alta porque acá, sobre todo el invierno, se cortó el camino o no tenían con quién dejar a los niños, que es una población alta en las comunidades. Que si bien está la disponibilidad no está el acceso porque acá todo se demora más”.

La violencia intrafamiliar no es un tema aislado en esta zona, desde la perspectiva de la salud, Teresita explica que muchas mujeres no asisten a las consultas porque “no les dieron permiso para acceder, en algunos casos algunas usuarias comentan que ellas quieren controlar su frecuencia de embarazo, dar espacialidad ya sea porque quieren estudiar o por una cuestión de oportunidades, pero sus parejas no quieren eso, y tienen que cuidarse a escondidas o de forma reservada. Eso trae algunas complicaciones, como que son pacientes inasistentes o no puedes ir a buscarlas a sus casas para control, o tienes que decirle de manera indirecta que venga, diciendo que tiene que venir a otro tipo de controles, o incluso escribirles notas para que los esposos le den permiso. Es una traba porque a veces no podemos acceder a esas usuarias que por iniciativa si quisieran controlarse, pero no se puede”.

En caso de violaciones, todos los diagnósticos se realizan en Santa Bárbara porque la cadena

de custodia se encuentra en esta zona. Las mujeres se trasladan a la zona en ambulancia y la toma de exámenes se realiza allá. Porque la evidencia que quede en la ropa, como fluidos deben estar en frío. Entonces, si estos exámenes se aplicaran en Ralco no habría certeza de que la toma sea la correcta. Además, para evitar que la persona tenga que contar su testimonio más de una vez. Claudia Fuentes, psicóloga del único liceo de Ralco, recibe desde 2009 aproximadamente al menos una denuncia de violación de sus estudiantes al año, sin considerar aquellas que reciben otros compañeros de trabajo. Sin embargo, declara que trabajando en escuelas básicas del sector recibió más denuncias de menores de 14 años. Además considera que “las denuncias que yo recibo no son nada respecto a la cantidad real de casos que existen, porque las chicas son muy tímidas”⁶⁹. Respecto a situaciones de maltrato Claudia cuenta que “a veces está prohibido hablar con la psicóloga acerca de violencia intrafamiliar, porque después saben que viene una denuncia. Me pasó con una estudiante que no quería contarme y al final le contó a la inspectora, porque si me cuentan estoy en obligación de denunciar. Muchas veces son maltratos de los padres o de los hermanos mayores”⁷⁰.

El incesto es otra de las prácticas que se realizan, pero que se siguen manteniendo en completo anonimato. Ante esto, la experta Debbie Guerra considera que una de las prácticas que aún se mantienen sobre todo en zonas rurales es el incesto. Incluso tal como cuenta Claudia Fuentes “es común que los padres no tengan cuidado de tener relaciones sexuales en las mismas habitaciones donde viven sus hijos, entonces es de esperar que puedan ocurrir situaciones de incesto en contextos así. Incluso de tíos con sobrinas o primos grandes con más pequeñas”⁷¹. Finalmente para la psicóloga, una de las medidas que faltan es justamente incluir mejores programas sobre sexualidad y afectividad, “sería necesario abordar temáticas vinculadas al área espiritual de cómo vivir la sexualidad, porque lo reproductivo se ha abordado mucho más”⁷².

Respecto a la unión de medicina tradicional que se practica en comunidades mapuche y la medicina tradicional occidental, la directora del CESFAM explica que “se potencia los aspectos positivos sobre el autocuidado de la medicina ancestral, como el uso de hierbas, mantenerse sano. El centro de salud mantiene contacto con las lawentuchefe, quienes los ponen en contacto con mujeres que creen que están embarazadas, por ejemplo. Porque les llegan a consultar a ellas

⁶⁹ÍDEM

⁷⁰ÍDEM

⁷¹ÍDEM

⁷²ÍDEM

primero y luego son ellas quienes las derivan a las matronas del CESFAM; y nosotros a su vez vemos si las pacientes también pueden seguir en controles con las lawentuchefe. En el fondo, no son excluyentes. Incluso las lawentuchefe son mucho más específicas en el uso de hierbas más suaves”⁷³. En relación a los partos todos se derivan a Santa Bárbara y ellos derivan a todas las primerizas a Los Ángeles, porque no cuentan con anestesistas. Entonces, la paciente debe tener la opción de tener a sus hijos por parto normal o por cesárea. Quienes tienen más de un hijo/a les administran anestesia, pero solo local. Sin embargo, hay veces en que las mujeres que van a tener sus hijos/as por primera vez desean tenerlos en Santa Bárbara, a sabiendas de sus carencias.

Teresita Fuentes, explica que se da porque “conocen mucho mejor a las matronas, o han vivido en hogares de Santa Bárbara, e incluso porque el acceso a sus familias es mucho más fácil de ir a diferencia de en Los Ángeles. También la participación de los padres está asegurada, hay salas “humanizadas”, donde se respetan las tradiciones culturales. Por ejemplo, si fue parto normal se puede tomar un caldo de pollo de inmediato. En cambio en Los Ángeles no se puede hacer esto”⁷⁴.

Sin dudas el acceso a la información y sobre todo a los servicios de salud pública está altamente limitado por las condiciones geográficas del lugar donde viven estas mujeres, pero también por creencias e idiosincrasia propia de la población que vive en el lugar. De ahí, que incluso la forma en cómo el sistema público de salud responde a las necesidades de estas mujeres no sea azarosa: actualmente en Chile existe una forma más o menos estándar de los embarazos y de los partos, donde recalca una visión desde la salud y el conocimiento especializado, pero no integra otros elementos propios de una atención de salud integral: la comodidad, el respeto hacia las mujeres y sus creencias⁷⁵; así como tampoco la concepción de que las mujeres necesitan de cuidado durante el embarazo, proceso donde las parejas son importantes en el apoyo de sus compañeras, siendo importante que se eduque en esta área como parte de la salud mental.

Por otro lado, a partir de este contexto socio-cultural es posible ya evidenciar una problemática: en general los planes que prevalecen están vinculados a la salud reproductiva, con falta de orientación sobre salud sexual y afectividad. La duda es si la dificultad de conversar

⁷³ÍDEM

⁷⁴ÍDEM

⁷⁵Es uno de los elementos más importantes a considerar. Cuando hacemos el cruce entre etnicidad y género, resulta un análisis mucho más complejo y rico de analizar. Es esta la razón por la cual no se profundiza este cruce en esta memoria; en opinión de la autora sería necesaria una investigación más extensa, puesto que este análisis constituye de muchos más elementos que son propios de una memoria exclusiva para ese tema.

sobre estos temas está relacionado con las condiciones socio-culturales particulares de esta zona, o si es una problemática que cruza indistintamente al país independiente de variables geográficas y socioculturales propias de cada zona.

Las inequidades en salud sexual y reproductiva están relacionadas con diversas problemáticas, como por ejemplo la accesibilidad a los servicios fundamentales para la salud de las mujeres, específicamente aquellos vinculados a la salud sexual. Así como también la falta de capacidad para tomar decisiones y participar en los asuntos de nuestra propia salud y en aquello que afectan a la salud colectiva. Algunos ejemplos de inequidad en nuestra realidad social: las mujeres trabajadoras no tienen facilidades para acceder a servicios de salud pública, ni tampoco estos adecúan los horarios a sus posibilidades. Además, la orientación de las mujeres en caso de embarazo, depende finalmente de la decisión del médico, donde generalmente la educación de esta etapa se remite al control del embarazo y preparación al parto, sin tener en cuenta que la maternidad es mucho más que eso. Siendo necesario orientar estos programas a una educación maternal en la que los padres y parejas deben tomar sus responsabilidades en el cuidado de los hijos e hijas y en el cuidado de la compañera. Por otro lado, la forma de parir en Chile está altamente limitada, pues los servicios de salud ofrecen dos alternativas: parto “natural” con anestesia o por cesárea; sin opción de poder parir en el agua, o en el hogar mediante sistema de parteras. Cuestión que no solo se trata en una apertura opciones, sino que transgrede el derecho a la autonomía de las mujeres, en tanto no pueden escoger opciones de parto que se vinculen a sus creencias, costumbres, cultura o su bienestar personal.

Sin duda lo que sucede en Ralco es un ejemplo de la realidad que se vive en Chile respecto al cruce entre acceso a salud y educación sexual y reproductiva, pero ¿Cuál es el estado o la situación a modo general en el país? ¿Qué dice la comunidad internacional de cómo hoy se abordan estos derechos?

2.4 Evaluación de la implementación de la declaratoria ministerial Prevenir en Educación

A más de siete años de la XVII Conferencia Internacional sobre VIH/Sida celebrada en México, y ya cumplido el tiempo estipulado la Federación Internacional de Planificación de la Familia junto con la organización Democracia y Sexualidad, realizaron una evaluación del cumplimiento de estos objetivos para los países de América Latina. En total se estudió lo realizado en 17 países de la región. Los resultados presentan a Chile como el país con el menor

desarrollo, consiguiendo sólo un 39% de avance general y un 27% en la meta específica de educación sexual, ubicándose junto a Venezuela como los únicos países en categoría de “deficiente”.

En el libro Evaluación de la implementación de la declaración ministerial Prevenir en Educación. Su cumplimiento en América Latina 2008-2015 (HUNT, MONTERROSAS, & MIMBELA, 2015), se establecen los resultados arrojados a partir de una indagación y un análisis crítico de estrategias, documentos, normativas, presupuestos y programas existentes en relación a educación integral en sexualidad (EIS) y servicio amigables para jóvenes. Donde el personal gubernamental brindó entrevistas o información oficial en relación con la declaratoria, además del análisis de documentos disponibles públicamente como constituciones, leyes nacionales, políticas y programas nacionales e información pública sobre financiamiento (Pág.11) Como parte de sus resultados, evidencian la existencia de “países con legislación favorable (p. ej. Chile, El Salvador, Honduras, Nicaragua, Panamá, República Dominicana) donde aún hay áreas de oportunidad para mejorar las leyes y potenciar su perspectiva en derechos humanos, así como para incorporar aspectos específicos sobre orientación sexual y discriminación que reconozcan los derechos de las y los jóvenes a la toma de decisiones informada sobre el cuerpo y DSR” (Pág.13)

A pesar del desarrollo económico en América Latina en los últimos años, el gasto público en salud aún es insuficiente y muy por debajo de la media mundial. En América Latina y el Caribe, el gasto en salud está estancado en alrededor del 7,5% del producto interno bruto, mientras que en el resto del mundo llega a ser 10 por ciento. De los 17 países evaluados, todos los países reportaron contar con algunos fondos de implementación de servicios de SSR para jóvenes, menos Chile y Nicaragua (pág.14). En el sector educación la situación es parecida. Chile, Ecuador, Nicaragua y Paraguay reportaron no tener fondos en el Ministerio de Educación para la implementación de la educación en sexualidad. Aunque exista algún tipo de colaboración entre los Ministerios de Educación y Salud, Chile nuevamente se encuentra entre los países cuya colaboración es mínima en cuanto impulsar algún tipo de mecanismo o estrategia con el propósito de asegurar la cooperación entre sectores educación y salud en las respuestas a las necesidades de las y los jóvenes y adolescentes.

Las recomendaciones para la implementación de la declaratoria son en aspectos generales son establecer la educación integral en sexualidad como política pública prioritaria desde la infancia,

promoviendo un compromiso real y visible de los Ministerios de Salud, Justicia y Servicio Nacional de la Mujer, con la promoción, reglamentación y ejecución de la Ley 20.418. Además de establecer lineamientos, con objetivos y metas para la planificación y programación del trabajo conjunto de los Ministerios de Salud y Educación, así como del Servicio Nacional de la mujer en torno a la declaración. Para el Ministerio de Salud las recomendaciones son establecer como prioridad el aumento de la cobertura de los centros amigables para jóvenes, ya que, en el nivel nacional, estos solo atienden a 66 de las 346 comunas del país. También, implementar campañas públicas de alto impacto en diferentes medios de comunicación para la prevención del VIH, donde estas campañas deben capacitar a docentes y sensibilizar a padres y madres de familia sobre la prevención del VIH y sobre la educación integral en sexualidad. Finalmente, las recomendaciones para el Ministerio de Educación son desarrollar e implementar un programa de salud integral en sexualidad dentro del Ministerio de Educación, liderado por personas expertas y con el apoyo de la sociedad civil; así como también, garantizar que los programas de educación integral en sexualidad cuenten con los recursos necesarios y con un presupuesto específico para su implementación.

Luego de que en 2015 se entregaron los resultados, esperaríamos que el Ministerio de Educación en las proyecciones para el año 2016-2017 incluyera las recomendaciones expresas. Sin embargo, en la cuenta pública nacional del presente año (GOBIERNO DE CHILE, 2016) no se incluye referencia explícita alguna con la modificación o implementación de un nuevo plan en educación sexual, reproductiva y afectiva. Solo se integra como condición de calidad para la educación pública el fomento de oportunidades para la trayectoria escolar: aquellas condiciones que ayudan a los establecimientos para favorecer la inserción, adaptación y desarrollo personal de las y los estudiantes y sus familias durante la vida escolar; y la gestión y ambiente escolar inclusivo: aquellas condiciones que permiten a los establecimientos garantizar a estudiantes, familias y personal del establecimiento condiciones materiales, de conducción y organización propicias para fortalecer sus relaciones sociales, humanas y profesionales (Pág. 294).

Sin embargo, las organizaciones internacionales no son las únicas que se encuentran observando el proceso en Chile y las reformas educacionales que deben realizarse. El 12 de septiembre de 2014 diversos colectivos feministas y la Secretaría de Sexualidades y Géneros de la Federación de Estudiantes de la Universidad de Chile (SESEGEN FECh), entre otras organizaciones, dieron inicio al Primer Congreso Nacional por una Educación No sexista, el cual buscó profundizar y

levantar una demanda acerca del proyecto educativo que Chile necesita. La actividad que contó con fechas en Concepción, Antofagasta, Valparaíso y Santiago, se centró en el análisis sobre las prácticas patriarcales al interior del sistema educativo, así como la discusión sobre disidencia sexual, género y trabajo, salud y derechos sexuales. El diagnóstico de dirigentes y colectivos apuntó a que la educación chilena, desde los primeros años de colegio hasta el desarrollo universitario, está impregnada de sexismo. Este diagnóstico es compartido por la Confederación de estudiantes de Chile, quienes a partir del presente año (2016) incluyeron dentro de sus demandas está una educación no sexista, además de gratuidad, fin al lucro y democratización al interior de las instituciones educativas. Además, el Primer Encuentro Nacional de Mujeres y diversidad sexual del país celebrado el 4 de junio del 2016 en la Universidad de Santiago, contó con una participación de alrededor de 500 mujeres provenientes de distintas organizaciones sociales. En las diversas mesas de trabajo se incluyeron las temáticas de aborto y educación sexual, donde se hace hincapié en mejorar las campañas educativas en el tema, dada la insatisfacción con las labores hechas por los gobiernos; así como también avanzar en que la demanda por una educación no sexista sea una prioridad nacional.

Mientras la educación pre-escolar y secundaria lidera un discurso que tiene a los hombres por protagonistas de la historia, la ciencia y el lenguaje, las mujeres son discriminadas desde los primeros años a través de un currículum que reproduce roles y estereotipos de género cuestionados. A su vez, las niñas son conducidas desde pequeña a mantener ciertos comportamientos asociados a la cuestión de género, como mantener una actitud más callada y ordenada respecto a los hombres, a quienes se permiten jugar y tener un desarrollo físico más explícito. Mientras el currículum explícito expone los contenidos tradicionales que se piensan e imparten en las aulas, el currículum oculto corresponde a aquellas instancias donde se reproduce un rol y estereotipo de género sexista. Posteriormente en las universidades, el sexismo se manifiesta de otras formas. En la sociedad existen condiciones sociales que intervienen al momento de elegir una carrera, lo que queda de manifiesta cuando una mujer ingresa a estudiar una carrera tradicionalmente vinculada al género masculino, como ingeniería. Así como también los distintos casos de acoso que se han visibilizado en el último tiempo en distintas casas de estudio.

Hemos visto cómo los diversos programas que implementa el Estado otorgan roles a las mujeres y a partir de esos roles es que garantiza o no sus derechos. Es así que el presente capítulo

ha mostrado como el Estado chileno a través de sus diversos programas, los cuales omiten muchas de las aristas que contemplan los DSR, desprotegiendo la integridad, dignidad y autonomía de las mujeres. Pues solo resguardan las esferas vinculadas a la maternidad, en tanto reproducción, pero aún los derechos sexuales se encuentran en tierra de nadie. Es así como el acceso a la salud integral en sexualidad y reproducción presenta trabas por diversos factores, así como también la educación en reproducción y sexualidad. Además, ha quedado demostrado que en Chile los derechos de las mujeres, específicamente de los DSR no tienen la relevancia que deberían, y que las decisiones en torno a estos están altamente delimitadas por las voluntades políticas. Hay una cuestión clara hasta el momento, y es que históricamente el Estado chileno no ha garantizado y ha incluso obstaculizado el libre goce de estos derechos, pero es fundamental conocer el cómo, para poder replantearse el por qué y lograr un cambio sistemático donde los avances que ya se ven en la sociedad en su conjunto, puedan estar reflejados en los sistemas normativos del país.

Así, en el país el abordaje de los DSR se hace a través del acceso a la salud y a la educación, pero pareciese que hay más aristas que abordar. ¿Por qué solo se aborda desde estos derechos? ¿Por qué no se aborda desde una perspectiva más integral? ¿Qué es lo que actualmente sitúa a las mujeres como sujetas de ciertos derechos y no de otros en su práctica, aunque en teoría son derechos de todos? El siguiente capítulo da cuenta de una cuestión que trasciende lo descriptivo de cada programa y de alguna forma entrega respuestas de por qué los derechos sexuales no son incluidos abiertamente y de manera equitativa para las mujeres, respecto a los hombres. Eso a través de dos controversias que respectan netamente al cuerpo de las mujeres, aunque al igual que el embarazo, implican procesos biológicos determinados socialmente: la entrega de la píldora del día después, y la discusión sobre el aborto.

CAPÍTULO III

LA PÍLDORA DEL DÍA DESPUÉS Y ABORTO: PATRIARCADO EN CHILE

La sexualidad de las mujeres ha sido arrebatada históricamente por los hombres, y la reproducción controlada y calculada por el patriarcado. (VARELA N. , 2013) “El feminismo siempre ha abogado por la libertad de elección en el ámbito de la reproducción. La elección solo es posible si existen verdaderas alternativas. Tanto para tener hijos e hijas como para no tenerlos (...) En todo el mundo ha peleado por el derecho de las mujeres a la interrupción voluntaria del embarazo cuando ellas lo decidan” (Pág.293). Quedando de manifiesto que el hecho de que las mujeres no podamos gozar de los DSR en plenitud, o que estén garantizados a medias como en Chile, no es aleatorio y habla de un sistema, el patriarcado, que defiende con uñas y dientes el hecho de que las mujeres se sitúen en un escalón más bajo respecto a los hombres, por el hecho de ser hombres.

Siguiendo el enfoque de los DSR como Derechos humanos esbozado en el primer capítulo, y develando la importancia que le confieren las feministas, es que este capítulo tiene por finalidad mostrar cuál fue el debate público respecto a la entrega de la píldora del día después en centros asistenciales y luego la discusión actual por la despenalización del aborto. Evidenciar estas discusiones dará paso a entender cómo el patriarcado - que luego será definido en extenso- opera en la sociedad chilena, y cuáles son sus principales aliados. Si durante el capítulo anterior ya se instauró la importancia que tienen las voluntades políticas a la hora de realizar políticas públicas, este último capítulo evidencia por qué ha sido tan difícil legislar en la materia en Chile y cuáles son los poderes fácticos que operan en ello.

3.1 Entrega de la Píldora del día después

El último año de evaluación de embarazo adolescente en Chile se realizó en 2013 por el Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes del Ministerio de Salud. Durante ese año la tasa de embarazo adolescente entre mujeres de 15 a 19 años fue de 46,3 niños/as por cada mil mujeres, alrededor de un 4% menos que el año 2012. La tendencia del embarazo infantil (entre 10 y 14 años) se ha mantenido estable, en 2012 la tasa de fecundidad fue de 1,42%,

mientras que en 2013 fue de 1,44%. Respecto a los últimos diez años, la mayor tasa de embarazo adolescente se registró en el año 2008, donde la cantidad de madres adolescentes en comparación a la cantidad de población adolescente fue de 16,18%. (MINISTERIO DE SALUD, 2013)¿Por qué el embarazo adolescente en 2013 decayó en comparación a años anteriores?

Una de las medidas que se asocian a este decrecimiento es el consumo de la píldora del día después, la cual durante 2013 y 2014 aumentó su uso en un 60% (HERRERA & MARDONES, 2016). Además, las cifras de embarazo adolescente disminuyeron y al mismo tiempo aumentó el uso de la píldora del día después. Si bien en el país no existen aún cifras claras sobre el consumo de Levonorgestrel (nombre científico) en el sector privado, en la red pública sí hay estadísticas. Según el Ministerio de Salud, la ingesta de la píldora ha aumentado en las urgencias hospitalarias. Si en 2012 se entregaron 8.863 dosis de manera gratuita, en el 2014 se entregaron 4.884 más. Enrique Paris, presidente del Colegio Médico durante ese período, ratificó que la reducción de embarazos adolescentes quizás se explique por el aumento en el uso de la píldora del día después, lo que constituye un avance ya que muchos de los embarazos adolescentes son no deseados. Además la pastilla no solo se entrega en urgencias hospitalarias, sino que también en la atención primaria. Según la Subsecretaría de Redes asistenciales, los diversos servicios de salud han solicitado 59.475 dosis para el año 2016 en todo el país, siendo el Servicio de Salud Metropolitano Norte la institución que más solicita para sus centros asistenciales con seis mil unidades, donde se incluyen los medicamentos solicitados por el Servicio Médico Legal (HERRERA & MARDONES, 2016).

Sin embargo, este proceso no estuvo exento de polémicas. En el año 2008, el Tribunal Constitucional acogió un requerimiento de inconstitucionalidad presentado en 2006 por 36 parlamentarios (24 diputados de Unión Demócrata Independiente y 12 de Renovación Nacional) que impugnaba las Normas Nacionales de Regulación de la Fertilidad, específicamente la utilización de los anticonceptivos de emergencia y la entrega de consejería a menores de 14 años de edad sin el consentimiento ni el conocimiento de sus padres y madres. La decisión del Tribunal Constitucional en 2008 que prohibió la distribución de la píldora del día después en el servicio público de salud afectó al sistema de salud central dependientes del Ministerio de Salud; los consultorios y postas administradas municipalmente mantenían la libertad para distribuir el fármaco. Sin embargo, el 18 de junio de 2009 la Contraloría General de la República dictaminó la prohibición a los municipios de entregar anticoncepción hormonal de emergencia, siguiendo el

fallo del 2008 del Tribunal Constitucional, haciendo extensiva la medida a cualquier ente público o privado que tuviese convenio con alguna de las entidades que forman parte del Sistema Nacional de Servicios de Salud, es decir, incluyendo expresamente a las municipalidades. Ante esta problemática, el Gobierno de la época - primer período presidencial de Michelle Bachelet- reaccionó enviando al Congreso un proyecto de ley con carácter de suma urgencia para reponer la entrega de la anticoncepción hormonal de emergencia en el sector público de salud. El Proyecto de ley fue aprobado en primera instancia en la Cámara de Diputados en 2009 y finalmente aprobado en 2010 por la Cámara de Senadores, lo que da paso a la aprobación de la Ley 20.418, la cual fija Normas sobre Información, Orientación y Prestaciones en Materia de Regulación de la Fertilidad, e incluye la disposición de métodos anticonceptivos autorizados a la población, incluidos los métodos anticonceptivos hormonales (DIDES, BENAVENTE, NICHOLLS, & SÁEZ, 2012)

Sin embargo, recién en marzo de 2014 gracias al art.5 del Decreto N°49 del MINSAL⁷⁶ se decidió entregar la pastilla a toda la población, incluyendo a jóvenes menores de 14 años sin consentimiento previo de sus padres. Luego de diez años de su uso, en septiembre de 2015 el Instituto de Salud Pública recién autorizó a que la pastilla pudiese ser comprada sin receta médica en cualquier farmacia del país. Decisión que trajo contraposición por parte de los sectores más conservadores de la sociedad, como la Iglesia Católica. El Arzobispo de Santiago, Ricardo Ezzati, expresaba en la oportunidad que "Ya lo hemos dicho con mucha fuerza en varias ocasiones: pensamos que el respeto por la vida es una cosa muy seria, no se trata simplemente de tomarse un vaso de agua, por consiguiente, yo creo que las autoridades tienen que pensar muy bien lo que significa el cuidado de las personas, no solamente para que no tengan problemas inmediatos, sino que para que su vida se desenvuelva y encamine hacia la plenitud de la vida" (EMOL, 2014). En este contexto, el Colegio de Matronas y Matrones de Chile criticaron a la Universidad de los Andes por excluir el ramo de planificación familiar en la carrera de Obstetricia y Puericultura. Esto, luego de que la universidad vinculada al Opus Dei decidiera no impartir esta asignatura por concepciones religiosas, donde los métodos anticonceptivos van

⁷⁶Artículo 5°.- Corresponderá a los organismos que integran el Sistema Nacional de Servicios de Salud definido en el artículo 2°, inciso segundo, del decreto con fuerza de ley N° 1, de 2005 ya citado, de conformidad con los planes y programas correspondientes aprobados por el Ministerio de Salud, entregar a la población que lo requiera, los métodos de anticoncepción autorizados en el país de que dispongan, sean éstos hormonales como no hormonales, tales como, aquellos combinados de estrógeno y progestágeno, de progestágeno solo, hormonales de emergencia y no hormonales, naturales o artificiales, a excepción de aquellos cuyo objetivo o efecto directo sea provocar un aborto.

contra de los valores católicos que la institución profesa. Situación que no deja de impresionar si el acceso a anticonceptivos y métodos de planificación debe estar disponible en todos los centros asistenciales del país, ya que es un derecho que está consagrado en la Ley 20.418.

La oposición que profesó la iglesia católica, y en general todas las iglesias del país, respecto al uso de la píldora del día después, se debió principalmente a que la consideraban abortiva, presentando argumentos de carácter moral-valorativos y falacias de autoridad⁷⁷ - de ahí el famoso “porque la Biblia así lo dice”- que es necesario revisar, porque esa argumentación, que se presenta como válida en el espacio público trae consigo una serie de prejuicios, cargas y estigmas que las mujeres de todo el país tenemos que lidiar “por mandato divino” y que como se ha evidenciado, ha puesto en duda la implementación de políticas públicas.

Uno de los argumentos esgrimidos en esa época era que “La prescripción y el consumo de la llamada "píldora del día después" están reñidas con la ética por cuanto pone en peligro la vida humana. Vender o entregar este producto sabiendo que puede impedir la anidación, es un atentado contra de la vida de las personas. Es la postura de la Iglesia, basada en la enseñanza de Jesucristo, expresada por S.S. Juan Pablo II en su Encíclica *Evangelium Vitae* de 1995 y en otros documentos magisteriales. En Chile, los obispos han manifestado esos principios desde hace una década, lo mismo que los organismos de la Conferencia Episcopal de Chile y la Universidad Católica” (CONFERENCIA EPISCOPAL DE CHILE, 2005). En este caso lo que la iglesia profesa es que la píldora del día después ponía en riesgo la implantación en el útero del óvulo ya fecundado, por lo tanto sería un atentado contra la vida de ese óvulo que está “por nacer”, presunción que carece de comprobación de veracidad. No obstante, lo más complejo es que prevalece la vida, dignidad y desarrollo del bienestar⁷⁸ no solo de una mujer en particular, sino que de todas las mujeres del país, que constituyen más del 50% de la población chilena. Ahora, la duda es si esta idea valórica que se sustenta en que una vida no debe prevalecer por sobre otra, que carece de comprobación porque no se sabe científicamente el momento exacto en el que comienza la vida (FIGUEROA, 2013), es contrastable con otros de los valores que sí se manifiesta en nuestra constitución y que tienen relación con el principio, de dignidad, autonomía y libertad de las personas. O bien, nos encontramos ante otra disyuntiva, ¿Será que las mujeres no

⁷⁷Tipo de argumentación incorrecta que presupone que porque una autoridad diga que eso se debe hacer entonces hay que hacerlo, en este caso la autoridad sería Dios y por lo tanto porque Dios lo dice, expreso en la Biblia, entonces se debe considerar de esa forma. Sin embargo, la Biblia es un libro y como todo libro fue escrito por personas.

⁷⁸ El goce de la sexualidad y la reproducción no coercitiva como parte del bienestar de toda mujer

gozamos de las mismas garantías para el resguardo de nuestros derechos por ser mujeres y por tanto, estos principios de dignidad, autonomía y libertad se restringen a “nuestro rol social” ligado a la maternidad? La argumentación que la iglesia presentó en aquella época no dista de la que expresa actualmente en relación a la aprobación de la despenalización del aborto por tres causales, discusión que explayaré con mucha más profundidad en el siguiente apartado.

Por otro lado, nos encontramos con el disgusto de que la entrega de la píldora a menores de 14 años no requiere de consentimiento previo de los padres, ya que la familia como núcleo constituyente de la sociedad chilena y la figura de padre y/o madre como pilar de ella, exige el cuidado y toma de decisiones en lo que respecta al bienestar de sus hijos/as. Sin embargo, como hemos visto anteriormente tanto en adultos y adultos mayores existe desinformación y prejuicios asociados a las prácticas sexuales y reproductivas, razón por la cual no puede ser de responsabilidad absoluta de las familias el conocimiento en esta materia, sino que debe ser el Estado quien se haga cargo de la formación en el área, independiente si las familias participan o no en el proceso de formación en reproducción y sexualidad.

Si bien el Estado chileno se reconoce como laico, en la actualidad subsisten a la base de su hacer, por medio de los gobiernos, un sin fin de valores conservadores que siguen perpetuando y que se manifiestan de manera explícita en la forma en cómo se concibe y expresa la salud sexual y reproductiva. Posiciones y argumentos que se siguen desarrollando casi una década después.

3.2 Discusión por el aborto en Chile

Sin lugar a dudas una de las discusiones con mayor revuelo en la esfera pública en el último tiempo, que se vincula a la salud sexual y reproductiva, y la violencia de género institucional ha sido la discusión por el aborto, tanto en su esfera social como en los debates gubernamentales. En un sucinto recorrido histórico, en 1874 en el Código Penal, quedó expresa la ilegalidad de la práctica del aborto en Chile, pues quedó impedida de interrumpir voluntariamente su embarazo y su realización, la cual supone penas de presidio para la mujer que lo ejecuta. Luego se legalizó el aborto terapéutico en 1931, siendo contemplado en el Código Sanitario. Junto con la creación de métodos anticonceptivos modernos, disminuyeron las altas tasas de mortalidad materna asociadas a los abortos clandestinos de la época. Posteriormente en la Constitución de 1980 se incluyó el mandato de la protección de la vida del que está por nacer, ley que se materializó en 1989, a fines de la dictadura militar, con la modificación del artículo 119 del Código Sanitario. Instancia donde

también se deroga la posibilidad de realizar abortos terapéuticos.

Luego de 25 años de retorno a la democracia un gobierno se proclamó respecto a la necesidad de legislar en la materia. Fue así como recién el 31 de enero de 2015, la presidenta Michelle Bachelet propuso la despenalización del aborto en Chile a través de un proyecto de ley, el cual incluye que los médicos deben respetar la "objeción de conciencia" para aquellos que no quieran ejercer el aborto, señalando que "es la oportunidad de las mujeres de decidir informadamente si interrumpen o no el embarazo frente a tres situaciones extremas, cuando está en riesgo la vida de la madre o el feto, o en caso de violación". Además, "la propuesta que presentamos se enmarca en los compromisos que Chile tiene con el derecho internacional en materia de derechos humanos y que no podemos seguir rehuendo. La penalización del aborto sin excepción en nuestro país constituye un incumplimiento inequívoco de las obligaciones internacionales contraídas por el Estado de Chile" agregó la autoridad (COOPERATIVA.CL, 2015).

El 15 de septiembre del mismo año, la Comisión de Salud de la Cámara de diputados aprobó en una votación dividida el proyecto de ley que buscaba despenalizar el aborto en tres causales: inviabilidad fetal, riesgo de la vida de la madre y por violación. Esta última no exenta de polémicas. En la discusión, diputadas como Cristina Girardi (Partido por la Democracia) y Carol Kariola (Partido Comunista) abogaron por aprobar la causal de violación a modo de que las mujeres tienen derecho al resguardo de su integridad; el derecho a las mujeres de elegir su futuro y la experiencia de la maternidad; reconociendo la violación como un acto de tortura que debe ser penado por el Estado Chileno. Además, el diputado Gabriel Silber (Democracia Cristiana) consideró en la discusión que incluir el causal de violación para la aprobación del aborto es un paso donde las mujeres "pasen de ser un objeto a un sujeto de derecho".

Al contrario, el ala más conservadora representada por diputados como Jorge Rathgeb (Renovación Nacional) y Javier Macaya (Unión Demócrata Independiente) abogaron en toda la discusión por los supuestos derechos del feto que está por nacer, por sobre los derechos de las mujeres, ya hayan sido violadas o no, o si fuesen menores de edad, inculcando una falsa tensión ética valórica entre los derechos del que está por nacer y los derechos de las mujeres.

La mañana del domingo 31 de enero, la Presidenta Michelle Bachelet anunció el envío al Congreso del proyecto de ley que busca despenalizar el aborto en tres causales: riesgo de vida de la madre, inviabilidad fetal y violación. En la oportunidad, la mandataria expresó por cadena nacional en televisión abierta que con el envío de "este proyecto las mujeres podrán decidir

informadamente si interrumpen o no el embarazo frente a tres situaciones extremas y cuando está en juego la vida de la madre, del feto o en caso de violación”⁷⁹. Sin embargo, no fue hasta el jueves 17 de marzo y luego de dos jornadas de discusión en la Cámara de Diputados, cuando la Cámara Baja aprobó la despenalización del aborto, a través del proyecto que modifica el Código Sanitario para permitir la interrupción del embarazo en los tres casos específicos antes descritos.

En votación general, el proyecto fue aprobado por 66 votos a favor y 44 en contra. Mientras que la causal de riesgo de vida de la madre fue aprobada con 67 votos a favor 43 en contra; mientras que la causal de inviabilidad fue aprobada por 62 votos a favor, 46 en contra y 2 abstenciones; y la última causal, quizás la más polémica de todas, por interrupción del embarazo en caso de violación fue aprobada con 59 votos a favor, 47 votos en contra y 3 abstenciones.

Las dos jornadas de discusión no estuvieron exentas de polémicas y frases controvertidas, donde los diversos sectores políticos hicieron saber su postura frente al proyecto. En la oportunidad la diputada Camila Vallejo (PC) indicó: "Basta de insultar a las mujeres, de agredirnos, de tratarnos como interdictas, de decir que somos asesinas, de decir impunemente que prestamos el cuerpo, de no tratarnos como personas". Mientras que el diputado (PPD) Enrique Jaramillo, expresó que "Las mujeres en completa libertad debieran y pueden decidir sobre su vida y sobre su futuro. Queremos que ellas se sientan hoy como las personas que han querido ser (CÁMARA DE DIPUTADOS TELEVISIÓN, 2016)⁸⁰".

En el lado contrario, el diputado DC Jorge Sabag manifestó su rechazo a la iniciativa, manifestando que se debe aprobar la "adopción anticipada, crear un registro de familias, de parejas que estén interesadas en acompañar en estos casos, una especie de lista de Schindler, que permita que estas familias se hagan cargo de situaciones tan dramáticas y que queremos regular en nuestra ley de adopción". Opiniones a las cuales se sumó la frase de otro DC, Iván Flores, el cual sentenció que "una mujer violada no está en libertad de pensar libremente". Del mismo modo, José Antonio Kast (UDI) planteó que "hoy día es un momento crucial, hoy día se firma la sentencia de muerte, la ejecución de millones de chilenos hacia el futuro y hoy día hay que interpelar a la conciencia de cada uno de las personas que van a votar, porque de su votación personal, no colectiva de un partido, no del conglomerado político que representan, va a depender

⁷⁹Palabras expresadas por la presidenta Michelle Bachelet en cadena nacional emitida por TVN, Megavisión Chilevisión y Canal 13.

⁸⁰Ambas declaraciones fueron extraídas por la autora de la transmisión en vivo que TV Diputados transmitió en la oportunidad.

el futuro de millones de personas". Finalmente, el diputado Gustavo Hasbún (UDI) planteó que este proyecto "es la antesala a la legalización de la eugenesia. Se acaba la Teletón, se acabaron los niños con discapacidad", donde la aprobación del "aborto por inviabilidad será el fin de la Teletón"⁸¹. A pesar de las opiniones de los diputados y el tenor de la discusión en la Cámara de diputados, sin lugar a dudas, legislar sobre la despenalización del aborto aunque sea en esas tres causales es un avance en materia de derechos sexuales y reproductivos. Respecto a la discusión en la Cámara de Senadores, el 6 de septiembre reciente la Comisión de Salud aprobó discutir en la Cámara Alta sobre la idea de legislar a favor del aborto en sus tres causalidades, mientras que la Comisión de Constitución del Senado espera en octubre iniciar sesiones.

Ahora ¿Cuáles son los argumentos que sustentan las opiniones vertidas por legisladores? La discusión actual sobre el aborto en Chile se esconde tras la preservación de la familia como núcleo de la sociedad, y la jurisprudencia y el marco de las leyes que lo sustentan. Sin embargo, mediante la observación del aborto es posible develar que el patriarcado se sustenta gracias a las leyes existentes en Chile, expresadas en la ponderación de la vida del que está por nacer, por sobre el resguardo a la vida de las madres.

3.3 Patriarcado, jurisprudencia e Iglesia Católica

Antes de explicar la relación que hay entre el patriarcado y la legislación chilena, primero es necesario definir qué se entiende por Patriarcado, tal como lo define Dolors Reguant (REGUANT, 1996)

"Es una forma de organización política, económica, religiosa y social basada en la idea de autoridad y liderazgo del varón, en la que se da el predominio de los hombres sobre las mujeres; del marido sobre la esposa; del padre sobre la madre, los hijos y las hijas; de los viejos sobre los jóvenes y de la línea de descendencia paterna sobre la materna. El patriarcado ha surgido de una toma de poder histórico por parte de los hombres, quienes se apropiaron de la sexualidad y reproducción de las mujeres y de su producto, los hijos, creando al mismo tiempo un orden simbólico a través de los mitos y la religión que lo perpetúan como única estructura posible" (Pág.20).

Entender el patriarcado como una organización política supone incluir límites de participación,

⁸¹Al igual que las intervenciones de Vallejos y Jaramillo, todas estas declaraciones fueron extraídas por la autora en vivo y en directo desde la transmisión que TV Diputados realizó en la oportunidad.

donde las mujeres históricamente han estado relegadas a la esfera de lo privado- del hogar- donde nuestra participación en el espacio o esfera pública ha estado completamente vetada- que más evidente que en Sudáfrica el sufragio para las mujeres se incluyó por primera vez en 1994 y en Chile recién desde 1949 (SEAGER, 2001)-o abierta, pero con más obstáculos que verdaderas posibilidades.

Estos obstáculos quedan de manifiesto en que el patriarcado es una forma de organización económica, donde las mujeres hemos conseguido el derecho a la educación y al trabajo retribuido, pero tal como se indica en Feminismo para principiantes (VARELA N. , 2013) “la mayoría de las que trabajan fuera de sus casas, tanto las asalariadas como las que han creado sus propias empresas, continúan encargándose mayoritariamente del trabajo doméstico y del cuidado de los hijos. Es la tremenda *doble jornada o doble presencia*. Aún más, aquellas que delegan esas tareas también abrumadoramente lo hacen sobre otras mujeres: más pobres o de más edad. Son las mujeres las que trabajan en el servicio doméstico, en su mayoría inmigrantes, y las abuelas” (Pág. 178). Cuando hablamos de que el patriarcado es una forma de organización social, es necesario vincular este concepto con el sexismo y el machismo, siendo este último “un discurso de la desigualdad. Consiste en la discriminación basada en la creencia de que los hombres son superiores a las mujeres”⁸² Esta práctica usualmente es inconsciente y tiene que ver con prácticas asociadas, como dichos o vocabulario, que no necesariamente es sexista, pero que resulta molesto, inoportuno o de mal gusto. Un ejemplo de esto en la sociedad chilena es la práctica del piropo. Esta no se hace con la intención de denostar a una mujer, pero puede resultar altamente incómoda para quien lo recibe.

Ahora, ¿En qué se diferencia el machismo y el sexismo? Este último corresponde al “conjunto de todos y cada uno de los métodos empleados en el seno del patriarcado para poder mantener en situación de inferioridad, subordinación y explotación al sexo dominado: el femenino. El sexismo abarca todos los ámbitos de la vida y de las relaciones humanas” (SAU, 2000). Si una expresión de machismo sería un piropo o un “lloras como niña”, el sexismo en Chile serían los altos costos de los sistemas de salud, sobre todo de las ISAPRES, o la imposibilidad de abortar, o las diferencias de los programas educacionales entre colegios de hombres y mujeres.

Para entender en qué se sustenta el patriarcado, el machismo y el sexismo, es necesario definir lo que se entiende por género, que podemos definirlo como “todas las normas, obligaciones,

⁸²IBIDEM, Pág. 180.

comportamientos, pensamientos, capacidades y hasta carácter que se han exigido que tuvieran las mujeres por ser biológicamente mujeres. Género no es lo mismo que sexo. Cuando hablamos de sexo nos referimos a la biología (...), y al hablar de género, a las normas y conductas asignadas a hombres y mujeres en función de su sexo” (VARELA N. , 2013). ¿Cómo se vinculan estos conceptos al aborto?

La lucha por alcanzar la igualdad de género⁸³ en el país tuvo un retroceso significativo con la llegada de la dictadura militar de 1973, su fuerte represión ejercida como política de Estado utilizó la figura de las mujeres dentro del sistema político-social-económico que quería implementar. Por un lado fortalecer el rol conservador de la mujer en la sociedad, pero por otro entregarle un rol protagónico en los cambios productivos del país, en el marco de la expansión del neoliberalismo, siendo la mano de obra femenina la que ingresó al mercado laboral mayoritariamente en condiciones de precariedad y flexibilidad. Así, en el discurso pronunciado por Augusto Pinochet en el ex edificio Diego Portales el día 24 de abril de 1974. En la oportunidad se refería a la Declaración de Principios del gobiernos de Chile y del rol que las mujeres debían cumplir (VALDES, 1987) en la “Renovación espiritual de Chile”, expresó que

“en ella – la declaración- el reconocimiento de los valores del ser humano, la trascendencia espiritual de su destino y la importancia de la familia como piedra angular de la sociedad, dan testimonio de la inspiración política cristiana realista y sólidamente arraigada en la tradición de la cultura occidental, a la que nuestro país ha pertenecido por siglos (...) No podría este gobierno intentar la ambiciosa empresa de crear un nuevo Estado, sin la participación activa y enérgica de la mujer”.⁸⁴ (Pág.23).

Respecto al rol de las mujeres en el “Campo del trabajo”, el mismo discurso expresaba que:

“La participación de la mujer en las tareas del Chile actual no termina con su misión familiar, por grande que esta sea. La vida moderna ha abierto en todo el mundo vastas perspectivas de actividad y de trabajo, en las cuales la mujer colabora con plena competencia y eficacia (...) Hoy más que nunca su participación es necesaria en la movilización de recursos, indispensable para arrancar al país del retraso y la pobreza en que nos han sumido la demagogia de los

⁸³No que los hombres sean iguales a las mujeres, sino que las mujeres obtengan igualdad de condiciones y oportunidades que los hombres han gozado históricamente para el desarrollo de lo público y lo privado, con la finalidad no de conservar patrones ya establecidos, sino tener la capacidad performativa de la sociedad con las cuales los hombres han determinados sistemas y formas de relaciones sociales.

⁸⁴Discurso expresado por Augusto Pinochet el 24 de abril de 1974.

irresponsables y el sectarismo de los marxistas”⁸⁵

En relación con lo señalado, es posible afirmar que las mujeres durante dictadura recibieron doble función: la reproducción del orden autoritario en su rol de madre/esposa, y en la producción, como actor de la actividad de servicios del modelo neoliberal. Donde esta inclusión traía consigo el discurso de “autonomía” económica, bajo la condición de seguir perpetuando los valores de una sociedad tradicional, machista y altamente sexista. La derogación del aborto terapéutico en 1989, fue el máximo referente de esta lógica violenta: las mujeres somos comprendidas, fundamentalmente, como un medio para la reproducción vinculado a la maternidad, y no como sujeto social y político. Tal como se define (ALFARO & LEIVA, 2015) en el texto ¿Decisión de mujeres? El debate político institucional en torno al aborto durante la posdictadura en Chile (1989-2015):

“En una sociedad patriarcal, la fertilidad de la mujer aparece como característica fundamental, un bien que determina la valoración que se tiene o no de ella en función de esta cualidad. Por ello la reproducción se constituye, a la larga, en el acto de “realización” del sujeto en cuanto mujer según el canon social establecido; la “madre/esposa” y “ángel del hogar” se instalan como los arquetipos reproducidos por la cultura. Las mujeres no controlan la reproducción con autonomía, aun cuando los embarazos y el período de lactancia son de competencia de sus cuerpos. La mujer no dispone de su propio cuerpo, ya que es construido por socialización para ser apreciado estética, valórica y sexualmente a partir de parámetros masculinos que se reflejan también en el Estado” (Pág. 86).

Las mujeres al no tener políticamente el control de nuestros cuerpos, no podemos, entonces, “negarnos a ser madres”, pues interrumpir un embarazo no deseado transgrede el supuesto “orden natural”. El embarazo, entendido desde la fecundación, inmediatamente anula la voluntad de la mujer, pues nuestra única función a partir de ese instante es dedicarnos a ser madre, destinada a la crianza de los hijos, y renunciando en innumerables oportunidades a proyectos de vida personales. De este modo, nuestro aparece como un medio de procreación; no es un sujeto, es una matriz.

La prohibición legal del aborto en Chile constituye una modalidad de violencia contra las mujeres que es ejercida tanto en la comunicación como en la punición, ya que no solo remite a una sanción moral de desaprobación, por ir en contra de los valores que socialmente se les

⁸⁵IBIDEM, Pág. 24

asignan a las mujeres; sino además, en la privación de libertad.

Tal como se explica en *El aborto en Chile: ¿disputa social o jurídica?* (BAEZA & SCHMITT-FIEBIG, 2015):

“la penalización del aborto es una herramienta jurídica altamente violenta sobre las consecuencias fácticas de una relación sexual que solo castiga a mujeres –por el hecho biológico que son ellas quienes se embarazan–, liberando a los hombres de toda co-responsabilidad y a la vez, redundando en una práctica no efectiva contra la clandestinidad del aborto (...) El delito se articula con la justificación dogmática de una religión particular inmiscuida en la institución política y con alta penetración cultural. En ese sentido, el Estado ratifica e incrementa esta relación social de poder, no sólo en el espacio público sino en el privado como es la reproducción” (Pág.114).

En palabras de Alda Facio y Lorena Frías con la penalización del aborto lo que se sanciona es la desviación de las mujeres del rol maternal que se inscribe en la familia, de allí que el bien jurídico que se protege sea este incluso la elección de la calidad de vida que queremos llevar y nuestro derecho a la vida y a la dignidad, se subsumen bajo el derecho a la vida del que aún no nace, dejándonos relegadas a una posición de ciudadanas de segunda categoría.

Incluso esta idea se sustenta en lo que plantea el Doctor en derecho penal de la Universidad de Salamanca, Gustavo Balmaceda, en su texto *Manual de Derecho Penal* (BALMACEDA, 2014) quien plantea que:

“La ubicación del aborto en nuestro Código ha sido blanco de diversas críticas, puesto que este delito no protege a la familia, sino la vida del que está por nacer (...) en adición, el mismo autor señala que no se exige que la madre del niño no nacido no sea una mujer casada, por lo que podría ser madre soltera. Además, agrega, tampoco se puede establecer que sea un delito que tenga relación con la moralidad sexual, como podría darse a entender por el contexto en el cual el legislador lo incluyó. Así, podemos decir que, en definitiva, lo que protege la figura penal del aborto es exclusivamente la vida del *nasciturus*” (Pág. 59)

Si bien se ha demostrado que la tipificación del aborto como delito tiene relación con la moralidad de los valores cristianos que sitúa a la familia como núcleo de la sociedad y que el Estado ha ratificado, así como también porque se sanciona legalmente el hecho de que las mujeres no cumplen con los roles asignados socialmente, el autor hace un reflexión interesante en tanto que en todo momento, sin excepción alguna, la vida del que está por nacer es más

importante o tiene más relevancia de la vida de la madre, que por obligación biológica es siempre mujer. Situando a las mujeres, sobre todo aquellas que están en edad fértil, como segundas ciudadanas⁸⁶.

José Manuel Morán⁸⁷ en su texto *Feminismo, Iglesia Católica y derechos sexuales y reproductivos en el Chile post-dictatorial*, expresa que “si bien en las últimas décadas los feminismos han conseguido importantes logros, la concreción de políticas que atiendan a las demandas establecidas en el marco de los derechos sexuales y reproductivos no ha estado exenta de tensiones. Entre los principales opositores a esta agenda, la jerarquía de la Iglesia Católica se ha posicionado como uno de los actores de mayor peso en la región. Su visión respecto de una sexualidad exclusivamente reproductiva, heterosexual, adulta y conyugal, colisiona directamente con la agenda feminista, volviéndose una franca oposición al reconocimiento de los derechos en cuestión” (Pág.487). Resulta que la Iglesia Católica históricamente y aún más en las últimas décadas cuenta con una situación privilegiada dentro del patriarcado, y por lo tanto, del sistema político chileno completo. La incidencia de la jerarquía de la Iglesia Católica en el delineamiento de las políticas públicas y en las discusiones referidas a la sexualidad y la reproducción sigue siendo evidente, a pesar de que la separación formal de la iglesia y el Estado existe desde 1925.

Los factores que según José Morán posibilitan esta jerarquía de la Iglesia Católica se debe a la autoridad moral de la jerarquía católica en Chile, por un lado, y la jerarquía católica como garante del consenso y la estabilidad política posdictadura.

Respecto al primer factor se relaciona con la “autoridad moral” que la elite del país- entre ellos sus políticos- le han conferido a la jerarquía católica en el país, “a raíz de sus acciones políticas y sociales desempeñadas por la Iglesia Católica chilena en materia social realizadas a lo largo del siglo XX. Los roles desempeñados por la Iglesia Católica chilena en materia social y política durante el siglo pasado parecen haberle otorgado una cierta legitimidad en materia moral que le habría abierto determinados espacios políticos necesarios para devenir en un actor clave en la diagramación de las políticas sexuales durante los años noventa” (Pág.491) ejemplificados con las labores de la Vicaría de la Solidaridad y la ayuda en los procesos judiciales contra las

⁸⁶No se ha querido hacer la distinción entre mujeres heterosexuales y lesbianas, trans, inter, puesto que toda corporalidad que es de sexo femenino independiente su sexualidad, puede en edad fértil ser madre, ya sea por ser un embarazo no planificado, como también producto de una violación.

⁸⁷Doctor en Estudios Sociales de América Latina y Magíster en Sociología por la Universidad Nacional de Córdoba. e Investigador del Programa de Derechos Sexuales y Reproductivos de la Facultad de Derecho y Ciencias Sociales de la misma casa de estudios

violaciones de derechos humanos que se vivían en la época. Fue en este contexto de lucha contra la dictadura, que la autoridad moral de la jerarquía de la Iglesia Católica se materializó luego del intenso poder de protección de los derechos humanos, razón por la que actualmente los partidos políticos –sobre todo los de centro e izquierda– le ceden la capacidad de incidir directamente sobre las políticas sexuales gracias a la moralidad que mostró durante dictadura.

El segundo factor que sirve para entender por qué la Iglesia Católica tiene incidencia en las políticas de sexualidad en el período actual chileno, es “el rol otorgado por los sectores políticos a esta institución como garante del consenso político y social” (Morán, 2013, Pág.494). La democracia en Chile llegó gracias al refloreamiento gradual de una sociedad civil que comenzó a perder el temor a la protesta tras la crisis económica de 1982, junto con la apertura a la negociación entre las elites gobernantes y contra-elites que pavimentaron el camino para pactar la transición, fueron factores determinantes para la realización del plebiscito nacional de 1988 y la consecuente llegada del primer gobierno post-dictatorial. En este proceso, la jerarquía de la Iglesia Católica chilena jugó un papel central, especialmente en la promoción del “Acuerdo Nacional para la Transición Plena a la Democracia” suscrito en 1985 por once partidos, tanto de derecha como de izquierda. Por primera vez luego del golpe militar, las elites políticas gobernantes y opositoras se sentaron a discutir el modo de avanzar hacia la democracia, y en este proceso tuvo vital relevancia el ex Cardenal Juan Francisco Fresno, quedando de manifiesto la capacidad conciliadora de esta institución, lo que devino en un capital político esencial durante los primeros gobiernos democráticos, dado el contexto político-institucional de la democracia chilena de los noventa que se caracterizaría por un constante temor al conflicto y la primacía de lógicas políticas consensuales. Dado este contexto socio-cultural es que la Iglesia Católica se pudo posicionar como un garante de la política de los consensos que determinó a los cuatro períodos presidenciales que siguieron a la dictadura de 1973. Esta atmósfera excluyó a todos quienes ponían de manifiesto “radicalizaciones” o la instauración de una moral fuera de la que propagaba la Iglesia Católica, quedando así soslayados los DSR.

Si bien en esta época se crearon instituciones gubernamentales como el SERNAM que tenían como labor garantizar los DSR, esta institución no logró desvincularse del registro dominante de la Democracia Cristiana, la cual ha tenido un discurso conservador en materia de derechos sexuales y reproductivos, razón por la cual el SERNAM hasta el día de hoy desarrolla políticas y estrategias dominadas por las nociones de mujer-madre-familia, quedando de lado principios de

autonomía, de libertades y de respeto hacia estos derechos y que, además, ha obstaculizado la discusión sobre todo aquello que vaya fuera de esta norma, quedando demostrado en la despenalización del aborto y la falta de una ley marco sobre DSR.

Tal como expresó Paula Sáez Arellano, psicóloga y directora de la Escuela de Psicología de la Universidad Andrés Bello, “la ausencia de una ley de aborto considera que la mujer no tiene el derecho a decidir sobre su cuerpo y su proyecto vital respecto a la maternidad. La penalización del aborto considera, en su supuesto básico, que la mujer al quedar embarazada pierde su estatuto de ciudadana de derechos plenos y su cuerpo pasa a ser propiedad del Estado. El actual proyecto de ley, devuelve la posibilidad de la mujer de decidir en 3 situaciones bien delimitadas. Es un avance en un sentido humanitario. Pero sigue careciendo una perspectiva de derechos. Muestra de ellos es que el 95% de mujeres restantes, no tendrá el derecho a tomar esa decisión y será condenada a la clandestinidad” (SÁEZ, 2015).

Es así como el proyecto en Chile que busca despenalizar el aborto en tres causales si bien constituye un avance, por otro lado sigue negando una perspectiva de derechos para todas las mujeres, circunscribiendo la posibilidad de decidir unas pocas (aquellas que califiquen dentro de las tres causalidades o quienes cuenten con recursos económicos para realizarlo en la clandestinidad); y condicionando a las mujeres a estar en una posición de víctima para que pueda ejercer una libre elección (entre abortar o no). Actualmente quienes abogan por la vida del que está por nacer perpetuando la ilegalidad del aborto, están omitiendo el hecho de que la maternidad es una experiencia que trasciende lo meramente biológico, ya que no es un cuerpo que se embaraza, pues es una experiencia también social y psicológica, donde la subjetividad de quien vivirá ese embarazo no puede ser omitida, ni reducida a una especie de teoría especista.

En este sentido, Paula Sáez explica que es necesario reubicar el debate al lugar que corresponde, “en si esta sociedad le otorgará el lugar de sujeto con plenos derechos a las mujeres, o si es que no lo hará. Decidir si esta sociedad le otorgará o no autonomía a la mujer para decidir sobre su vida, o si no lo hará. Las que abogamos por el derecho a decidir planteamos que el Estado deberá poner un marco, un número de semanas límite; un contexto de acceso a la salud adecuado y condiciones de recuperación”⁸⁸

Sin embargo, ahora la duda es en qué lugar se inserta la aprobación- o no- del aborto en tres causales, pues si bien viene a garantizar la dignidad de las mujeres en una esfera reproductiva,

⁸⁸ÍDEM

carece de un marco regulatorio que le otorgue estabilidad como política de gobierno, en tanto no se inserta en una comprensión global o acabada de las prácticas que hoy existen en el país, ni de los desafíos ni vacíos que existen en esta materia. Esta es una ganancia del patriarcado, la jurisprudencia y sus aliados políticos- la Iglesia Católica- pues mientras la moral conservadora siga teniendo una posición de poder, avaladas por las elites chilenas, entonces la situación de las mujeres como sujetas de derecho y el desarrollo de un avance en materia de DSR para todas las personas seguirá en las sombras y seguirá con las mismas trabas con las cuales hoy nos encontramos.

CONCLUSIONES

El panorama actual de los DSR de las mujeres en Chile no es una cuestión simple de abordar, pues son varios los factores necesarios de analizar para abordar la discusión en torno a ellos. Sin embargo, este ensayo periodístico propone una complejización de cómo actualmente en Chile se han desarrollado estos derechos en el marco de las políticas públicas que los diversos gobiernos han adoptado, ya sea integrándolos como derecho o abordándolos tangencialmente. Una cosa es evidente y es que la discusión por los DSR se inserta dentro de un sistema patriarcal que actualmente se desarrolla en todo el mundo y que sitúa a los hombres como sujetos activos, posicionando a las mujeres- y otros géneros- en un escalafón inferior. Sin embargo, han sido variados los intentos de posicionar a las mujeres como sujetas de derecho y esclareciendo los contextos socio-culturales en los cuales se insertan. Este sistema liga directamente las prácticas sexuales y reproductivas a las mujeres, pareciendo que son ellas quienes tienen deberes, y por tanto derechos asociados. Cuestión básica que hay que entender a la hora de observar los DSR. Concibiendo esta relación, es que hay que observar detalladamente cómo hoy se definen estos derechos y qué cuestiones abordan, y cuáles no.

Si analizamos la discusión del aborto y de la píldora del día después, es posible evidenciar en potencia cómo este sistema opera: reconoce derechos para las mujeres en ciertas áreas, pero para otras las priva. Y estas privaciones se ligan justamente a aquellos contextos donde las mujeres podemos desarrollar mayor autonomía y poder: cuando se trata de decidir sobre nuestros cuerpos. El sistema es operado por personas y construido por lógicas que emanan de sujetos, de hombres, quienes a partir de diversas instituciones tienen sus aliados. En el caso del aborto y de la píldora del día después, los máximos detractores de que las mujeres puedan acceder a estas prácticas-tecnologías son los sectores más conservadores de la sociedad. La Iglesia Católica, el sentido común basado en el machismo y las legislaciones, en tanto jurisprudencia. La importancia de realizar este cruce es porque es relevante conocer cuáles son los actores políticos y las prácticas que se realizan para perpetuar el hecho de que las mujeres aún no contamos con los resguardos necesarios para ejercer en esplendor nuestros derechos. Así en Chile bajo el alero de la “inconstitucionalidad” o del choque de leyes, es que nuestros derechos quedan relegados a un segundo plano, porque el derecho del que está por nacer o la misma idea de conservación de la especie se torna más relevante, y termina ponderando otros derechos por sobre los que a nosotras

concierno, ¿Qué relación tiene esto con los DSR? El panorama actual de estos derechos en Chile devela que no podemos separar el patriarcado con la concepción, práctica y resguardo de los derechos, donde a la hora de ejecutar políticas públicas sigue con un estándar que, impuesto mundialmente, los países deben perpetuar, y Chile no escapa de esto.

Al inicio de esta memoria se presentaron diversos enfoques de cómo abordar los DSR, el primero de ellos desde la noción de Derechos Humanos, incorporación que si bien es un avance, esconde una perspectiva sesgada de lo que son los DSR: a nivel mundial encontramos la tendencia, ratificada por la ONU, de que estos derechos se abordan desde la perspectiva de la salud y la educación, como si los DSR fuesen derechos secundarios, o dependientes necesariamente de otros. Esta situación se torna conflictiva porque no reconoce el hecho de que hoy a las mujeres se les asocian las prácticas de sexualidad y reproducción como si fuesen inherentes a ellas, y más aún si damos cuenta que el acceso a la salud y la educación no está asegurado de la misma forma para hombres y mujeres, o que los DSR son restrictivos a estas aristas como si nada más pudiese vincularse a ellos. Después de 300 años de intentos por parte de las mujeres por ser consideradas como sujetas de derecho recién en el año 2013, con el Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo, existe un instrumento internacional reconocido mundialmente donde se explicita que los DSR son Derechos Humanos, y aun así su abordaje queda incompleto por no incluir otras situaciones que suceden en el alero de un sistema patriarcal. No basta con que los derechos estén reconocidos si estos no están asegurados, si el sistema sigue considerando a las mujeres como “ciudadanas de segunda clase”.

Como ya se ha propuesto, el enfoque de los DSR como Derechos Humanos aborda mayoritariamente el enfoque desde la salud y la educación, patrón que como vimos en el segundo capítulo se soslaya en las políticas públicas gubernamentales que se desarrollan en Chile. En nuestro país los asuntos ligados a la reproducción se ha ligado constantemente con la sanidad pública, en 1952 con la creación del Servicio Nacional de Salud (SNS), en 1962 con la convocatoria a la Comisión Asesora en Políticas de Regulación de la Fecundidad, en 1964 con la creación de la primera Política de Planificación Familiar en el país, en 1965 con el inicio de las actividades de regulación de la fertilidad, y con el posterior plan de Regulación de la Natalidad en todo el país y para continuar el recorrido, en 1989 con la declaración que instala como ilícito el aborto aunque tenga fines terapéuticos. Todos estos hitos van evidenciando cómo los derechos reproductivos están vinculados directamente a las mujeres, como sujetas a quienes se le aplican las medidas de los programas, desligando casi por completo las responsabilidades de los hombres en la materia.

Siguiendo incluso la línea que sostiene Naciones Unidas, pareciese que es mejor que el Estado se haga cargo de las temáticas vinculadas a los DSR antes de que los hombres asuman sus responsabilidades en la materia. La conclusión es que es preferible que se aborde la reproducción desde temas sanitarios con un objetivo de bien común, antes que hombres y mujeres tomen consciencia de los riesgos e implicancias de un embarazo, por ejemplo. Con esto quisiera detenerme el punto del decreto que penaliza el aborto: la ley prefiere sancionar con cárcel a las mujeres que por una u otra opción deciden sobre sus cuerpos, antes que hombres y mujeres en edad fértil tomen consciencia de las prácticas vinculadas a la sexualidad, con una posterior repercusión en la reproducción. Así, una vez el óvulo fecundado- ni siquiera implantado- lleva a cuentas la exigencia social de que las mujeres deben cumplir con un rol que se les es asignado y del cual no pueden renunciar. Y esta problemática, al observar los planes gubernamentales se dejan al alero de la salud, la cual en Chile aún no considera la autonomía y consciencia como una cuestión básica que todas las personas debemos trabajar.

Es así que no es de extrañar que los diversos programas de políticas públicas gubernamentales en la materia se puedan clasificar a partir de la edad de las personas, sobre todo de las mujeres, según si se encuentran, encontrarán o ya pasaron su edad fértil. Lo que automáticamente vincula directamente a los DSR con la reproducción, dejando de lado los derechos que abogan directamente con la sexualidad.

Hoy la política de Estado respecto a salud reproductiva y sexual, en un 90% se da a través de decretos presidenciales o de medidas administrativas de parte del Ministerio de Salud. Nos hablan de despenalizar el aborto, nos permiten acceder a pastillas anticonceptivas, aunque por altos precios, y a la píldora del día después, pero de qué sirven estas políticas si no tenemos un contexto propicio que integre estas medidas como DSR, si carecen de un respaldo mayor que ponga principios irrenunciables. Quedan cojos los proyectos de despenalización del aborto tres causales si (i) el concepto de autonomía queda relegado solo a circunstancialidades (ii) si no tenemos un marco de derechos que nos permita ejercer nuestra sexualidad y reproducción bajo lógicas claras (iii) si estamos en una sociedad que permite cosas bajo la legalidad, pero que las continúa reprochando socialmente. Así, por ejemplo la sexualidad para los adultos mayores es un tabú o contiene una serie de cargas morales negativas, que socialmente no ayuda en el avance de reconocer que la sexualidad es una práctica que se vive a lo largo de toda la vida, no solo en período de fertilidad.

Si bien el panorama no parece muy auspicioso, hay que reconocer que han existido avances y que son muy necesarios, sino nos encontraríamos en un abismo profundo en esta temática, pero no todo lo que brilla es oro. De allí que para avanzar es necesario realizar críticas para seguir construyendo. Dos temas han guiado el análisis del panorama nacional, educación y salud en sexualidad y en reproducción, para cada uno de ellos presento las críticas que surgen a partir del análisis.

Educación en sexualidad y reproducción: Existe el supuesto, como verdad absoluta, de que a más edad es mayor el conocimiento en sexualidad y reproducción. Sin embargo, Chile se caracteriza por intentos fallidos – hechos fallar por voluntad política- de educar en la materia. Si bien el conocimiento no solo se produce en la sala de clases o en espacios institucionalmente ligados a la educación, las prácticas en sexualidad son consideradas tabú y existe mucho prejuicio en la materia. Así, pensar que los adultos mayores tienen mayor conocimiento en el tema, es un mito, en tanto no necesariamente han vivido experiencias plenas o incluso las prácticas sexuales a lo largo de sus vidas se pueden haber visto mermadas por las exigencias morales de la época. Lo preocupante es que hoy no se está educando a las y los adultos mayores en sexualidad porque pareciera que a esa altura ya debiesen tener todo aprendido, cuestión que no necesariamente debe ser así. De igual forma, la educación sexual y reproductiva tampoco llega a adultas, por el mismo supuesto que se desarrolla con los y las adultas mayores.

Sin embargo, lo más preocupante de todo es que las políticas gubernamentales en materia de educación sexual y reproductiva para adolescentes y jóvenes, incluye a la familia como actores primarios de este proceso, donde la familia es la que debe decidir el proyecto educativo que más se vincula a los valores que el núcleo decida, específicamente sus padres y madres. Pero analizando el contexto actual chileno, con la alta tasa de femicidios o denuncias por violencia intrafamiliar que se desarrollan al año ¿Hemos de esperar que sean las familias las que eduquen en autonomía y consciencia? Los proyectos de educar en sexualidad y reproducción siempre son un avance, pero es necesario que los actores sean equitativos: las y los niños, adolescentes y jóvenes como actores primordiales y luego la familia y el Estado como acompañantes de este proceso formativo, el cual apoye sus necesidades y potencie sus conocimientos. Pues pensar que la educación solo se debe dar en instancias formativas es un error, el conocimiento también se crea en la experiencia fuera del aula o sala de clases, y no existe edad límite para fomentar el conocimiento. Así, es necesario que la educación en sexualidad y reproducción del país avance

para todas las edades, independiente si se encuentran en etapa reproductiva o no, pues la sexualidad es una práctica que se perpetúa a lo largo de toda la vida. Si bien la reproducción tiene fecha límite con la menarquía y la menopausia, la sexualidad no la posee. Esto nos denota una última característica de la educación en Chile, se piensa en función de la reproducción: las adultas mayores no reciben información porque ya no pueden tener hijos, las mujeres en edad fértil van aprendiendo en el camino y las niñas y adolescentes deben ser preparadas para parir. Esto devela que la educación en reproducción y en sexualidad se piensa en función de la maternidad, del embarazo.

Y esto posee una doble lectura, por un lado la educación en sexualidad queda relegada y la educación en reproducción se liga directamente a los procesos fisiológicos y del cuidado del embarazo, y posterior crianza de los hijos. Esto deja entre ver que la educación en DSR se liga directamente a relaciones heterosexuales, dejando de lado entonces temáticas y necesidades propias de quienes se encuentren fuera de ella, y por otro lado, al centrar tanto la educación sexual en la prevención o en el disfrute del embarazo, pareciese ser que ese es el destino al cual las mujeres estamos asociadas. El problema aquí no es si una mujer decide o no ser madre, sino el hecho que desde pequeñas se nos eduque en que ser madres es una cuestión central en nuestra vida. Además, la educación en reproducción actualmente en Chile no contempla la maternidad, el embarazo y la crianza de hijos como un fenómeno social, sino que se liga directamente a lo fisiológico. De ahí que hoy más que nunca se vuelca necesario que estos temas sean tratados con un enfoque más allá del aseguramiento de la salud física, sino que comprendiendo que los DSR contienen aristas sociales a considerar y cuyo proceso de aprendizaje necesita de un conocimiento transversal en edades.

Salud en sexualidad y reproducción: La noción sobre salud que hoy prevalece en las políticas públicas de gobierno es la que presenta a los DSR desde el enfoque de los Derechos Humanos, guiada por la definición de salud que presenta la OMS: más que un proceso integral, la mera ausencia de enfermedades. Así, es posible identificar que en materia de DSR falta mucho por avanzar, pues no se abordan las aristas de la salud mental o entender que la reproducción y la sexualidad son prácticas que determinan, en parte, el bienestar, felicidad y satisfacción personal de cada uno/a.

Sin embargo, un avance significativo es el hecho de que exista al menos una política pública que escape con la noción de reproducción, para entrar de lleno a los derechos sexuales y su

resguardo. Así, el Programa Nacional de prevención y control de VIH/Sida y de las ITS se relaciona directamente a la noción de salud vinculada a prácticas sexuales más allá si existe un acto con intención reproductiva o no, y que por tanto, podría afectar a cualquier género, escape de la heteronorma o no. Sin embargo, nos encontramos en conflicto cuando se asume que el público objetivo de las campañas de prevención están destinadas a hombres, sobre todo aquellos homosexuales y bisexuales. Hecho lamentable si se considera que son las mujeres el grupo que más ha aumentado en estado de Sida. Aquí volvemos nuevamente a lo que se enunciaba en un principio, la igualdad de oportunidades no es la misma para hombres como para mujeres, si hasta las políticas públicas abogan más por los derechos de los hombres, como si las mujeres estuvieran relegadas a un segundo plano, aunque sus necesidades exijan mismo trato y dedicación.

Luego si abordamos los logros conseguidos por el Programa buen vivir en la sexualidad y la reproducción: Atención a la Maternidad Adolescente, la prevención del segundo embarazo en adolescentes, la realización de mil 463 mamografías en convenio con la Fundación Arturo López Pérez, para lograr la detección precoz del cáncer de mamas, y la presentación al Congreso Nacional del proyecto de ley que busca regular la despenalización de la interrupción voluntaria del embarazo en tres causales. Nos encontramos ante la situación de que el resguardo de la salud se liga mayoritariamente a la salud reproductiva, pues tres de esos logros se liga a la maternidad directamente. ¿Y el resguardo de la salud sexual cuándo?

El hecho de que la sexualidad pase a un segundo plano también se debe a una idea que comienza a temprana edad, la idea de que los/as niños y adolescentes no tienen prácticas en sexualidad o que no deben tenerla. Sin embargo, vemos que a los 13 años es la edad promedio de inicio de la actividad sexual en Chile. Ahora si analizamos el acceso a la salud por parte de adolescentes y jóvenes nos encontramos con que hoy se piensa desde el adulto centrismo, como si fuesen los adultos quienes conocieran exactamente las necesidades de los/as más pequeñas y como si fuesen los únicos capacitados para dar solución. Sin embargo, nos damos cuenta que hoy los centros asistenciales carecen de condiciones mínimas de confianza para las y los adolescentes asistan, o que la entrega de información no es efectiva dada las barreras culturales que se imponen a la hora de entender que los y las adolescentes también van creando sus propios conocimientos y costumbres, cuestión que en el área de la salud aún no se considera como válido.

La salud en sexualidad y reproducción debe hoy en Chile avanzar hacia una integralidad,

donde carecer de enfermedades o tener un embarazo viable no es la única razón para lo cual estar satisfechos. Hoy más que nunca se necesita trabajar en que las mujeres y las personas en general conozcan sus corporalidades, deseos, necesidades y logros, trabajar en autoestima y reconocimiento, en cuidado y autocuidado. Pero por sobre todo, el avance de la salud en Chile queda mermado si el respeto por lo que está “fuera de la norma” aún no se logra, ni se garantiza, ni siquiera en la confidencialidad de estar en una sala de espera.

Ambas críticas, hacia la educación y la salud sexual y reproductiva se realizan porque estos han sido las áreas que los DSR se abarcan en el país, pero hay que dejar en claro que estos derechos son muchos más complejos: no basta con garantizar derecho al servicio público en salud y en educación si estos no se piensan en relación a un contexto general, donde la práctica de los DSR viene a ser un ejemplo de profundización en discriminación por género. Si bien siempre es bueno que existan avances, el máximo esfuerzo debe estar en reconocer estos derechos para hombres y mujeres, no haciendo parecer “obligaciones sociales” como derechos. En otras palabras, cuando hablamos de sexualidad y reproducción, no solo deben estar pensados para las mujeres sino que para hombres y resto de géneros también. De ahí sería legítimo pensar que los DSR también integran cuestiones vinculadas a la identidad y la relación del Estado, al reconocer las particularidades de las personas, en tanto integridad y dignidad en todos los espacios de socialización. O bien, avanzar en la erradicación de la homofobia, tipo de discriminación y violencia que afecta directamente a la comunidad homosexual, quienes se ven obligados a vivir en un contexto donde su sexualidad no está aceptada socialmente, rechazo que afecta a la calidad de vida de las personas.

Al final de la introducción de esta memoria se presentaron una serie de preguntas que movieron esta investigación y que se esperan haber respondido: ¿Cómo aborda Chile los DSR? La respuesta es que el enfoque se centra en la concepción de los Derechos Humanos, pero hemos evidenciado que quedan al debe a la hora de analizar las políticas gubernamentales. Hoy más que nunca es necesario retomar las observaciones que los grupos feministas han hecho acerca de los DSR: considerar el enfoque de estos derechos desde la ciudadanía y el laicismo; la autonomía de las mujeres y sus cuerpos como eje de cualquier política que busque trabajar en el tema. De esta forma, aquello que nos parece tan abstracto como el patriarcado, pero tan evidente como en prácticas cotidianas de la educación que recibimos en las escuelas o la forma en cómo somos atendidos/as en consultorios o CESFAM; podrá comenzar a derroscarse, quitando los estereotipos

absolutos a las mujeres, dejando de situarnos en un segundo plano y avanzando en igualdad de oportunidades, con menos prejuicios y roles impuestos como mandatos absolutos.

Otras consideraciones

Si bien consideramos la educación, la salud, el goce de la sexualidad y el bienestar de la reproducción como derechos de todas las mujeres en el país, también debemos comprender que las mujeres en Chile no poseemos un carácter homogéneo y componemos diferentes grupos socio-culturales con características y en condiciones diversas: mujeres privadas de libertad, diferencias entre las que viven en zonas rurales y urbanas, mujeres indígenas, y tantas más. Por ejemplo, el acceso a servicios de salud sobre sexualidad y reproducción, e incluso el acceso a la información, no poseen las mismas características para quienes viven en zonas urbanas, como para aquellas que viven en sectores más apartados de las grandes ciudades; la discriminación que constantemente viven las personas indígenas en nuestro país al no reconocerse ni garantizarse las condiciones aptas para su cultura, así como también los problemas a los cuales se enfrentan las mujeres indígenas por las diferencias sociales y culturales que existen entre sus comunidades y la institucionalidad chilena, como por ejemplo los valores respecto a la familia o la misma vida en comunidad. Tal como evidencian Claudia Dides y María Soledad Pérez (2007) “Los pueblos indígenas mantienen creencias y tradiciones que incluyen recomendaciones sobre salud sexual y reproductiva (conductas apropiadas dentro del matrimonio, sexualidad, métodos de planificación familiar), así como diversas normas y cuidados para los distintos periodos del ciclo vital reproductivo. Sin embargo, muchos de estos aspectos permanecen aún en el ámbito intracultural, siendo transmitidos a sus miembros sólo mediante procesos de socialización” (Pág. 217).

Censuras y discriminaciones que aumentan aún más con las mujeres que se encuentran privadas de libertad, donde los derechos sexuales y reproductivos se ven afectados por la condición de reclusión, no permitiendo el desarrollo libre de expresión y satisfacción de su sexualidad, condicionando la toma de decisiones, que en la mayoría de los casos inhibe la libre expresión de sentimientos y de la sexualidad. Como señala María Beatriz de Gregorio, Jefa del departamento de Salud de Gendarmería “existen diversos programas de venusterios y se permite la tenencia y cuidado de hijos a mujeres privadas de libertad hasta que los hijos/as cumplan el año, los cuales buscan mejorar la calidad de vida de las internas”⁸⁹, sin embargo existe una

⁸⁹ Entrevista con la autora

“doble condena”: no solo estás privada de circular en libertad por la vía pública, sino que también estás privada a los DSR, al no poder ejercer tu sexualidad en las condiciones más óptimas, ni asegurar instancias reproductivas acorde al contexto. Más problemático es aun cuando analizamos el caso de las mujeres en situación de discapacidad, a quienes el Estado no les reconoce el ejercicio libre de los DSR, toda vez que el cuidado y las decisiones son tomadas por un/a tercero/a; donde la esterilización forzada a personas en situación de discapacidad en Chile sigue siendo un problema, donde organizaciones como Down21 pertenecientes a la Federación Iberoamericana de Síndrome de Down y personas expertas como Irma Iglesias Zuazola han denunciado su práctica .

A partir de la investigación realizada para la elaboración de este ensayo, fueron observados y considerados los grupos antes descritos, pero en el análisis de sus propias particularidades caí en la cuenta de que existen diferentes tipos de violencia, y doble, e incluso triple discriminación, que sufren las mujeres no solo por su género, sino que también por las otras características socio-culturales que se les han asignado. Razón que motivaría la realización de próximas investigaciones que dieran paso a entender cómo las políticas públicas gubernamentales dan cuenta de las necesidades de estos grupos; cómo la comunidad internacional incluye estas particularidades, o bien, cómo la discusión sobre el aborto y la píldora del día después se vive para cada grupo conformado por mujeres. Inclusive, analizar cuáles son las prácticas específicas en cómo el patriarcado opera sobre cada una de ellas. Es claro que queda mucho por seguir investigando.

ANEXOS

Anexo 1: Glosario de Instrumentos Internacionales⁹⁰

Convenciones o Convenios: El término “convención” (o convenio) puede tener un significado tanto genérico como específico.

a) El uso genérico del término “convención” abarca todos los acuerdos internacionales, de la misma forma que el término genérico “tratado”. El derecho positivo también se suele denominar “derecho convencional”, para distinguirlo de otras fuentes de derecho internacional, como el derecho consuetudinario o los principios generales de derecho internacional. Por consiguiente, el término genérico “convención” es sinónimo del término genérico “tratados”.

b) Convención como término específico: mientras que en el siglo pasado el término “convención” se empleaba habitualmente para los acuerdos bilaterales, actualmente se utiliza en general para los tratados multilaterales formales con un gran número de partes. Normalmente cualquier miembro de la comunidad internacional, o un gran número de Estados, pueden ser parte de una convención. Los instrumentos negociados bajo los auspicios de una organización internacional suelen denominarse convenciones o convenios. Lo mismo ocurre con los instrumentos aprobados por un órgano de una organización internacional

Cartas

El término “carta” se usa para designar instrumentos oficiales de especial solemnidad, como el tratado constitutivo de una organización internacional. El término en sí tiene connotaciones que se remontan a la Carta Magna de 1215. La Carta de las Naciones Unidas de 1945 y la Carta de la Organización de los Estados Americanos de 1952 son notables ejemplos recientes del uso de este término.

Protocolos

⁹⁰ Para su confección fue consultado el Sitio Web de las Naciones Unidas que presenta definiciones de los diversos instrumentos que emanan desde sus diferentes convocatorias.

El término “protocolo” se emplea para designar acuerdos menos formales que los “tratados”, “convenciones” o “convenios”. Puede abarcar los siguientes tipos de instrumentos:

a) Un protocolo de firma es un instrumento subsidiario de un tratado redactado por las partes en éste. Este tipo de protocolo contempla cuestiones accesorias, como la interpretación de cláusulas particulares del tratado, las cláusulas formales no incluidas en él o la reglamentación de aspectos técnicos. Normalmente la ratificación del tratado supone ipso facto la ratificación de este tipo de protocolo.

b) Un protocolo facultativo de un tratado es un instrumento que establece derechos y obligaciones adicionales respecto de un tratado. Casi siempre se aprueba el mismo día, pero tiene carácter independiente y está sujeto a ratificación por separado. Estos protocolos permiten a determinadas partes del tratado establecer entre ellas un marco de obligaciones que van más allá del tratado general y que no todas las partes del tratado general aceptan.

c) Un protocolo basado en un tratado marco es un instrumento que contempla obligaciones sustantivas concretas para alcanzar los objetivos generales de una convención marco o convención general anterior. Estos protocolos permiten simplificar y agilizar el proceso de elaboración de tratados y se han empleado en particular en el ámbito del derecho ambiental internacional.

Declaraciones

El término “declaración” se utiliza para designar distintos instrumentos internacionales. No obstante, las declaraciones no son siempre jurídicamente vinculantes. Este término se usa a menudo deliberadamente para indicar que las partes no desean establecer obligaciones vinculantes sino simplemente dan a conocer determinadas aspiraciones. No obstante, las declaraciones también pueden constituir tratados en sentido genérico que han de tener carácter vinculante con arreglo al derecho internacional. Por ello, es necesario establecer en cada caso si las partes tenían intención de crear obligaciones vinculantes. Determinada intención de las partes suele ser una tarea difícil. Algunos instrumentos denominados “declaraciones” no pretendían tener fuerza vinculante inicialmente, pero puede haber ocurrido que sus disposiciones coincidieran con el derecho consuetudinario internacional o que hayan adquirido carácter

vinculante como derecho consuetudinario en una etapa posterior. Así ocurrió con la Declaración Universal de Derechos Humanos de 1948. Las declaraciones que pretenden tener efectos vinculantes se podrían clasificar del siguiente modo:

- a) Una declaración puede constituir un tratado en sentido estricto. Como ejemplo puede señalarse la Declaración Conjunta del Reino Unido y China sobre la cuestión de Hong Kong de 1984.
- b) Una declaración interpretativa es un instrumento que se anexa a un tratado con el fin de interpretar o explicar sus disposiciones.
- c) Una declaración también puede ser un acuerdo informal respecto de una cuestión de menor importancia.
- d) Una serie de declaraciones unilaterales pueden constituir acuerdos vinculantes.

Anexo 2: “Derechos Sexuales: una declaración de IPPF”⁹¹

Los derechos sexuales son derechos humanos relacionados con la sexualidad IPPF afirma que los derechos sexuales son derechos humanos. Los derechos sexuales están n, constituidos por una serie de beneficios relativos a la sexualidad que emanan de los derechos a la libertad, igualdad, privacidad, autonomía, integridad y dignidad de todas las personas. Los diez derechos sexuales son:

Artículo 1 Derecho a la igualdad, a una protección legal igualitaria y a vivir libres de toda forma de discriminación basada en el sexo, la sexualidad o el género. Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos; y deben gozar de la misma protección de la ley contra la discriminación con base en su sexualidad, sexo o género.

Artículo 2 El derecho de todas las personas a la participación, sin importar su sexo, sexualidad o género. Todas las personas tienen derecho a un ambiente que les permita participar y contribuir activa, libre y significativamente en los aspectos civiles, económicos, sociales, culturales y políticos de la vida humana, a nivel local, nacional, regional e internacional; y a través de cuyo desarrollo puedan hacerse realidad los derechos humanos y las libertades fundamentales.

Artículo 3 Los derechos a la vida, libertad, seguridad de la persona e integridad corporal. Todas las personas tienen derecho a la vida, la libertad y a vivir libres de tortura y de un trato cruel, inhumano y degradante; y, especialmente cuando la causa de ello sea su sexo, edad, género, identidad de género, orientación sexual, estado civil, historia o comportamiento sexual, real o imputado o su estatus de VIH/SIDA; así mismo, tendrán el derecho de ejercer su sexualidad de manera libre de violencia o coerción.

Artículo 4 Derecho a la privacidad. Todas las personas tienen derecho a no ser sujetas a la interferencia arbitraria de su privacidad, familia, hogar, documentos o correspondencia, así como al derecho a la privacidad que es esencial para ejercer su autonomía sexual.

Artículo 5 Derecho a la autonomía personal y al reconocimiento ante la ley. Todas las personas tienen derecho a ser reconocidas ante la ley y derecho a la libertad sexual, la cual abarca la oportunidad de los individuos para tener control y decidir libremente sobre asuntos relacionados con la sexualidad, para elegir sus parejas sexuales y para experimentar su potencial

⁹¹ Carta extraída desde el texto completo de Derechos Sexuales: una declaración de IPPF (FEDERACIÓN INTERNACIONAL DE PLANIFICACIÓN DE LA FAMILIA, 2009)

y placer sexual a plenitud, dentro de un marco de no discriminación y con la debida consideración a los derechos de otras personas y a la capacidad evolutiva de las y los niños.

Artículo 6 Derecho a la libertad de pensamiento, opinión y expresión; derecho a la asociación. Todas las personas tienen derecho a ejercer su libertad de pensamiento, opinión y expresión en relación con sus ideas sobre la sexualidad, orientación sexual, identidad de género y derechos sexuales, sin intromisiones o limitaciones basadas en las creencias culturales dominantes o ideología política, o en nociones discriminatorias del orden público, moralidad pública, salud pública o seguridad pública.

Artículo 7 Derecho a la salud y a los beneficios del avance científico. Todas las personas tienen derecho a gozar del más alto estándar posible de salud física y mental, que incluye los determinantes esenciales de la salud, y el acceso a la atención de la salud sexual para la prevención, diagnóstico y tratamiento de todas las inquietudes, problemas y trastornos sexuales.

Artículo 8 Derecho a la educación e información. Todas las personas, sin discriminación, tienen derecho a la educación e información de manera general y a la educación integral en sexualidad, así como a la información necesaria y útil para ejercer plenamente su ciudadanía e igualdad en los dominios privados, públicos y políticos.

Artículo 9 Derecho a elegir si casarse o no y a formar y planificar una familia, así como a decidir si tener o no hijos y cómo y cuándo tenerlos. Todas las personas tienen derecho a elegir si casarse o no hacerlo, si formar y planificar una familia o no hacerlo, cuándo tener hijos y a decidir el número y espaciamiento de sus hijos de manera responsable y libre, dentro de un ambiente en el cual las leyes y políticas reconozcan la diversidad de las formas familiares, incluyendo aquellas no definidas por ascendencia o matrimonio.

Artículo 10 Derecho a la rendición de cuentas y reparación de daños. Todas las personas tienen derecho a medidas efectivas, adecuadas, accesibles y apropiadas de tipo educativo, legislativo, judicial y de otros tipos para asegurar y exigir que quienes tengan el deber de garantizar los derechos sexuales sean plenamente responsabilizados de hacerlos cumplir. Esto incluye la capacidad de monitorear la implementación de los derechos sexuales y de tener acceso a remedios por violaciones a los derechos sexuales, incluyendo el acceso a una reparación de daños completa a través de la restitución, compensación, rehabilitación, satisfacción, garantía de no reincidencia y cualquier otro medio.

Derechos Sexuales: Una declaración de IPPF proporciona un marco de referencia muy claro dentro del cual las Asociaciones Miembros pueden comprender sus responsabilidades como prestadoras de servicios. Las Asociaciones estarán mejor equipadas para comenzar o extender su trabajo relativo al mejoramiento del acceso para todas las personas y, de ese modo, hacer posible que sus clientes ejerzan plenamente sus derechos sexuales y reproductivos. La Declaración también servirá como marco de referencia para las actividades de defensa y promoción, dirigidas a recordar a los Estados acerca de sus responsabilidades. En particular, en los preparativos y planeación para la próxima iniciativa global enfocada a la salud y los derechos sexuales y reproductivos, las actividades de defensa y promoción basadas en la Declaración ayudarán a las organizaciones gubernamentales a comprender y establecer compromisos duraderos basados en el vínculo entre los derechos sexuales, la salud pública y el desarrollo.

BIBLIOGRAFÍA

- AFINI, A. (11 de agosto de 2016). La infección por VIH en nuestro país es una epidemia que no está controlada en estos momentos. (F. Siebert, Entrevistador)
- ALFARO, K., & LEIVA, M. (2015). ¿Decisión de mujeres? El debate político institucional en torno al aborto durante la posdictadura en Chile (1989-2015). *Revista Austral de Ciencias Sociales*, 83-97.
- ARENAS, L. (s/f). *La Educación Sexual y los embarazos adolescentes en los tiempos de Schmidt*. Recuperado el 23 de agosto de 2016, de Le Monde diplomatique: <https://www.lemondediplomatique.cl/La-Educacion-Sexual-y-los.html>
- BAEZA, A., & SCHMITT-FIEBIG, P. (2015). El aborto en Chile: ¿disputa social o jurídica? *Revista Nomadías*, 97-119.
- BALMACEDA, G. (2014). *Manual de derecho penal*. Santiago: Librotecnia.
- BUTLER, J. (2007). *El género en disputa. Feminismo y la subversión de la identidad*. Barcelona: Paidós.
- CABELLO, C. (28 de diciembre de 2015). *Hay mucho prejuicio en torno a lo que es envejecer*. Recuperado el 29 de septiembre de 2016, de Facultad de Ciencias Sociales Universidad de Chile: <http://www.facso.uchile.cl/noticias/118343/fondecyt-iniciacion-y-fondap-potencian-estudio-de-psicogerontologia>
- CÁMARA DE DIPUTADOS. (1 de julio de 2008). *Proyectos de Ley, Establece ley marco sobre salud y derechos sexuales reproductivos*. Recuperado el 29 de marzo de 2015, de Cámara de diputados: https://www.camara.cl/pley/pley_detalle.aspx?prmID=6322&prmBL=5933-11
- CÁMARA DE DIPUTADOS TELEVISIÓN. (17 de marzo de 2016). Sesión Comisión de Salud Cámara de diputados. Valparaíso, Chile.
- CANAL 13. (29 de septiembre de 2016). *Bienvenidos*. Recuperado el 29 de septiembre de 2016, de Canal 13: <http://www.13.cl/programas/bienvenidos/tendencias/libro-sobre-sexualidad-genera-dudas-en-padres-y-expertos>
- CEDEÑO, T., CORTÉS, P., & VERGARA, A. (2006). *Sexualidad y Afectividad en el Adulto Mayor*. La Serena: Universidad Austral de Chile.
- CONFERENCIA EPISCOPAL DE CHILE. (30 de noviembre de 2005). *La opinión de la Iglesia sobre la píldora del día después*. Recuperado el 17 de septiembre de 2016, de Iglesia.cl: <http://noticias.iglesia.cl/noticia.php?id=2449>
- CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LA REPÚBLICA DE CHILE; CONSTITUCIÓN 1980. Recuperado el 30 de octubre de 2016, de Biblioteca del Congreso Nacional de Chile: <https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=242302>
- COOPERACIÓ. (2011). *Miradas feministas en la Agenda del desarrollo, Derechos Sexuales y Reproductivos*. Barcelona: Edición Cooperació.
- COOPERATIVA.CL. (1 de febrero de 2015). *Conoce en detalle el proyecto de aborto del Gobierno*. Recuperado el 17 de octubre de 2016, de cooperativa.cl: <http://www.cooperativa.cl/noticias/pais/presidenta-bachelet/conoce-en-detalle-el-proyecto-de-aborto-del-gobierno/2015-01-31/125649.html>
- COSIO, I. (2009). *De la Historia de los Deseos al Despertar de una Utopía: Proyecto Ley Marco sobre Derechos Sexuales y Reproductivos*. Santiago, Chile: Universidad de Chile.

- CULTURASALUD. (2010). *Estudio Barreras de Acceso a los Servicios de Salud para la prevención del embarazo adolescente en Chile*. Recuperado el 21 de julio de 2016, de Ministerio de Salud: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/ace74d077631463de04001011e011b94.pdf>
- DATA VOZ OIT. (2008). *Barómetro Mujer y Trabajo*. Organización Internacional del Trabajo.
- DE BEAUVOIR, S. (2005). *El segundo sexo*. Madrid: Catedra.
- DE LA MAZA, G. (2003). Sociedad Civil y Democracia en Chile. En A. Panfichi, *Sociedad Civil, Esfera Pública y Democracia en América Latina*. Andes y Cono sur. México: Fondo de Cultura Económica.
- DE MIGUEL, A. (2012). *Sobre el derecho al aborto*. Recuperado el 24 de octubre de 2016, de Mujeres en red, El Periódico feminista: <http://www.mujiresenred.net/spip.php?article2012>
- DI GIROLAMO, G. (3 de marzo de 2016). *Auge del Sida: el virus que avanza en Chile mientras retrocede en el mundo*. Recuperado el 16 de julio de 2016, de El Desconcierto: <http://www.eldesconcierto.cl/pais-desconcertado/2016/03/03/auge-del-sida-el-virus-que-avanza-en-chile-mientras-retrocede-en-el-mundo/>
- DÍAZ, E. (julio de 2015). *La desigualdad salarial entre hombres y mujeres. Alcances y limitaciones de la Ley N°20.348 para avanzar en justicia de género*. Recuperado el 19 de octubre de 2016, de Dirección del trabajo del Ministerio de Trabajo y Previsión Social: http://www.dt.gob.cl/documentacion/1612/articulos-105461_recurso_1.pdf
- DIAZ, S. (2011). *Consideraciones bioéticas y derechos humanos en regulación de la fertilidad*. Santiago: Instituto Chileno de Medicina Reproductiva.
- DIDES, C., & PÉREZ, M. (2007). Investigaciones en Salud Sexual y reproductiva de pueblos indígenas en Chile y la ausencia de pertinencia étnica. *Acta bioethica*, 216-222.
- DIDES, C., BENAVENTE, M. C., NICHOLLS, L., & SÁEZ, I. (2012). *Acceso y Distribución de la Anticoncepción de Emergencia en Chile*. Santiago, Chile: Universidad Central.
- EL CLARÍN. (9 de abril de 2014). *Gobierno presenta Proyecto sobre derechos sexuales y reproductivos e impulsará despenalización del aborto*. Recuperado el 15 de marzo de 2016, de El Clarín: <http://www.elclarin.cl/web/noticias/politica/11377-gobierno-presentara-proyecto-sobre-derechos-sexuales-y-reproductivos-e-impulsara-la-despenalizacion-del-aborto.html>
- EL MOSTRADOR. (2 de octubre de 2016). *Las Quejas de Ossandón y Kast estás equivocadas*. Recuperado el 19 de octubre de 2016, de El Mostrador: <http://www.elmostrador.cl/noticias/pais/2016/10/02/carlos-pena-y-libro-sobre-educacion-sexual-las-quejas-de-ossandon-y-kast-estan-equivocadas/>
- EMOL. (16 de julio de 2014). *Ezzati por píldora del día después: el respeto por la vida es una cosa muy seria*. Recuperado el 3 de agosto de 2016, de EMOL: <http://www.emol.com/noticias/nacional/2014/07/16/670229/ezzati.html>
- FEDERACIÓN INTERNACIONAL DE PLANIFICACIÓN DE LA FAMILIA. (diciembre de 2009). *Derechos Sexuales: una declaración de IPPF. Guía de Bolsillo*. Recuperado el 30 de octubre de 2016, de IPPF: http://www.ippf.org/sites/default/files/ippf_sexual_rights_declaration_pocket_guide_spanish.pdf
- FIGUEROA, R. (2013). Comentario relativo a la sentencia del Tribunal Constitucional referida a la Píldora del día después del año 2008. *Anuario de Derecho Público*, 144-162.
- FRIES, L. (9 de junio de 2012). *Columna de opinión: Chile y su deuda pendiente en materia de educación sexual*. Recuperado el 10 de marzo de 2015, de Instituto Nacional de Derechos

- Humanos: <http://www.indh.cl/chile-y-su-deuda-pendiente-en-materia-de-educacion-sexual>
- GOBIERNO DE CHILE. (21 de mayo de 2015). *Mensaje Presidencial*. Recuperado el 30 de septiembre de 2016, de Gobierno de Chile: <http://www.gob.cl/2015/05/22/cuenta-publica-revisa-el-discurso-presidencial-y-descarga-la-cuenta-publica/>
- GOBIERNO DE CHILE. (21 de mayo de 2016). *Mensaje Presidencial*. Recuperado el 30 de junio de 2016, de Gobierno de Chile: http://www.gob.cl/cuenta-publica/2016/2016_mensaje_presidencial.pdf
- GOBIERNO DE CHILE. (s.a). *Conoce el Proyecto de Ley que regula la despenalización de la interrupción voluntaria del embarazo en tres causales*. Recuperado el 30 de octubre de 2016, de #Yoapoyo3causales: <http://3causales.gob.cl/>
- GONZÁLEZ, S., & PAJARES, L. (2012). *Aproximaciones feministas sobre derechos sexuales y reproductivos en la cooperación al desarrollo*. Madrid: ACSUR-Las Segovias.
- HERNANDO, M. (3 de febrero de 2015). Proyecto de ley para penalizar la violencia obstétrica. (R. Carrusel, Entrevistador)
- HERRERA, J., & MARDONES, C. (2 de mayo de 2016). *Entrega de "píldora del día después" en la red pública subió 71% en tres años*. Recuperado el 25 de mayo de 2016, de La Tercera: <http://www.latercera.com/noticia/entrega-de-pildora-del-dia-despues-en-la-red-publica-subio-71-en-tres-anos/>
- HUNT, F., MONTERROSAS, E., & MIMBELA, R. (2015). *Evaluación de la implementación de la declaración ministerial Prevenir en Educación. Su cumplimiento en América Latina 2008-2015*. Nueva York: Federación Internacional de Planificación de la Familia/Región Hemisferio Occidental, Inc. (IPPF(RHO)).
- IMAZ MARTINEZ, E. (2011). Mujeres gestantes, madres en gestación. Metáforas de un cuerpo fronterizo. *Política y Sociedad*(36), 97-111.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICAS. (2006). *Fecundidad en Chile Situación reciente*. Santiago: Instituto Nacional de Estadísticas.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICAS. (2007). *Chile: Proyecciones y Estimaciones de Población, Total País 1950 – 2050*. Santiago: Publicación en Convenio con la Comisión económica para América Latina y El Caribe.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICAS. (2014). *Actualización de Proyecciones de población 2002-2020*. Recuperado el 20 de agosto de 2016, de Instituto Nacional de Estadísticas: http://www.ine.cl/canales/sala_prensa/revistaseconomicas/presentaciones/pdf/proyecciones_poblacion_2014.pdf
- INSTITUTO NACIONAL DE JUVENTUD. (agosto de 2013). *7ma Encuesta Nacional de Juventud*. Recuperado el 14 de octubre de 2016, de INJUV: http://www.injuv.gob.cl/portal/wp-content/files_mf/septimaencuestanacionaljuventud2.pdf
- JUÁREZ, L. (2009). Apropiación de derechos sexuales y reproductivos en la adolescencia: dimensiones de la ciudadanía. *La ventana. Revista de estudios de género*, 148-180.
- MATAMALA, M. I. (31 de marzo de 2006). *Clase Inaugural del Magister de Salud de la Universidad de Valparaíso*. Recuperado el 24 de octubre de 2016, de Universidad de Valparaíso: <http://docplayer.es/15953070-Genero-y-salud-clase-inaugural-magister-de-salud-publica-universidad-de-valparaiso-31-marzo-2006>
- MAZARRASA, L., & GIL, S. (s.a). *Programa de Formación de Formadores/as en Perspectiva de Género y Salud*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e igualdad.

- MELLA, C., OYANEDELI, J. C., VARGAS, S., & DE UGARTE, N. (2015). Salud sexual en Chile: una aproximación descriptiva al comportamiento y satisfacción sexual de los chilenos. *Revista chilena de ginecología y obstetricia*, 289-296.
- MELO, F. (19 de julio de 2013). *Programas de Educación Sexual: Sólo el 12,15% de los fondos destinados para capacitar docentes se utilizó durante 2012*. Recuperado el 10 de julio de 2016, de La Tercera: <http://www.latercera.com/noticia/programas-de-educacion-sexual-solo-el-1215-de-los-fondos-destinados-para-capacitar-docentes-se-utilizo-durante-2012/>
- MEMORIA CHILENA. (s.a). *Memoria Chilena*. Recuperado el 10 de marzo de 2016, de Biblioteca Nacional Digital de Chile: <http://www.memoriachilena.cl/602/w3-printer-100730.html>
- MILLER, A. (s.a). *Derechos sexuales*. Recuperado el 29 de julio de 2016, de Biblioteca del Instituto del Niño y el Adolescente del Uruguay: <http://www.inau.gub.uy/biblioteca/alicemiller.pdf>
- MINISTERIO DE DESARROLLO SOCIAL. (2014). *Evaluación Ex Ante Programas Nuevos. Proceso Formulación Presupuestaria 2015*. Recuperado el 24 de octubre de 2016, de Programas Sociales: http://www.programassociales.cl/pdf/2014/PRG2014_1_59483.pdf
- MINISTERIO DE DESARROLLO SOCIAL. (24 de enero de 2015). *Casen 2013 Una Medición de la Pobreza Moderna y Transparente para Chile*. Recuperado el 30 de septiembre de 2016, de Observatorio Ministerio de Desarrollo Social: http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/documentos/Presentacion_Resultados_Encuesta_Casen_2013.pdf
- MINISTERIO DE DESARROLLO SOCIAL. (s.a). *Hacia un Ingreso Ético Familiar*. Santiago : Ministerio de Desarrollo Social.
- MINISTERIO DE EDUCACIÓN. (2006). *Plan de Educación en Sexualidad y Afectividad*. Recuperado el 20 de enero de 2016, de Movilh: <http://www.movilh.cl/documentacion/documentos/PlanEducacionSexual.pdf>
- MINISTERIO DE EDUCACIÓN. (2013). *Formación en Sexualidad, afectividad y género*. Santiago: Ministerio de Educación.
- MINISTERIO DE LA MUJER Y LA EQUIDAD DE GÉNERO. (s.a). *Programa de gobierno*. Recuperado el 30 de agosto de 2016, de Ministerio de la Mujer y la Equidad de Género: <http://www.minmujeryeg.gob.cl/agenda-de-genero/programa-de-gobierno/>
- MINISTERIO DE SALUD. (28 de enero de 2010). *Ley 20.418. Fija Normas sobre información, orientación y prestaciones en materia de regulación de la fertilidad*. Recuperado el 20 de enero de 2016, de Biblioteca del Congreso Nacional: <https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=1010482>
- MINISTERIO DE SALUD. (2013). *Informe Nacional: Evolución de la infección por VIH/SIDA Chile 1984-2012 Departamento de Epidemiología*. Santiago: Ministerio de Salud.
- MINISTERIO DE SALUD. (2013). *Informe Situación actual del embarazo adolescente en Chile*. Santiago: Ministerio de Salud.
- MINISTERIO DE SALUD. (julio de 2013). *Situación actual del embarazo adolescente en Chile*. Recuperado el 17 de octubre de 2016, de MINSAL: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/c908a2010f2e7d4fe040010164010db3.pdf>
- MINISTERIO DE SALUD. (24 de septiembre de 2015). *Programa Salud Integral Adolescentes y Jóvenes*. Recuperado el 1 de octubre de 2016, de MINSAL: <http://www.minsal.cl/programa-salud-integral-adolescentes-y-jovenes>
- MINISTERIO DE SALUD. (2016). *Guía Práctica Consejería en Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes. Orientaciones para los equipos de Atención Primaria*. Recuperado el

- 1 de octubre de 2016, de MINSAL: <http://web.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/09/CONSEJERIA-EN-SALUD-SEXUAL-Y-REPRODUCTIVA-PARA-ADOLESCENTES-2016.pdf>
- MINISTERIO DE SALUD. (s.a). *Programa Nacional de Prevención y control del VIH/SIDA y las ITS*. Recuperado el 25 de julio de 2016, de Instituto Nacional de la Juventud: <http://www.injuv.gob.cl/portal/oferta-publica/programa-nacional-de-prevencion-y-control-del-vihsida-y-las-its-2/>
- MINSAL, ICMER, APROFA. (2014). *Normas nacionales sobre la regulación de la fertilidad*. Santiago: Ministerio de Salud.
- MOLINA, M., FERRADA, C., PÉREZ, R., CID, L., CASANUEVA, V., & GARCIA, A. (2004). Embarazo en la adolescencia y su relación con la deserción escolar. *Revista Médica de Chile*, 65-70.
- MORÁN, J. (2013). Feminismo, Iglesia Católica y derechos sexuales y reproductivos en el Chile post-dictatorial. *Revista Estudios Feministas*, 485-508.
- MOREIRA, I. (14 de octubre de 2016). *El relativismo moral de la Nueva Mayoría*. Recuperado el 19 de octubre de 2016, de República de Chile Senado: http://www.senado.cl/prontus_senado/site/artic/20161014/pags/20161014104404.html
- MUNICIPALIDAD ALTO AUSPICIO. (s.a). *Programa Buen Vivir la Sexualidad y la Reproducción*. Recuperado el 1 de octubre de 2016, de Municipalidad Alto Hospicio: <https://www.youtube.com/watch?v=ILuNZYmAs5o>
- MUNICIPALIDAD DE ALTO BÍO-BÍO. (2013). *Plan de Salud Comunal para el 2014*. Recuperado el 24 de octubre de 2016, de Transparencia Alto Bío-Bío: <http://www.transparenciaaltobiobio.cl/files/PLAN-DE-SALUD-COMUNAL-A-O-2014.pdf>
- MUÑOZ, A. (15 de marzo de 2011). *Chile: A partir de 2012 clases de educación sexual serán obligatorias desde primer año básico*. Recuperado el 10 de marzo de 2015, de El Mercurio: http://www.icmer.org/noticias_016_ed_sex_ch.htm
- NACIONES UNIDAS. (1979). *Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer*. Recuperado el 28 de octubre de 2016, de Naciones Unidas: <http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/text/sconvention.htm>
- NACIONES UNIDAS. (15 de septiembre de 1995). *Informe Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer*. Recuperado el 27 de octubre de 2016, de Naciones Unidas: <http://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/pdf/Beijing%20full%20report%20S.pdf>
- NACIONES UNIDAS. (2013). *Consenso de Montevideo sobre Población y desarrollo*. Montevideo: Naciones Unidas.
- NACIONES UNIDAS. (s.a). *Definiciones de términos para la base de datos sobre declaraciones y convenciones*. Recuperado el 24 de octubre de 2016, de Naciones Unidas: <http://www.un.org/spanish/documents/instruments/terminology.html>
- OBSERVATORIO GÉNERO Y LIDERAZGO. (28 de marzo de 2008). *Hace 8 años duerme en el Parlamento; Proyecto de Ley Marco sobre Derechos Sexuales y Reproductivos*. Recuperado el 15 de abril de 2015, de Observatorio Género y Liderazgo: http://www.observatoriogeneroyliderazgo.cl/index.php?option=com_content&task=view&id=386
- PALACIOS, P. (2009). *El tratamiento de la violencia de género en la organización de Naciones Unidas*. Santiago-Chile: Universidad de Chile.
- PIZARRO, A. (2008). *Tasas de Mortalidad Materna por aborto en América Latina*. Recuperado el 29 de agosto de 2016, de Aborto: http://www.abortos.com/sudamerica_aborto.htm

- QUIJADA, D. (julio de 2010). *Percepciones que las mujeres tienen de su cuerpo y vivencia sexual*. Recuperado el 24 de septiembre de 2016, de Repositorio Universidad de Chile: http://repositorio.uchile.cl/tesis/uchile/2010/cs-quijada_d/pdfAmont/cs-quijada_d.pdf
- REGUANT, D. (1996). La mujer no existe. En V. SAU, *Reflexiones feministas para principios de siglo* (pág. 20). Madrid: horas y HORAS.
- SÁEZ, P. (4 de noviembre de 2015). Recuperado el 17 de septiembre de 2016, de Red chilena contra la violencia hacia las mujeres: <http://www.nomasviolenciacontramujeres.cl/la-discusion-sobre-el-aborto-en-chile-y-el-derecho-a-decidir-2/>
- SAU, V. (2000). *Reflexiones feministas para principios de siglo*. Madrid: horas y HORAS.
- SEAGER, J. (2001). *Atlas del estado de la mujer en el mundo*. Madrid: Akal.
- SERVICIO NACIONAL DE LA MUJER. (diciembre de 2003). *Chile: situación de la salud y los derechos sexuales y reproductivos*. Recuperado el 20 de abril de 2015, de ICMER: http://www.icmer.org/documentos/salud_y_derechos_sex_y_rep/chile_situac_salud_y_de_r_sex_y_rep.pdf
- SERVICIO NACIONAL DEL ADULTO MAYOR. (2013). *Inclusión y Exclusión social de las personas mayores en Chile*. Santiago: Colección Estudios.
- SERVICIO NACIONAL DEL ADULTO MAYOR. (9 de mayo de 2016). *En la Región del BíoBío se realiza diálogo sobre autonomía, cuidado y sexualidad en el Adulto Mayor*. Recuperado el 25 de julio de 2016, de Servicio Nacional del Adulto Mayor: http://www.senama.cl/n7340_09-05-2016.html
- SERVICIO NACIONAL DEL ADULTO MAYOR. (1 de abril de 2016). *SENAMA Arica y SERNAM realizan conversatorio "Es nuestro derecho hablar de sexualidad"*. Recuperado el 30 de septiembre de 2016, de Servicio Nacional del Adulto Mayor: http://www.senama.cl/n7223_01-04-2016.html
- SUBSECRETARÍA DE PREVENCIÓN DEL DELITO. (2016). *Delitos de Violencia Intrafamiliar – casos policiales. Frecuencia anual 2005-2016*. Recuperado el 30 de octubre de 2016, de Subsecretaría de prevención del delito: <http://www.seguridadpublica.gov.cl/estadisticas/tasa-de-denuncias-y-detenciones/delitos-de-violencia-intrafamiliar-casos-policiales/>
- VALDES, T. (marzo de 1987). *Las mujeres y la dictadura militar en Chile. Material de discusión de Programa FLACSO*. Recuperado el 12 de octubre de 2016, de FLACSO: <http://flacsochile.org/biblioteca/pub/memoria/1987/000321.pdf>
- VARELA, C. (29 de enero de 2012). *Estudio de ONG Activa revela que en Chile se cometen 9 violaciones diarias*. Recuperado el 28 de octubre de 2016, de Emol: <http://www.emol.com/noticias/nacional/2012/01/29/523862/98-violaciones-diarias-se-produjeron-chile-durante-el-ano-2011.html>
- VARELA, N. (2013). *Feminismo para principiantes*. Barcelona: Ediciones B.
- VIDAL, F. (17 de enero de 2011). Educación Sexual y diversidad en los programas educativos de América Latina. *Diálogos Educativos*, 75-104.
- VIÑALS, V. (6 de octubre de 2014). *Violencia Obstétrica: La herida invisible del parto*. Recuperado el 15 de marzo de 2015, de Radio Universidad de Chile: <http://radio.uchile.cl/2014/10/06/violencia-obstetrica-la-herida-invisible-del-parto/>
- WONG, L., ALVAREZ, Y., DOMÍNGUEZ, M., & GONZÁLEZ, A. (2010). La sexualidad en la tercera edad. Factores fisiológicos y sociales. *Revista Médica Electrónica*, 32(3).

LISTA DE ENTREVISTAS REALIZADAS POR LA AUTORA

ANDREA VILLEGAS. Realizada el 29 abril 2016 en Liceo Javiera Carrera, Santiago.

CLAUDIA FUENZALIDA. Realizada el 14 de diciembre de 2015 en Liceo Intercultural Bilingüe Ralco, Alto Bío-Bío.

BEATRIZ DE GREGORIO. Realizada el 24 de mayo 2016 en Edificio Gendarmería de Chile, Santiago.

DEBBIE GUERRA. Realizada el 10 de diciembre de 2015 en Departamento de Antropología de Universidad Austral de Chile, Valdivia.

DÉBORA SOLIS. Realizada el 18 de mayo de 2016, en Sede de la Asociación Chilena de Protección de la Familia, Santiago.

FERNANDA CASTRO. Realizada el 14 de diciembre de 2015 en Liceo Intercultural Bilingüe Ralco, Alto Bío-Bío.

GLORIA QUEUPIL MARIPIL. Realizada el 12 de diciembre de 2015 en Cauñicu, Alto Bío-Bío.

HERMIÑA MARIPIL HUENUPE. Realizada el 12 de diciembre de 2015 en Cauñicu, Alto Bío-Bío.

MARIANA RUBIO RAPI. Realizada el 12 de diciembre de 2015 en Cauñicu, Alto Bío-Bío.

MYRIAM MÁRQUEZ. Realizada el 9 de diciembre de 2015 en el Instituto de Salud Sexual y Reproductiva de la Universidad Austral de Chile, Valdivia.

TERESITA FUENTES. Realizada el 14 de diciembre 2015 en CESFAM de Ralco, Alto Bío-Bío.