



Chile

Panorama de sexualidad y derechos humanos

REALIZACIÓN

CENTRO LATINOAMERICANO
DE SEXUALIDAD Y DERECHOS HUMANOS
Instituto de Medicina Social
Universidad del Estado de Rio de Janeiro

COORDINACIÓN GENERAL

Sergio Luis Carrara
Maria Luiza Heilborn

CONSEJO ASESOR

Albertina Costa, FCC, Brasil
Ana Cristina González, Colombia - Uruguay
Carlos Cáceres, UPCH, Perú
Ivonne Szasz, Colegio de México, México

COORDINACIÓN PARA BRASIL

Jane Russo

COORDINACIÓN PARA LA REGIÓN ANDINA Y EL CONO SUR

Horacio F. Sívori

ASESORÍA DE LA COORDINACIÓN REGIONAL

María Elvira Díaz Benítez
Mary Lilia Congolino Sinisterra

COORDINACIÓN EDITORIAL

Jane Russo
Anna Paula Uziel

ASESORIA DE LA COORDINACIÓN EDITORIAL

Isabel Miranda



Chile

Panorama de sexualidad y derechos humanos

Claudia Dides C.
(Coordinadora)

Arturo Márquez G.

Alejandro Guajardo A.

Lidia Casas B.

Copyright © Centro Latino Americano
de Sexualidad y Derechos Humanos – IMS/UERJ

Proyecto gráfico e interior
Anna Amendola

Revisión
María Elvira Díaz Benítez, Andrea Lacombe, Mary Lilia Congolino Sinisterra

Versión de la presentación en español
Andrea Lacombe

Coordinación de esta publicación
Horacio F. Sívori

CLAM (Centro Latinoamericano de Sexualidad y Derechos Humanos)
Rua São Francisco Xavier, 524/7º and. Bl. D
20550-013 Maracanã
Rio de Janeiro – Brasil
Tel./Fax: (55-21) 2568-0599
E-mail: centro@ims.uerj.br
Web site: <http://www.derechos-sexuales.org>

306.7

P195

Claudia Dides

Panorama de sexualidad y derechos humanos: Chile /
Claudia Dides C; Arturo Márquez G.; Alejandro
Gujardo A.; Lidia Casas B.
Santiago de Chile, Rio de Janeiro, Brasil: CLAM, 2007.
332 p.;
ISBN 978-956-7236-19-0

1. Sexualidad. 2. Derechos sexuales. 3. Ciencias
Sociales. I. Título II. Serie.

Apoyo:



FORD FOUNDATION

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a todas aquellas personas, instituciones y organizaciones que han colaborado a lo largo de la investigación. En particular al Centro Latinoamericano de Sexualidad y Derechos Humanos-CLAM en especial a Sergio Carrara, Adriana Vianna, Horacio Sívori, María Luisa Heilborn. A los investigadores de los equipos nacionales de Argentina, Mario Pechenny y Mónica Petracci, de Colombia a Mauro Brigeiro y José Fernando Serrano, de Perú a Patricia Victoria Martínez Álvarez y María Jennie Dador, de México a Ana Amuchástegui y Pedro Morales por sus aportes y sugerencias a la investigación.

Nuestro reconocimiento a Katerin Barrales como investigadora asistente en una primera etapa del proyecto. Agradecemos también a Marcela Contreras por su trabajo como secretaria.

ACERCA DE LOS AUTORES

Claudia Dides

Magíster en Género y Cultura Universidad de Chile. Socióloga Universidad Arcis. Profesora Investigadora y Directora, Programa de Género y Equidad, FLACSO-Chile. Docente, Facultad de Ciencias Médicas y Salud Pública, Universidad de Santiago.

Ha sido investigadora y Coordinadora de proyectos en la Corporación de Salud y Políticas Sociales (2000-2003); Investigadora Asociada Instituto chileno de Medicina Reproductiva (2002-2003); Docente Programa de Bioética Facultad de Ciencias Médicas Universidad de Santiago de Chile (1996-2000); Subdirectora Centro de Investigaciones en Bioética y Salud Pública, Universidad de Santiago

(1996-2000); *Analista Departamento de estudios. Dirección de Desarrollo Estratégico, Universidad de Santiago (1991-1996).*

Ha escrito una serie de artículos y libros sobre sexualidad, género, salud sexual y reproductiva y bioética, desde 1996 a la fecha. También ha dictado conferencias y ponencias tanto en Chile como en el extranjero.

Arturo Márquez Gómez

Psicólogo, Universidad de Chile. Maestría en Middlebury College en Vermont, y actualmente reside y cursa sus estudios de doctorado en Estudios Hispánicos en Brown University, EEUU. Se desempeñó como investigador y coordinador de la Red de Masculinidades en la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales sede Chile por más de cuatro años. Además de ser parte del Área de Estudios de Género de dicha institución, coeditó el libro "Varones: entre lo público y la intimidad" correspondiente al IV Encuentro de Estudios de Masculinidades. También es coautor de distintos documentos como "Mujeres y VIH/SIDA" para el Servicio Nacional de la Mujer, Chile y de "Puertas Adentro" para la Comisión Nacional del SIDA.

Alejandro Guajardo Arriagada

Sociólogo, Universidad de Artes y Ciencias Sociales – ARCIS. Postítulo en Género y Sexualidades, en la Universidad Academia de Humanismo Cristiano – UAHC en Chile.

Actualmente, estudia el Master y Doctorado en Psicología Social en la Universidad Autónoma de Barcelona –UAB. Investigador con vasta experiencia en temas de Sexualidad y Salud Sexual y Reproductiva. Además, ha participado en diversas investigaciones relativas a Homosexualidad, Género, Prevención del VIH y SIDA y otras Enfermedades de Transmisión Sexual. Ha realizado docencia a estudiantes de distintas disciplinas como Trabajo Social, Psicología, Sociología, entre otras.

Lidia Casas Becerra

Abogada, Universidad Diego Portales de Santiago, Chile; B.A. en desarrollo urbano y regional de la Universidad de Saskatchewan, Canadá; y Maestría en Derecho (LLM) de la Universidad de Toronto, Canadá.

Profesora de la Facultad de Derecho e investigadora del Centro de Investigaciones Jurídicas de la Universidad Diego Portales desde

1999. Ha desarrollado investigaciones sobre violencia sexual y de género, aborto y derechos sexuales y reproductivos. Desde 1994, ha trabajado como asistente y luego como consultora en distintos estudios sobre reformas al sistema de justicia. Ha publicado diversos estudios de legislación y jurisprudencia sobre derechos sexuales y reproductivos y violencia. Recibió en septiembre de 2001 la Medalla de Honor por Destacada Contribución Individual a la Planificación Familiar de la Federación Internacional de Planificación de la Familia, Región Hemisferio Occidental.

PRESENTACIÓN

La presente publicación tiene un especial significado en la trayectoria del Centro Latinoamericano de Sexualidad y Derechos Humanos (CLAM). Creado en el año 2002, el Centro tiene como propósito participar como uno de los interlocutores en el debate sobre derechos y políticas sexuales en América Latina. Para tal fin, definimos que una de las tareas importantes para posicionarnos en ese campo político y científico de múltiples actores sería la producción de un amplio diagnóstico o panorama del escenario de la sexualidad en el continente, en lo que respecta a la dimensión de su regulación y a las luchas y cambios en curso. Partimos del presupuesto de que si bien existían trabajos importantes sobre temas específicos –como aborto, violencia contra la mujer, homosexualidad, trabajo sexual, etc.– eran pocas las iniciativas que ofrecían una visión de conjunto más articulada. Decidimos entonces, como primer paso, apoyar y coordinar una serie de investigaciones de cuño sociológico, realizadas en los diferentes países en que el Centro actúa más directamente (Argentina, Brasil, Chile, Colombia, y Perú). La primera de esas investigaciones, cuyos resultados ya fueron divulgados, abordó el contexto brasileño.¹ Ahora son publicados los resultados referentes a Chile y a la Argentina,² y aún están en proceso los análisis sobre Colombia y Perú.

¹ Vianna, A. e Lacerda, P., *Direitos e políticas sexuais no Brasil: O panorama atual*. Rio de Janeiro: CEPESC, 2004.

² Petracci, M. e Pecheny, M., *Argentina: Derechos humanos y sexualidad*. Buenos Aires: CLAM y CEDES, 2007.

Los conceptos de “política sexual” y “derechos sexuales” merecieron una definición estratégica que determinó en buena medida los rumbos y el alcance de la investigación en cada uno de los contextos nacionales considerados. Dichas definiciones posibilitaron un protocolo común de cuestiones y problemas a ser investigados, que permitiera la comparación futura de los datos sistematizados. En ese sentido la pauta para los investigadores fue centrar la atención en las formas de regulación de la sexualidad promovidas en el ámbito de políticas públicas, de la legislación y de la jurisprudencia. A pesar de ser conscientes de que ese recorte dejaba provisoriamente de lado la actuación y el ideario de diferentes actores y agencias que comúnmente agregamos bajo la designación de “sociedad civil” (movimientos sociales, ONG’s, iglesias, fundaciones, etc.), nuestra opción recayó principalmente sobre la dimensión del Estado. Aún reconociendo el papel (cada vez más) fundamental de diferentes segmentos de la sociedad civil en la configuración de las políticas sexuales y en la conquista de nuevos derechos, parecía temerario comenzar la confección de los diferentes diagnósticos a partir de espacios sociales que, por definición, son más fluidos, cambiantes y heterogéneos –sobre todo cuando se considera la omnipresente diversidad histórica y cultural de las naciones/sociedades examinadas.

Otra decisión operativa relevante fue la de agregar bajo la rúbrica “política y derechos sexuales” no sólo el análisis de las formas de intervención sobre prácticas sexuales concretas, o sea, aquellas leyes, decisiones judiciales o programas de gobierno que buscan establecer, como diría Gayle Rubin,³ las fronteras entre el “buen” sexo y el sexo “malo”, entre prácticas sexuales promovidas y aceptadas y las que son condenadas o simplemente toleradas. Fueron consideradas igualmente importantes las informaciones sobre los procesos de reconocimiento político y jurídico de las identidades sociales que se forjan desde la sexualidad o en el ámbito de las relaciones sexo/género. Así, por ejemplo, el derecho a la cirugía para cambio de sexo y el derecho a la redesignación de género en documentos personales, en los contextos en que fueran relevantes, pudieron ser considerados parte integrante de las “políticas sexuales”. Más allá de esto, consi-

³ RUBIN, Gayle (1992) [1984]. “Thinking sex: notes for a radical theory of the politics of sexuality”. IN ABELOVE; BARALE & ALPERIN. The lesbian and gay studies reader. Londres: Routledge.

deramos también las acciones gubernamentales, leyes y decisiones judiciales relativas a la reproducción (generalmente agrupadas bajo el rólulo de “derechos reproductivos”) o al tratamiento y prevención de las enfermedades sexualmente transmisibles y sida, como intrínsecas a las políticas y a los derechos sexuales.

Al igual que los otros diagnósticos divulgados hasta el momento, la presente publicación espeja de un modo más o menos estricto las decisiones del protocolo común de ese proyecto comparativo, por más que aquí y allá se hicieran adaptaciones y reconfiguraciones necesarias en función de los contextos nacionales. Esperamos que este libro contribuya para revelar lo que hay de específico y singular en el contexto nacional analizado, como así también aquello que lo une a los otros contextos nacionales en una misma experiencia latinoamericana.

Para el CLAM, la realización de los diferentes diagnósticos sobre políticas y derechos sexuales ha sido crucial no sólo para organizar panoramas comparables, sino también para consolidar redes de investigadores dispuestos a trabajar y reflexionar juntos. Ha sido sobre todo a través de estas redes que el proyecto del Centro se viene implementando paulatinamente en diferentes países. Finalmente nos gustaría registrar que, desde su formulación inicial, el proyecto del cual forma parte el presente diagnóstico contó con el apoyo intelectual, institucional y afectivo de muchos profesionales que, en diferentes momentos y de diversas formas, han contribuido al trabajo del CLAM. Nos gustaría agradecer aquí a todos y, muy especialmente, a Teresa Valdés y a Silvina Ramos, cuyas participaciones fueron fundamentales para el refinamiento de la propuesta original, y a Adriana Vianna, quien asesoró todas las etapas del desarrollo de esta investigación colectiva.

*Sergio Carrara,
Maria Luiza Heilborn
y Horacio Sívori*

PRESENTACIÓN

La publicación de este trabajo viene a llenar un vacío importante en el marco de la lucha por la ampliación de los derechos sexuales y reproductivos y por la equidad de género.

En la III Conferencia Mundial sobre la Población y el Desarrollo (El Cairo 1994) los gobiernos aprobaron un Programa de Acción en ese sentido, el que fue ratificado en la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing 1995) dando origen a una agenda de trabajo para los Estados parte de Naciones Unidas. En Chile, si bien desde entonces se puede apreciar importantes avances, tanto en materia de legislación, como de políticas públicas, resta mucho por hacer.

El mérito de este libro es precisamente poner al día la situación de los derechos en el ámbito de la sexualidad y sus consecuencias en el país y hacer visibles los desafíos pendientes, en un escenario altamente complejo, que revela hasta qué punto el cuerpo y la sexualidad son un terreno de disputa ideológica y política. En ese sentido, esta publicación será un instrumento útil para todos quienes están involucrados, desde la sociedad civil y también en el Estado, con la lucha por la equidad.

Este estudio se originó en un trabajo similar desarrollado en 2003 por el Centro Latinoamericano de Sexualidad y Derechos Humanos (CLAM) en Brasil.¹ Apreciando su notable valor, el Comité director de

¹ Vianna, Adriana y Paula Lacerda (2004) Direitos e políticas sexuais no Brasil - o panorama atual, Rio de Janeiro: CLAM.

CLAM acordó replicar esa iniciativa en los demás países participantes del CLAM: Argentina, Chile, Perú y Colombia.

Como responsable de las actividades de CLAM en Chile y coordinadora del Área de Estudios de Género de FLACSO a esa fecha, invité a Claudia Dides, Arturo Márquez y Katerin Barrales, investigadores del Área, a conformar un equipo para llevar adelante la tarea, recogiendo la experiencia acumulada en más de 20 años de trabajo en género y sexualidad, y más recientemente con adolescentes, prevención de VIH/SIDA, masculinidades y diversidad sexual. Organizado el trabajo solicitamos el aporte de Lidia Casas, abogada experta y comprometida con los derechos humanos de las mujeres a sumarse a esta tarea, a la que finalmente se unió Alejandro Guajardo, colaborador del Área en otros proyectos.

Es una gran satisfacción entregar al más amplio público el resultado obtenido, en la certeza del rol profundamente político del trabajo académico realizado con compromiso y rigurosidad.

*Teresa Valdés Echenique
Coordinadora
Área de Estudios de Género
1993-2006
FLACSO-Chile*

ÍNDICE

PRESENTACIÓN CLAM	_9
PRESENTACIÓN TERESA VALDÉS	_13
INTRODUCCIÓN	_21
PARTE I:	_29
EL CHILE ACTUAL	
1. TRANSFORMACIONES EN EL ÁMBITO ECONÓMICO, SOCIOCULTURAL Y POLÍTICO	_31
2. PRINCIPALES DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS	_37
3. LAS CIFRAS MACROECONÓMICAS	_41
4. CONFORMACIÓN DEL ESTADO CHILENO: ESTRUCTURA POLÍTICA Y ADMINISTRATIVA	_43
PARTE II:	_49
LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS EN CHILE: SITUACIÓN ACTUAL, LEGISLACIÓN, JURISPRUDENCIA Y POLÍTICAS PÚBLICAS	
1. DIVERSIDAD SEXUAL	_51
1.1. ESTADO DE LA SITUACIÓN	_52
1.2. LEGISLACIÓN, NORMAS Y REGLAMENTOS	_72

1.3. JURISPRUDENCIA	_78
1.4. POLÍTICAS PÚBLICAS	_80
ANEXO 1: ORGANIZACIONES QUE TRABAJAN CON GAYS, LESBIANAS Y TRANSGÉNEROS EN CHILE	_82
2. COMERCIO SEXUAL	_87
2.1. ESTADO DE LA SITUACIÓN	_88
2.2. LEGISLACIÓN, NORMAS Y REGLAMENTOS	_96
2.3. JURISPRUDENCIA	_104
2.4. POLÍTICAS PÚBLICAS	_104
3. EXPLOTACIÓN SEXUAL Y COMERCIO INFANTIL	_115
3.1. ESTADO DE LA SITUACIÓN	_115
3.2. LEGISLACIÓN, NORMAS Y REGLAMENTOS	_118
3.3. JURISPRUDENCIA	_125
3.4. POLÍTICAS PÚBLICAS	_127
4. VIOLENCIA DE GÉNERO	_131
4.1. VIOLENCIA INTRAFAMILIAR	_133
4.1.1. ESTADO DE LA SITUACIÓN	_133
4.1.2. LEGISLACIÓN, NORMAS Y REGLAMENTOS	_140
4.1.3. JURISPRUDENCIA	_143
4.1.4. POLÍTICAS PÚBLICAS	_150
4.2. VIOLENCIA SEXUAL	_155
4.2.1. ESTADO DE LA SITUACIÓN	_156
4.2.2. LEGISLACIÓN, NORMAS Y REGLAMENTOS	_163
4.2.3. JURISPRUDENCIA	_165
4.2.4. POLÍTICAS PÚBLICAS	_170
4.3. ACOSO SEXUAL	_171

4.3.1. ESTADO DE LA SITUACIÓN	_172
4.3.2. LEGISLACIÓN, NORMAS Y REGLAMENTOS	_173
4.3.3. JURISPRUDENCIA	_174
4.3.4. POLÍTICAS PÚBLICAS	_176
4.4. FEMICIDIO	_177
4.4.1. ESTADO DE LA SITUACIÓN	_178
4.5. OTRAS MANIFESTACIONES DE VIOLENCIA DE GÉNERO: EL CASO DE LAS MUJERES INMIGRANTES	_181
5. UNIONES Y PARENTALIDAD	_183
5. 1. MATRIMONIO CIVIL	_183
5.1.1. SITUACIÓN ACTUAL	_183
5.1.2. LEGISLACIÓN, NORMAS Y REGLAMENTOS	_184
5.1.3. DIVORCIO	_188
5.1.3.1 SITUACIÓN ACTUAL	_188
5.1.3.2. JURISPRUDENCIA	_191
5.1.3.3 POLÍTICAS PÚBLICAS	_193
5.2. FILIACIÓN Y ADOPCIÓN	_196
5.2.1 SITUACIÓN ACTUAL	_196
5.2.2. LEGISLACIÓN, NORMAS Y REGLAMENTOS	_197
5.2.3. JURISPRUDENCIA	_201
5.2.4. POLÍTICAS PÚBLICAS	_206
5.3. PROYECTO UNIÓN CIVIL HOMOSEXUAL EN CHILE	_208
6. VIH/SIDA Y ETS	_211
6.1. VIH/SIDA	_211
6.1.1. SITUACIÓN ACTUAL	_212
6.1.2. LEGISLACIÓN, NORMAS Y REGLAMENTOS	_220
6.1.3. JURISPRUDENCIA	_221
6.1.4. POLÍTICAS PÚBLICAS	_228

6.2. ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL	_237
6.2.1. ESTADO DE LA SITUACIÓN	_238
6.2.2. LEGISLACIÓN, NORMAS Y REGLAMENTOS	_242
6.2.3. JURISPRUDENCIA	_242
6.2.4. POLÍTICAS PÚBLICAS	_243
7. SEXUALIDAD DE LOS/AS ADOLESCENTES	_245
7.1. ESTADO DE LA SITUACIÓN	_246
7.2. LEGISLACIÓN, NORMAS Y REGLAMENTOS	_253
7.3. POLÍTICAS PÚBLICAS	_272
ANEXO 2: DOCUMENTOS RELATIVOS A LOS DERECHOS DEL NIÑO	_287
8. ABORTO	_293
8.1. ESTADO DE LA SITUACIÓN	_293
8.2. LEGISLACIÓN, NORMAS Y REGLAMENTOS	_296
8.4. POLÍTICAS PÚBLICAS	_303
9. REGULACIÓN DE LA FERTILIDAD: MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS, ESTERILIZACIÓN VOLUNTARIA, ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA	_305
9.1. ESTADO DE LA SITUACIÓN	_305
9.2. LEGISLACIÓN, NORMAS Y REGLAMENTOS	_307
9.3. JURISPRUDENCIA	_313
9.4. POLÍTICAS PÚBLICAS	_325
10. CRONOLOGÍA: CONVENCIONES, LEYES, NORMAS Y REGULACIONES:	_331
ANEXO - SÍNTESIS: PROYECTO LEY MARCO SOBRE DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS SANTIAGO, CHILE 2000	_353
11. BIBLIOGRAFÍA	_359

ABREVIATURAS

APROFA: Asociación Chilena de
Protección a la Familia

AUGE: Acceso Universal con Garantías
Explicitas (salud)

CASEN: Encuesta de Caracterización
Socioeconómica Nacional de MIDEPLAN

CETS: Centros de Enfermedades de
Transmisión sexual

CNF: Comisión Nacional de la Familia

CAVAS: Centro de Atención a Víctimas de
Violencia Sexual

CEDAW: Convención sobre Eliminación de
Todas las Formas de Discriminación contra
la Mujer.

CEM: Centro de Estudios de la Mujer.

CIPD: Conferencia Internacional de
Población y Desarrollo, El Cairo, 1994

CONASIDA: Comisión Nacional del SIDA,
Ministerio de Salud.

CDN: Convención sobre los Derechos del Niño

DC: Democracia Cristiana, Concertación de
Partidos por la Democracia

DRS: Derechos Sexuales y Reproductivos

ETS: Enfermedades de Transmisión Sexual

FONASA: Fondo Nacional de Salud

FOSIS: Fondo de Solidaridad e Inversión
Social

ICMER: Instituto Chileno de Medicina
Reproductiva

IDH: Índice de Desarrollo Humano

INE: Instituto Nacional de Estadística

INJUV: Instituto Nacional de la Juventud

ISAPRES: Instituciones de Salud Previsional

ISP: Instituto de Salud Pública

MIDEPLAN: Ministerio de Planificación y Cooperación

MINSAL: Ministerio de Salud

MINEDUC: Ministerio de Educación

MOVILH: Movimiento de Liberación Homosexual

MUMS: Movimiento Unificado de Minorías Sexuales

OIT: Organización Internacional del Trabajo

ONG: Organización no Gubernamental

OPS: Organización Panamericana de la Salud

OMS: Organización Mundial de la Salud

PNUD: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo

PPD: Partido por la Democracia, Concertación de Partidos por la Democracia

PRAIS: Programa de Reparación y Atención Integral en Salud

PS: Partido Socialista, Concertación de Partidos por la Democracia

PVP: Población Vulnerable Prioritarias

PVE: Población Vulnerable Emergente

PVVIH: Personas Viviendo con VIH/SIDA

RN: Renovación Nacional, Alianza por Chile

SEGEGOB: Secretaría General de Gobierno

SERNAM: Servicio Nacional de la Mujer

SENAME: Servicio Nacional de Menores

SIMCE: Sistema de Medición de la Calidad de la Educación

SML: Servicio Médico Legal, dependiente del Ministerio de Justicia

TSM: Trabajo Sexual Masculino

UDI: Unión Demócrata Independiente, Alianza por Chile

VIF: Violencia Intrafamiliar

INTRODUCCIÓN

El Panorama de Sexualidad y Derechos Humanos en América Latina: Chile es parte de un conjunto de estudios realizados gracias al apoyo del Centro Latinoamericano de Sexualidad y Derechos Humanos-CLAM cuyo propósito es establecer comparaciones con la situación en otros países de la región. Esto representa una oportunidad adicional para el desarrollo de nuevas propuestas en el ámbito de la legislación y las políticas públicas en torno a la sexualidad y los derechos humanos. La presente investigación es el resultado de un trabajo acucioso desarrollado durante los años 2005 y 2006 a cargo del Área de Estudios de Género de FLACSO-Chile. Su objetivo fue la revisión de temáticas relevantes sobre sexualidad y reproducción, que permitan establecer la situación de los derechos sexuales desde una perspectiva de derechos humanos y con una mirada que integre los cambios que se han producido tanto a nivel de legislación, de normativas y reglamentos, como de políticas públicas.

Disponer de un estudio de esta naturaleza constituye un insumo básico para diferentes actores en diversos niveles; autoridades de gobiernos, parlamentarios, ONGs y organizaciones, así como instituciones académicas y organismos internacionales que podrán desarrollar sus actividades en pro de la sexualidad y los derechos humanos con mayor argumentación.

Este trabajo considera los derechos sexuales y reproductivos como derechos y libertades fundamentales que corresponden a todas las personas, sin discriminación, y que permiten adoptar libremente, sin ningún tipo de coacción o violencia, una amplia gama de decisiones sobre sexualidad y reproducción. Esto implica contar con información y acceso a los servicios y medios que se requieren para ejercer estas decisiones. Estos derechos son parte integrante de los

derechos humanos, los que se entienden como universales, indivisibles y dinámicos constituyendo una potencial herramienta para promover la justicia social y la dignidad de las personas. Los Derechos Humanos responden al desarrollo de las sociedades contemporáneas, al reconocimiento que los Estados tienen de los derechos fundamentales de las personas y a la comunidad internacional que tiene la responsabilidad de asentar una cultura de respeto y promoción de ellos (Proyecto Ley Marco sobre Derechos Sexuales y Reproductivos, Santiago, 2000).

Fue en la Conferencia sobre Derechos Humanos realizada en Teherán (1968) la primera vez que se hizo referencia a los derechos reproductivos; donde se estableció que constituye un derecho de las parejas decidir el número de hijos y su espaciamiento. Posteriormente en 1974, en la Conferencia de Población de Bucarest, se avanzó aún más reconociéndose el rol del Estado en asegurar esos derechos, incluyendo la información y acceso a los métodos de regulación de la fecundidad.

A la Declaración de los Derechos Humanos de 1948 se han sumado los derechos civiles y políticos, económicos, sociales y culturales hasta alcanzar el lugar del cuerpo, el placer y la intimidad por medio de los derechos sexuales y reproductivos. Estos avances dan cuenta de la modernidad, entendida ésta como un proceso de individuación y de subjetivación, en el que las personas construyen sus identidades en un mundo complejo que ofrece múltiples opciones, generando mayor libertad y, por tanto, una diversidad de cursos de acción. Pero, al mismo tiempo, genera una creciente incertidumbre cuando se trata de construir no sólo una identidad sino de alcanzar la realización personal. En términos históricos, el hecho determinante de este proceso es la separación de sexualidad y reproducción, cuando se puede vivir una sexualidad sin necesariamente reproducirse. Ello se da a partir del desarrollo y masificación del uso de los anticonceptivos modernos. Cabe señalar que en Chile ya en el año 1935 existía el deseo por parte de las mujeres de regular la fertilidad, un ejemplo de ello lo demuestran las reivindicaciones del Movimiento por Emancipación de la Mujer Chilena, MEMCH (Valdés, 2002).

La Declaración de la Primera Conferencia Mundial sobre la Mujer realizada en México (1975) reconoció el derecho a la integridad física y a decidir sobre el propio cuerpo, el derecho a las diferentes opciones sexuales y los derechos reproductivos, incluyendo la maternidad opcional. Por su parte, la Convención de Naciones Unidas sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (1979) incluyó el derecho a la igualdad de mujeres y hombres en las decisiones reproductivas y a la responsabilidad compartida que implican los hijos.

Un avance fundamental en este plano, fue la Conferencia de El Cairo sobre Población y Desarrollo (1994) que avanzó en la definición de los derechos reproductivos, ceñidos al concepto de salud reproductiva, entendido como un “estado de absoluto bienestar físico, mental y social, no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo, sus funciones y procesos. Se incluye en ella la capacidad de disfrutar tanto una vida sexual satisfactoria como de procrear y se menciona que la “salud reproductiva entraña poder disfrutar una vida sexual satisfactoria y sin riesgo...”. Su vigencia supone, además que las personas tienen el derecho al más alto nivel de salud y al disfrute de los beneficios del progreso científico. Se reconoció también las consecuencias que tiene el ordenamiento cultural de género en las relaciones de poder y en las diferencias de acceso y ejercicio de los derechos de mujeres y hombres a lo largo de su vida, empezando en la niñez. Al mismo tiempo, asumió el impacto de la pobreza en el acceso a recursos y servicios por parte de amplios sectores de la población¹.

La Conferencia Mundial sobre la Mujer de Beijing (1995) ratificó todo lo adoptado en El Cairo. Posteriormente, las Conferencias Regionales sobre la Mujer de América Latina y El Caribe (Consenso de Santiago, 1997, de Lima, 2000 y México 2004 estimaron pertinente “revisar e implementar legislación que garantice el ejercicio responsable de los derechos sexuales y reproductivos y el acceso sin discriminación a los servicios de salud, incluida la salud sexual y reproductiva” (CEPAL/ONU, 2004).

LOS COMPROMISOS DEL ESTADO CHILENO

En 1994, en la Conferencia de El Cairo, el Estado de Chile –así como los otros Estados que suscribieron el Programa de Acción- se comprometió a adoptar diversas medidas para mejorar la condición de las mujeres, garantizar la igualdad de derechos entre hombres y mujeres, así como asegurar

¹ Esta Conferencia subrayó los vínculos entre el desarrollo y la posibilidad de todas las personas de ejercer sus derechos reproductivos, incluyendo el derecho de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número y espaciamiento de los hijos y a disponer de la información y los medios para ello; el derecho a alcanzar el nivel más alto de salud sexual y reproductiva; y el derecho a adoptar decisiones sin sufrir discriminación, coacciones ni violencia. Centró su atención en que los Estados garanticen la satisfacción de las necesidades individuales de mujeres y hombres, a través del respeto a los derechos individuales y el acceso universal a servicios de salud de calidad, proporcionando un marco para mantener y mejorar la salud y el bienestar propios, de las familias y la comunidad.

la participación de las mujeres en todos los aspectos de la vida nacional, inclusive instancias de decisión². También suscribió y ratificó la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer en 1998³. Sin embargo, ello no ha significado una total adecuación de la legislación nacional a este marco jurídico internacional.

El Estado chileno también aprobó la Convención para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW) en 1989⁴, la cual asegura a mujeres y hombres “los mismos derechos a decidir libre y responsablemente el número de hijos e intervalo entre los nacimientos y a tener acceso a la información, la educación y los medios que les permitan ejercer estos derechos”⁵.

De la misma manera y siempre en el plano de los acuerdos internacionales, la Convención sobre Derechos del Niño adoptada por la Asamblea General de Naciones Unidas el 20 de noviembre de 1989, fue ratificada por Chile el 13 de agosto de 1990 y se encuentra vigente a partir de su publicación en el Diario Oficial el 27 de septiembre de 1990.

Los Derechos Sexuales y Reproductivos (DDSSRR) contenidos en la CEDAW y otros instrumentos internacionales, han sido incorporados al ordenamiento jurídico interno de acuerdo a lo previsto en la Constitución Política del Estado (artículo 5°) en Chile. No obstante, no existe ninguna norma constitucional o legal que reconozca el derecho de mujeres y hombres a tomar decisiones libres e informadas en materia de sexualidad y reproducción. Además de las acciones de tutela del Derecho Interno (por ejemplo, la acción de protección), existen otros mecanismos de protección establecidos en los distintos tratados, que van desde la presentación de informes periódicos de los Estados a los organismos encargados de la implementación del mismo, hasta la tramitación de quejas individuales en situaciones específicas de violaciones, como es el sistema bajo la Convención Americana de Derechos Humanos y el Pacto de Derechos Civiles y Políticos⁶.

² Foro Red de Derechos Sexuales y Reproductivos; Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe.

³ Vigente desde su publicación en el Diario Oficial el 11 de noviembre de 1998.

⁴ Vigente desde su publicación en el Diario Oficial el 9 de diciembre de 1989.

⁵ CEDAW, artículo 16 letra e.

⁶ Convención Americana sobre Derechos Humanos suscrita en la Conferencia Especializada Interamericana sobre Derechos Humanos, San José, Costa Rica, 7 al 22 de noviembre de 1969. Convención Americana sobre Derechos Humanos (Pacto de San José). En esta última situación, la aplicación de normas sobre el procesamiento de quejas individuales exige que se agoten todas las instancias internas, es decir, que se hagan valer todos los recursos jurídicos y jurisdiccionales para proteger los derechos fundamentales. Si respecto de un caso determinado no se satisface la finalidad de tutela se podrá recurrir a la Comisión Interamericana de Derechos Humanos la cual podrá, a su vez, remitir el caso ante la Corte Interamericana de Derechos Humanos. El objetivo del procedimiento de queja es la reparación de los afectados por las violaciones de sus derechos.

Los organismos del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos y la Convención de la Mujer reciben de parte del Estado de Chile informes periódicos sobre el cumplimiento de los derechos y obligaciones suscritas. A la sociedad civil le compete realizar evaluaciones sobre el estado de cumplimiento de dichas obligaciones y compromisos internacionales a través de informes alternativos, también denominados “Informes Sombra”.

Los derechos sexuales y reproductivos dan cuenta del proceso histórico de ampliación de la ciudadanía, expresión de luchas sociales y su constante proceso de construcción, cuyo derecho básico es “el derecho a tener derechos”. Estos derechos más allá de ser considerados de tercera o cuarta generación, manifiestan un nuevo aporte para comprender la ciudadanía y la democracia, dado que requieren de la capacidad para asumir las diferencias como parte de la vida social. La democracia representativa se manifiesta como un gran progreso respecto de formas políticas anteriores y como una respuesta a los dramas y las tragedias que se desprenden de una cosmovisión “nacional” en la que sólo es posible establecer una única identidad. Es en el nombre de esta identidad monolítica que apela a la tradición que se combaten la diversidad sexual, se reafirman y enclaustran los roles y estereotipos, alimentado la discriminación, la exclusión y el racismo (Dides, 2003).

Estos derechos buscan refundar la relación entre lo público y lo privado, ya que se trata de un cambio de paradigma en el campo de la vida sexual y reproductiva. En el contexto de las sociedades latinoamericanas, en particular la de Chile, existe un peso político de la jerarquía de la Iglesia Católica, que ha llegado a convertirse en un referente obligatorio en los temas de reproducción y sexualidad. Esto se manifiesta en la existencia de una permanente tensión entre la construcción de una sociedad democrática y plural que acepte la diferencia y la tentativa permanente de establecer culturas hegemónicas –valga recordar las polémicas acerca de la anticoncepción de emergencia, el aborto y la educación en sexualidad en los últimos años (Dides, op. cit.).

La actividad del aparato gubernamental es clave para la consecución y respeto de estos derechos. Ello no debe confundirse desde ningún punto de vista con el hecho de que todo el accionar esté destinado a un Estado proveedor o al estatismo de la satisfacción de las demandas. El rol del Estado es el de crear las condiciones que posibiliten la satisfacción, garantía y ejercicio de tales derechos directamente a través de sus agentes o de terceros, asegurando que sus acciones no violenten derechos básicos, en un marco de respeto a la dignidad humana y estableciendo las condiciones para evitar que terceros los vulneren.

En cualquier caso, el Estado debe garantizar que frente a una violación de derechos por parte de un agente del Estado o un tercero, ésta sea investigada, se sancione a los responsables y se repare a las personas afectadas.

En este contexto, es central recordar que en el año 2000 se presentó en Chile un Proyecto de Ley Marco sobre Derechos Sexuales y Reproductivos (Casas, et. al. 2000) el cual aún no ha sido discutido. El propósito central de éste es promocionar e instaurar la participación efectiva de la sociedad civil en la resolución de temas directamente relacionados con la vida cotidiana y con las necesidades de las personas en el ámbito de la salud sexual y reproductiva. Es así como con el apoyo del grupo de parlamentarias⁷, ingresó a la Comisión de Salud de la Cámara de Diputados⁸. Asimismo, cabe destacar que esta iniciativa ha permitido el involucramiento de la sociedad civil en una materia legislativa relevante para mujeres y hombres⁹. Esta propuesta de ley se lleva a cabo en el contexto de una necesidad de confeccionar y re-elaborar estrategias, dado que los derechos sexuales y reproductivos son expresión de un conflicto en que confluyen determinaciones imaginarias y culturales, resistencias políticas y sociales. Una vez que el proyecto de ley ingresó a la Cámara de Diputados, se constituyó el *Grupo Ampliado de seguimiento* a este proyecto compuesto por organizaciones que trabajan en torno a la difusión y promoción¹⁰.

⁷ Los parlamentarios que han jugado un papel relevante respecto de la propuesta Ley Marco sobre Derechos Sexuales y Reproductivos son: Diputada Fanny Pollarolo, Diputada María Antonieta Saa y el Senador Carlos Ominami.

⁸ Boletín "3702-07": Se presentó en 2004 ante la Comisión Constitución, Legislación y Justicia de la Cámara de Diputados una Reforma la Constitución Política de la República con el objeto de establecer una nueva garantía constitucional en materia de derechos sexuales y reproductivos (RC). Diputados Patrocinantes: Guido Girardi L., Jaime Quintana L., Enrique Accorsi O.

⁹ Las siguientes instituciones apoyan la presentación del proyecto de Ley Marco: Foro Red de Salud de Derechos Sexuales y Reproductivos-Chile. Foro Región Metropolitana: APROFA; CADOC- Centro de Apoyo y Desarrollo de Organización Comunitaria; CIBISAP; Colectivo Con-spirando; Comisión Chilena de Prevención del Sida; Comité de Servicio Chileno; CORSAPS; Corporación de Desarrollo de la Mujer, La Morada; EDUK; DOMOS; ICMER; MEMCH; Programa de Bioética, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de Santiago; SOL; Laura Anguita Garretón, Dora Canales, Jan Hopman, Margarita Ibarra San Martín, Gabriela Pischedda, Foro I Región: Centro de Encuentro de la Mujer. CEDEMU; Foro V Región: Casa de La Mujer de Valparaíso; Católicas por el Derechos a Decidir; CIDPA. Centro de Investigación y Desarrollo Poblacional Achupallas; Colectivo Caleidas; COTRA- Adolescentes y Medio Ambiente; Las Sembradoras; MEMCH 83; Unión Comunal de Centros de Madres de Viña del Mar; RUCAR – Participación Ciudadana; Foro VII Región: Casa de la Mujer Yela; Casa de la Mujer Sol y Esperanza; Foro VIII Región: Pachamama; Casa de Los Colores; Foro X Región: Corporación El Medán; Red de Mujeres Valdivia; CEDEM; Centro de Estudios de la Mujer. CEM; FEMPRESS. Red de Comunicación Alternativa de la Mujer para América Latina; FLACSO; Fundación IDEAS; Instituto de la Mujer; ISIS Internacional; Corporación de Desarrollo de La Mujer, La Morada; MEMCH; PROSAM. Programa de Acción con Mujeres; Centro de Alumnos. Escuela de Obstetricia. Universidad de Santiago; Federación de Estudiantes USACH; Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y El Caribe. RSMCLC; Viviana Gysling, Paola Salvo, Rosa Soto.

¹⁰ El Grupo Ampliado está compuesto por APROFA, la Casa de la Mujer La Quimera, CEM, CEMERA, CIPRESS, CORASPS, el Foro-Red de Derechos Sexuales y Reproductivos, GES, ICMER, Instituto de la Mujer, MUMS, Escuela de Obstetricia Facultad de Ciencias Médicas USACH, VIVO POSITIVO, Colectivo Alquimia

En síntesis, este proyecto de Ley Marco refuerza el derecho de las personas a tener una vida digna y la libertad para tomar toda clase de decisiones en su vida privada y no busca la intromisión de terceros en su vida sexual, afectiva y familiar. Regula jurídicamente aspectos de la vida de las personas que habitualmente no están incluidas en leyes y normas jurídicas. Se trata de una novedad en la legislación nacional (ver anexo).

Por último, cabe señalar que en el 2004 los diputados Enrique Accorsi Opazo, Guido Girardi Lavín y Jaime Quintana Leal presentaron una reforma a la Constitución Política de la República con el objeto de establecer una nueva garantía constitucional en materia de derechos sexuales reproductivos (7 de octubre del 2004), siendo un proyecto sin urgencia hasta la fecha.

EL ESTUDIO

La metodología utilizada para la recolección de la información incluyó la búsqueda bibliográfica, entrevistas a actores sociales vinculados a las temáticas estudiadas, revisión de leyes, reglamentos y normas en sitios web, principalmente el de la Biblioteca del Congreso Nacional de Chile (<http://www.bcn.cl>), búsqueda de diagnósticos y encuestas de opinión pública según los temas indicados anteriormente. También se realizó una búsqueda de jurisprudencia en los casos que existiera.

El texto que a continuación se presenta está estructurado en dos capítulos. El primero corresponde a un marco general del Chile actual: transformaciones culturales, datos sociodemográficos, cifras macroeconómicas, estructura del aparato político y administrativo y antecedentes generales de la realidad social chilena.

El segundo capítulo da cuenta del panorama de los Derechos Sexuales y Reproductivos en Chile. Para la comprensión de ello se incorporaron distintos apartados temáticos a saber: Diversidad Sexual; Comercio Sexual, Explotación Sexual y Comercio Infantil; Violencia de Género; Violencia Intrafamiliar; Violencia Sexual; Acoso Sexual; Femicidio y Otras manifestaciones de violencia de género: el caso de las mujeres inmigrantes; Sexualidad de los/las adolescentes; Aborto; Regulación de la fertilidad: métodos anticonceptivos, esterilización voluntaria, anticoncepción de emergencia.

Para mantener una coherencia en la lectura, se estandarizó la información en subapartados que dan la entrada a cada una de las problemáticas identificadas en la investigación. Para ello cada apartado contiene: estado de la situación; legislación, normas y regulaciones; jurisprudencia (cuando corresponda); políticas públicas y la bibliografía que sustentan los datos narrados.

Claudia Dides (coordinadora),
Arturo Márquez,
Alejandro Guajardo,
Lidia Casas.

Santiago, diciembre 2006

PARTE I:
EL CHILE ACTUAL:

1. TRANSFORMACIONES EN EL ÁMBITO ECONOMICO, SOCIO-CULTURAL Y POLÍTICO

Chile se encuentra entre el grupo de países con un alto Índice de Desarrollo Humano cuando se consideran los logros referidos a la esperanza de vida, educación e ingresos reales ajustados, sin embargo, aún presenta serios déficit cuando se expresa la satisfacción de las aspiraciones personales. En el Informe de Desarrollo Humano del PNUD (1998), se revelan tanto los avances como algunos problemas que se experimentan en la sociedad chilena; se cita por ejemplo, la existencia de grados más o menos significativos de desconfianza, tanto en las relaciones interpersonales como en las relaciones de los sujetos con los sistemas de salud, previsión, educación y trabajo. Se observa un malestar respecto a los mecanismos de seguridad que ofrece el actual “modelo de modernización”, los que resultan insuficientes o ineficientes y distribuidos de manera desigual. Se percibe asimismo, una sociedad segmentada, segregada socialmente en mundos excluyentes. Las personas se incorporan a este proceso y al mismo tiempo resienten sus efectos negativos. Las familias entran a un consumo mayor que antes, pero viven endeudadas, con el costo psicológico y de deterioro de las relaciones intrafamiliares que ello implica. Entre los tres grandes problemas que se identifican en la población chilena están: perder el empleo, sufrir los efectos de la delincuencia y no acceder oportunamente a la atención en salud (PNUD, 1998, APUD Dides, 2005).

En el informe emitido el año 2002, se confirma lo anterior, se señala que el 54% de la población desconfía ante la economía, el 63% considera que existe abuso de poder por parte de quienes lo poseen y el 51% declara que

los cambios en las relaciones laborales han sido más bien negativos. Se caracteriza a la sociedad chilena como fragmentada, sin identidad, donde se ha impuesto el fenómeno de la individuación, manifestándose en el desinterés en la participación social (PNUD, 1998, APUD Dides, 2005).

En este contexto de transformaciones profundas de la sociedad chilena, de avances y déficit, las mujeres chilenas han aumentado su participación en el ámbito laboral de un 28.06% en 1992 pasaron a un 35.57% el 2002, no obstante, todavía se encuentran bajo la tasa de participación femenina en América Latina, que bordea el 45% (INE, 2003).

El acceso a la educación se ha ampliado. El censo 2002 reportó que un 95.8% de la población de 10 años o más está alfabetizada y se distribuye prácticamente igual en hombres y mujeres.; incrementándose en la población rural femenina de más de 45 años, lo que significa una reducción en la brecha educacional entre las personas que viven en áreas urbanas y rurales (INE, 2003). Existe una aceptación y masificación de los métodos de regulación de la natalidad. La legitimidad de hacer uso de ellos se expresa en los perfiles decrecientes del ritmo de crecimiento demográfico en el país.

Como se plantea en el diagnóstico realizado por ICMER y CORSAPS (Shippacasse, et. al. 2003) en la década de los 90 uno de los debates más intensos, que aún se mantiene vigente, es el que versa sobre la familia, su concepto y las formas de protección. Según el documento *"Familias y Políticas Públicas: Una reflexión necesaria"*, elaborada por una comisión de expertos en el tema, convocada por el SERNAM, desde el Estado, la familia se considera como una institución mediadora de las iniciativas relacionadas con la promoción de la equidad, con la garantía de los derechos humanos básicos y con la integración de los individuos en redes sociales y comunitarias. Según el censo del 2002, el tipo más frecuente de hogar sigue siendo el nuclear (57%) compuesto por padre y/o madre e hijos, siendo similar al censo de 1992 (57.9%). Entre ambos censos, se produjo un aumento de los hogares unipersonales (de 8.3% a 11.6%) mientras las cifras se mantuvieron similares para hogares de tipo extenso, compuesto y sin núcleo. En el 2002, el tamaño medio de los hogares era de 3.6 personas, menor que el del censo de 1992 (3.9 personas). Esta disminución se observa tanto en el área urbana (de 3.9 a 3.6 personas), como en la rural (de 3.9 a 3.5). Según cifras de 1998, el 90% de las personas vivía en familia y muchas de ellas estaban encabezadas por mujeres jefas de hogar. Entre 1992 y 2002, la jefatura femenina de los hogares mostró un aumento de 25.3% a 31.5%. Este aumento es más notorio en el área urbana que en la rural.

A su vez este mismo diagnóstico plantea que la situación del estado civil de las personas ha cambiado en las últimas décadas¹¹. En el último período intercensal (1992-2002) disminuyó el porcentaje de población casada de 50.7% a 46.2% y aumentó el porcentaje de parejas que conviven (5.6% a 8.7%), de parejas separadas (3.4% a 4.7%) y de parejas anuladas (0.3 a 0.4%). Según datos del INE del 2000, un 54% de los hombres y un 50% de las mujeres de 15 años y más estaban casados. En los estados de casados y solteros hay más hombres y en los otros estados conyugales (convivientes, separados-anulados y viudos) predominan las mujeres. Ha aumentado la edad promedio para casarse, tanto en hombres como en mujeres. Entre 1980 a 1998, la edad media al matrimonio aumentó de 26.6 a 28.9 años en los hombres y de 23.8 a 26.3 en las mujeres, manteniéndose inalterada la edad legal para contraer matrimonio, 14 años para los hombres y 12 para las mujeres.

En 1990, el 80% de las familias biparentales estaban unidas por el matrimonio y el 20% estaban constituidas por uniones de hecho. Esto se relaciona con los nacimientos, los que al final de la década de los 90 se produjeron casi en un 50% fuera del matrimonio. Cerca de un 70% de esos niños/as eran reconocidos por ambos padres. Cabe destacar que en este contexto adquiere relevancia la aprobación de la Ley 19.585, que otorgó los mismos derechos a los niños/as, independientemente del estado civil de sus padres, que consignó el uso de pruebas biológicas para determinar la paternidad, entre otras modificaciones. No obstante, en el año 2001 nacieron 27.500 niños/as (11%) que fueron reconocidos únicamente por sus madres.

La Ley de violencia intrafamiliar, la aprobación de la comercialización de la anticoncepción de emergencia, el nuevo reglamento sobre la esterilización voluntaria, la Ley de VIH/SIDA, la Ley de divorcio, la Ley de filiación, la Ley de responsabilidad penal juvenil, las modificaciones a la Ley de delitos sexuales, la Ley de acoso sexual, la nueva Ley de prensa y el término de la censura cinematográfica, se constituyen en los avances y desafíos más significativos de los últimos años en materias vinculadas a sexualidad, reproducción y derechos humanos.

A su vez, se constata la tendencia a una mayor liberalización de las prácticas sexuales, especialmente entre adolescentes. Existen cambios relevantes en los significados y las prácticas sexuales de mujeres y hombres, que no responden

¹¹ Desde una perspectiva legal, el estado civil de las personas se clasifica en categorías de solteros, casados y viudos; pero también existen otras condiciones como separado, anuladas, divorciados y convivientes (uniones libres).

al modelo que formó parte del sentido común por décadas (Shippacasse et al., 2003). El “deber ser” de las mujeres ha variado y no se relaciona únicamente con el hogar o la familia, sino también con el hecho de experimentarse como sujeto de derechos, tanto en el ámbito privado como en el público. La relación de pareja, por tanto, también ha experimentado cambios (Grupo iniciativa, 1999).

Actualmente existe una generalizada aceptación de las relaciones prematrimoniales. Asimismo, la mayoría, en especial las más jóvenes, valoran la dimensión de placer proporcionado por el sexo, aunque esta tendencia se de principalmente entre jóvenes de sectores socioeconómicos medios y altos. Junto a ello se aprecia una mayor exigencia sobre la calidad de la relación, lo cual influye en una mayor capacidad de negociación sobre cuándo tener hijos y con qué espaciamiento (Valdés, et. al. 1999).

Existe una mayor valoración, por parte de la ciudadanía, de la importancia de la educación sexual, de la protección de las relaciones sexuales, de la prevención y el control del embarazo adolescente y de la prevención del VIH/SIDA. También se vislumbra una tendencia a la aceptación de las minorías sexuales -aunque persisten hechos de discriminación y estigmatización- y al rechazo de toda violencia de género¹². La pregunta por el ser hombre y ser mujer en el Chile de la transición democrática y en el actual, ha comportado profundos cambios. Han emergido distintas posibilidades de entender y expresar lo masculino, lo femenino, el ser hombre y ser mujer y, con mayores dificultades, aquellos desplazamientos entre los géneros y sexos representados por la emergencia de la subjetividad *trans*.

No obstante, todo lo anterior, en general el proceso de separación entre sexualidad y reproducción, de introducción de nuevos principios, valores y discursos que ordenan la relación entre cuerpo, sexualidad y reproducción se ve enfrentado a nuevos nudos problemáticos. Especialmente, el estancamiento y retroceso de las formas de abordar y atender la sexualidad y la reproducción debido a la intervención de corrientes conservadoras u opositoras a esta concepción, encarnadas en las posiciones de distintos actores institucionales particularmente religiosos y políticos (Dides, 2005) aparece como emergente del proceso antes citado.

¹² Lidia Casas B.; Claudia Dides C.; Leonardo Estradé B.; Timothy Frasca; Josefina Hurtado N.; Alvaro Magaña P.; María Isabel Matamala V.; Camila Maturana K.; Pilar Maynou O.; Hugo Ocampo G.; Gabriela Pischedda L.; Sergio Zorrilla F. Varios (2000) Propuesta de Ley Marco Derechos Sexuales y Reproductivos, Santiago: octubre.

Según Dides (op. cit.), la jerarquía de la Iglesia Católica influye con su discurso sobre familia y sexualidad, en las políticas públicas, imponiendo valores conservadores, a pesar de que los comportamientos de mujeres y hombres van por otro camino: el de la transformación. A las transformaciones anteriores hay que agregar los avances tecnológicos en materia de reproducción. Estos traen nuevas áreas de conflicto, especialmente en el campo valórico, en la medida en que ponen en cuestión las formas tradicionales de entender instituciones sociales básicas como la familia, desanudan de manera radical la relación entre sexualidad y reproducción y ponen en entredicho los principios de filiación. La ciencia se afirma, de esta manera, en el papel relevante que ha cumplido en el último siglo en la definición de la sexualidad y la reproducción.

2. PRINCIPALES DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Según el último Censo efectuado en 2002 (INE, 2003), la población chilena alcanza a los 15.116.435, lo que significa un aumento de alrededor de dos millones de personas en los últimos 10 años; de éstos el 49.3% corresponden a hombres, mientras que el 50.7% son mujeres. Un 86.6% de la población habita en zonas urbanas y tan sólo el 13.4% lo hace en zonas rurales, siendo la VII región donde habita porcentualmente mayor población rural (33.6%).

Según el Censo de 1992, la población indígena alcanzaba los 998.385 habitantes. Una década más tarde, el Censo del 2002 entregó nuevos datos registrando a 692.192 personas que se declaraban pertenecientes a culturas indígenas, es decir, el 4,6% del total de la población; este descenso de la población es cuestionado por algunas organizaciones quienes plantean que la diferencia se debe a cambios en algunas preguntas lo cual dificulta su comparación con el Censo de 1992¹³. El 4,6% de la población total del país, dijo pertenecer a uno de los ocho pueblos considerados en la Ley Indígena. El pueblo *Mapuche* es el más numeroso, representando el 87,3%, un 7% dijo ser *Aymara* y un 3% *Atacameña*. El resto de las etnias (*Colla*, *Rapa nui*, *Quechua*, *Yagán* y *Kawashkar*) ascienden a un 2,7%.

¹³ Las diferencias anteriores se explican a partir de la pregunta para identificar a la población indígena, ya que en ambos Censos se adoptaron criterios de identificación distintos: en 1992 se recurrió a la autoidentificación étnica y en el 2002 se adoptó la pertenencia de cada persona a uno de los ocho pueblos reconocidos en la Ley Indígena. Respecto a este punto, existen algunas críticas desde organizaciones indígenas en relación a las nuevas cifras del 2002, pues consideran que hubo una "invisibilización intencional" de los pueblos indígenas en Chile. Pérez Moscoso, et. al. (2005). M. Soledad, Dides C. con colaboración: Fajreldin Ch.V.; González C. E. G.; Soto R. M. (2005) Salud, sexualidad y reproducción. Sistematización de investigaciones y experiencias en Pueblos Indígenas en Chile 1990-2004. CORSAPS-UNFPA, Santiago.

Las transformaciones sociales vividas en el país, toman sentido al comparar el Censo 2002 con el de 1960 donde el grupo etario constituido por los menores de 14 años alcanzaban el 39.6% y el de mayores de 60 apenas se inclinaba por el 6.8%. Este fenómeno se explica por un lado, por el aumento de la esperanza de vida al nacer, el cual entre los años 1950–1955 apenas alcanzaba los 54,8 años y en la actualidad se prevé que se eleva a los 77,74 años donde los hombres alcanzarían un promedio de 74,8 y las mujeres llegarían a los 80,8 años (MINSAL, 2005)¹⁴.

Por su parte la tasa de natalidad, ha sufrido un descenso en las últimas décadas, así si en 1990 ésta se elevaba a 23.5, en el año 2003 alcanzó al 15.5, lo que se traduce en que ese año nacieron en Chile 246.847 niños/as. Otro punto importante a considerar es la baja en la tasa de mortalidad, si en 1990 esta llegaba al 6.0 en el 2003 esta se inclinó al 5.3 (MINSAL, op. cit.)¹⁵.

Existe una apertura a una fase avanzada de transición hacia el envejecimiento de la población. Las tasas específicas de fecundidad disminuyen progresiva y notoriamente en las últimas décadas, haciéndose evidente el impacto del acceso masivo a la regulación de la fecundidad, a través de programas gubernamentales iniciados a mediados de la década de los 60's¹⁶.

En lo que se refiere a la pobreza, actualmente, en Chile los hogares considerados indigentes corresponden 3.89%, mientras que los hogares pobres alcanzarían el 11.46%, lo que implica que el 84.6% de los hogares chilenos se encuentran por sobre el umbral de la pobreza (MIDEPLAN, 2003). Si bien estas cifras aparecen como un gran logro dentro de la realidad de la región Latinoamericana, la forma en que se mide la pobreza en nuestro país no ha estado exenta de polémicas. Una de las más importantes se refiere al

¹⁴ Cuadro: Esperanza de Vida al nacer (en años) por período y sexo. Chile, 1950-2025.

¹⁵ Cuadro: Tasa Bruta de Natalidad.

¹⁶ En el último decenio, la población del país creció un promedio anual de 1.2%, mientras que en el decenio anterior (1982-1992), el aumento promedio anual fue de 1.6%. Entre 1981-2001, la tasa bruta de natalidad disminuyó de 23.4 a 16.8 nacimientos por cada mil habitantes y la tasa bruta de mortalidad general de 6.2 a 5.3 muertes por cada mil habitantes. En el 2001 la esperanza de vida al nacer fue de 72.7 años para los hombres y 78.8 años para las mujeres. Entre 1985-2000, la tasa de mortalidad materna bajó de 5.0 a 1.9 muertes por cada 10.000 nacidos vivos, también bajo la tasa de mortalidad infantil que, entre 1990-2000, fue de 16 a 8.9 muertes por mil nacidos vivos. Esto es producto del resultado de la amplia cobertura en el sistema público de salud de las atenciones por embarazo, parto y puerperio, como también de los niños y las niñas en sus primeros 6 años de vida. Chile es actualmente uno de los países de la región y del mundo con los mejores indicadores en el campo de la salud maternal e infantil (Shiappacasse, et. al. 2003: 32 y 33).

monto asignado para considerar un hogar indigente¹⁷, pobre¹⁸ o no pobre (MIDEPLAN, 2002). La principal crítica radica en que el cálculo de la *canasta básica* solo contempla alimentación y algunos servicios básicos, pero no establece dinero para elementos tan esenciales como útiles de aseo, vestuario o recreación, avalando la tesis que el precio concertado para la determinación de ésta, no considera la dignidad de las personas (Claude, 2002).

En lo que respecta al empleo en el trimestre Noviembre-Enero 2005-2006, la estimación de la fuerza de trabajo alcanzó a 6.421.150 personas, con un aumento de 1,1 por ciento con respecto a igual trimestre de año anterior (68.290 personas) y un aumento de 1,2 por ciento con respecto al trimestre anterior (75.730 personas), lo que implica que el índice de desempleados en el país alcanzó el 6.6% (INE, 2006). La desigualdad de género en materia de empleo queda de manifiesto con los resultados obtenidos en el Censo 2002, donde los hombres mayores de 15 años con participación laboral llegaban al 70%, mientras que las mujeres sólo alcanzaban una participación del 35.6%.

Por su parte en lo que atañe a la educación, según el último Censo el 95.8% de la población es alfabeta, no obstante, la diferencia entre el quintil más pobre y el más rico varía de 8.1 años promedio de educación a 13.4 años; lo que implica que mientras los más pobres recién alcanzan la educación básica, el quintil más rico accede a una educación superior que incluye pos grados y magíster. La desigualdad en torno a éste tema se ve reflejada al mismo tiempo, en los resultados de las pruebas SIMCE que han demostrado a través de los años que *“los resultados son mejores mientras más alto es el grupo socioeconómico al que pertenecen los alumnos”* (MINEDUC, 2004). De este modo, la población más pobre del país tiene un acceso limitado en educación tanto en los años de estudios, como en la calidad de la educación que recibe, haciendo más evidente y estructurante la brecha entre los más ricos y los más pobres.

En lo que respecta al acceso a la salud, en Chile coexisten dos tipos de sistemas; las ISAPRES que corresponden al servicio privado de prestación en salud y el Fondo Nacional de Salud, FONASA que corresponde a la salud pública y es al cuál pueden acceder la población más pobre del país, dentro del cuál las personas consideradas indigentes acceden gratuitamente a los consultorios (aten-

¹⁷ En zonas urbanas el ingreso per cápita para considerar un hogar indigente es de \$20.281 (alrededor de US\$ 40) y para zonas rurales el monto asignado es de \$15.616.- (alrededor de US\$ 30).

¹⁸ En zonas urbanas el ingreso per cápita para considerar un hogar pobre es de \$40.562 y para zonas rurales el monto asignado es de \$27.318.

ción primaria de salud) y hospitales correspondientes a sus zonas de residencia. Quienes se encuentran afiliados/as a ISAPRES habitualmente cuentan con una mejor prestación de servicios, ya que es posible acceder a consultas médicas y clínicas privadas, que por lo general cuentan con mejor equipamiento y cobertura que el sistema público, los cuales en épocas como el invierno se ven sobrepasados por la cantidad de personas que acuden por infecciones estacionarias.

El Auge (Acceso Universal con Garantías Explícitas) consiste básicamente en el establecimiento explícito de un conjunto de garantías para el ejercicio del derecho a la atención en salud de toda la población respecto de la exigibilidad, oportunidad y modalidad de algunas prestaciones asociadas a ciertas patologías. Las prestaciones de salud, en la práctica, no han sido exigibles judicialmente y por ello, la importancia de un sistema que haga exigible algunas de ellas. Este plan inicialmente estará referido a 25 patologías (MINSAL, 2005)¹⁹, lista que se ha duplicado a la fecha con 56 patologías en total, precisamente aquellas de mayor relevancia e impacto en las posibilidades de vida y de calidad de vida de la población chilena. El Plan AUGE, que comenzó a implementarse en el año 2002, considera las enfermedades de mayor impacto social. Con el AUGE se busca establecer una cobertura especial tendiente a disminuir el gasto que implica una enfermedad catastrófica o de alto costo. De esta forma, las personas afiliadas a FONASA solo pueden llegar a pagar hasta un 20% de los gastos propios de la enfermedad y aquellas personas consideradas indigentes o mayores de 65 años tienen gratuidad en la atención. A su vez, se supone que la atención de los requerimientos de las enfermedades consideradas AUGE deben ser resueltos en plazos estipulados por ley (MINSAL, op. cit.)²⁰.

¹⁹ Las 56 patologías consideradas en este plan inicial son: Atención del parto con analgesia; Todos los cánceres infantiles; Cáncer cervicouterino; Cáncer de mama; Leucemia (adultos); Linfoma (adultos); Cáncer de testículo; Cáncer de próstata; Cáncer gástrico; Cáncer de vesícula y vías biliares; Cánceres terminales (cuidados paliativos); Enfermedad isquémica (infarto miocárdico); Trastornos de conducción; Cardiopatía congénita operable; Defectos del tubo neural; Labio leporino y fisura palatina; Insuficiencia renal crónica; VIH / Sida; Cataratas; Gran quemado; Politraumatizado con y sin lesión medular; Hernia núcleo pulposo; Tumores y quistes SNC; Aneurismas; Retinopatía diabética; Vicios de refracción; Pérdida de dientes en el adulto mayor; Cirugía que requiere prótesis
Hipoacusia; Hiperplasia benigna de la próstata; Neumonías en el adulto mayor; Ortesis adulto mayor (bastones, silla de rueda, otros); Hemofilia; Fibrosis quística; Escoliosis; Depresión; Dependencia al alcohol y drogas; Psicosis (trastornos psiquiátricos severos); Asma bronquial; EPOC; Hipertensión arterial; Accidente vascular encefálico; Diabetes Mellitus Tipo I y II; Prematuros; Retinopatía del prematuro; Dificultad Respiratoria del recién nacido; Accidentes que requieren UTI Artritis reumatoidea; Artrosis; Epilepsia (mejoramiento programa manejo infantil); Trauma ocular; Desprendimiento de retina; Estrabismo (menores de nueve años); IRA (menores de 15 años); Salud oral integral; Urgencias odontológicas.

²⁰ Ley 19.966 Establece un régimen de garantías de salud publicada el 3 de septiembre de 2004.

3. LAS CIFRAS MACROECONÓMICAS

En términos de los resultados macro económicos, Chile cuenta con un alto prestigio a nivel internacional. Los índices elaborados por distintos organismos internacionales se ubican desde hace varios años entre los mejores de Latinoamérica. Un ejemplo de ello, es el Índice de Percepción de la Corrupción, que sitúa a Chile en el lugar número 21, muy por encima del próximo país Latinoamericano (Uruguay que ocupa el lugar 32) e incluso de países como España y Portugal. Otro índice elaborado por ATKEARNEY, acerca de los destinos más atractivos para el *offshoring*, o la “*relocalización de proceso de negocio*”, instala a Chile en el octavo lugar, nuevamente primero en América Latina. Este índice se basa en tres categorías: costes, entorno empresarial (en el que se consideran el riesgo país, la calidad de las infraestructuras, la seguridad de la propiedad intelectual, etc.) y el capital humano (Transparency Internacional, 2005).

El desarrollo de tratados de libre comercio entre distintas economías (entre ellas las grandes economías mundiales como Estados Unidos, la Unión Europea o China) y el manejo ordenado de temas como la inflación, el PIB o la deuda externa han puesto a nuestro país en un lugar de privilegio; las principales cifras macroeconómicas se muestran en la siguiente tabla:

| TABLA 1 |

ÍNDICE	
Producto Interno Bruto per cápita	\$CH154.6 mil millones (2003)
Inflación	2,2% (Agosto 2004)
Servicio de la deuda como porcentaje del PIB	12%
Gasto público en educación como porcentaje del PIB	3,9%
Gasto en salud per cápita	US\$ 792
Población con acceso sostenible a una fuente de agua mejorada	93%
Diferencia entre el 20% más rico con respecto al 20% más pobre	7,6 veces (2003)

Fuente: PNUD Informe sobre Desarrollo Humano Mundial (2005)

Es justamente el último índice uno de los grandes desafíos del Chile actual, la enorme diferencia existente entre los más ricos y los más pobres, deja a Chile en el lugar número 37 en el indicador de *Desigualdad de Ingresos o consumos* en el Índice de Desarrollo Humano del 2005²¹, de un total de 177 países (PNUD, 2005).

En Chile, para ser posible un balance más profundo entre las comunas del país y porque se trata de un país con un IDH comparativamente alto, se ha optado por la realización de un IDH especial para la nación, que no obstante, mantiene la lógica que es usada internacionalmente. Una de las principales conclusiones del estudio es que en Chile el mayor IDH se encuentra dentro de la Región Metropolitana y que, por la misma razón, es urgente abogar por la descentralización del país (PNUD– MIDEPLAN, 2000).

²¹ El Índice de Desarrollo Humano (IDH) se entiende como un “proceso de ampliación de las capacidades de las personas. Este proceso implica asumir, entre otras cosas, que el centro de todos los esfuerzos del desarrollo deben ser siempre las personas y que estas deben ser consideradas no sólo como beneficiarios sino como verdaderos sujetos sociales”. Por lo mismo toma seis variables fundamentales: equidad, potenciación, cooperación, sustentabilidad, seguridad y productividad.

4. CONFORMACIÓN DEL ESTADO CHILENO: ESTRUCTURA POLÍTICA Y ADMINISTRATIVA

Desde el retorno a la democracia en el año 1990 y a partir de la Constitución de 1980 se han llevado a cabo diversas reformas. Las más importantes se realizaron luego del plebiscito en 1988 mediante el cual se derogaron una serie de normas antidemocráticas en materia legislativa y transformación política. No obstante, la Constitución mantiene un resabio y rigidez que no permite fácilmente su modificación, esto, producto del sistema electoral binominal, no proporcional que refuerza el control de una minoría en el aparato legislativo. La última reforma constitucional se adoptó en agosto de 2005 y contiene 58 modificaciones, entre ellas, la derogación de la figura de los senadores designados, 4 de ellos nombrados por las Fuerzas Armadas²². La estructura de gobierno sigue siendo un Estado presidencialista, empero a esta situación coexistan tres poderes independientes entre sí a saber: el poder ejecutivo, el poder legislativo y el poder judicial.

El poder ejecutivo tiene como función poner en ejecución las leyes aprobadas por el Congreso, como también liderar al conjunto de la sociedad en pro de alcanzar el bien común Gobierno de Chile (2006)²³.

Los Gobiernos Regionales: Chile es un Estado unitario y su territorio se divide en

²² Ley 20.050 publicada en el Diario Oficial 22 de septiembre de 2005.

²³ El puesto del/a Presidente/a de la República implica desarrollar las funciones de Jefe de Estado, simbolizando y representando los intereses permanentes del país, a su vez, como Jefe de Gobierno, es quien dirige la política gubernamental, respaldado por la mayoría político-electoral. El poder de la presidencia se extiende en cuanto tiene por objeto la conservación del orden público en el interior y la seguridad externa de la República. A su vez, es el encargado/a de designar a los/as ministros/as. Los ministros de Estado son los colaboradores directos

regiones. Su administración es funcional y territorialmente desconcentrada. De esta forma, el país se encuentra dividido en 13 regiones²⁴, las cuáles a su vez se dividen en 51 provincias y 342 comunas. La administración de la región corresponde al Gobierno Regional, compuesto por el o la Intendente en su calidad de representante del Presidente de la República, como órgano ejecutivo y el Consejo Regional, como órgano resolutorio, nominativo y fiscalizador de aquél. Las funciones de administración son apoyadas por las Secretarías Regionales Ministeriales (SEREMIS), órganos desconcentrados de los Ministerios, subordinados a nivel regional al Intendente, destacando entre ellas la Secretaría Regional de Planificación y Coordinación.

A nivel provincial el Gobierno corresponde al Gobernador/a, subordinado al Intendente. Su administración también compete a aquel como órgano subordinado al Intendente, en cuanto ejecutivo del Gobierno Regional. Existe como instancia de representación consultiva el Consejo Económico y Social Provincial, presidido por el Gobernador.

Todas las autoridades nombradas con anterioridad son designadas por el Presidente de la República, por su parte la administración comunal corresponde a la Municipalidad, compuesta por el Alcalde como autoridad superior y el Consejo, presidido por el Alcalde como órgano resolutorio, nominativo y fiscalizador de aquél, tanto el alcalde como los concejales son elegidos en votaciones populares y universales cada 4 años.

El poder legislativo en Chile esta constituido por el Congreso Nacional, a través de un Parlamento Bicameral integrado por la Cámara de Diputados y el Senado de la República. Una Ley Orgánica Constitucional regula las atribuciones y funcionamiento de éste en materia de tramitación de los proyectos de Ley, los vetos del Presidente de la República y tramitación de las acusaciones constitucionales. En la actualidad, el Congreso Nacional se rige por la Constitución Política y la Ley Orgánica Constitucional N° 18.918. Esta institución se localiza, a diferencia de los otros poderes del Estado -que se encuentran en Santiago-, en la ciudad de Valparaíso, V Región.

La cámara de diputados/as, está integrada por 120 miembros elegidos en votación directa por los distritos electorales que establece la Ley Orgánica Constitucional respectiva. Duran en sus cargos cuatro años, pudiendo ser ree-

²³ A saber: de Tarapacá, de Antofagasta, de Atacama, de Coquimbo, de Valparaíso, Metropolitana de Santiago, del Libertador General Bernardo O'Higgins, del Maule, del Biobío, de La Araucanía, de Los Lagos, Aysén del General Carlos Ibáñez del Campo y de Magallanes y la Antártica Chilena.

gidos. Su función, es legislar en conjunto con el Senado y el/la Presidente/a de la República. Por su parte, *el senado* esta integrado por 38 miembros elegidos en forma popular, gracias a que la recientemente reformada Constitución Política de la República de 1980 eliminó los senadores designados y vitalicios²⁵. Los/as senadores/as permanecen 8 años en su cargo y se renovarán alternadamente cada cuatro años, correspondiendo hacerlo en un período a los/as representantes de las regiones de número impar y en el siguiente a las regiones de número par y de la Región Metropolitana (Senado República de Chile, 2006).

El poder judicial, es representado por la Corte Suprema de Justicia siendo el más alto Tribunal existente en el país. Es un órgano colegiado integrado por 21 ministros. Su jurisdicción abarca todo el territorio nacional. Le corresponde la superintendencia directiva, correccional y económica de todos los tribunales de la nación, salvo el Tribunal Constitucional, el Tribunal Calificador de Elecciones, y los Tribunales Electorales Regionales.

La Constitución Política de la República establece que el Poder Judicial tiene “la facultad de conocer de las causas civiles y criminales, de resolverlas y de hacer ejecutar lo juzgado, pertenece exclusivamente a los tribunales establecidos por la ley. Ni el Presidente de la República ni el Congreso pueden, en caso alguno, ejercer funciones judiciales, avocarse a causas pendientes, revisar los fundamentos o contenido de sus resoluciones o hacer revivir procesos fenecidos” (Artículo 76).

Jerárquicamente, por debajo de la Corte Suprema, se encuentran las Cortes de Apelaciones (17), que se distribuyen a lo largo del territorio nacional. Dependiendo de la Corte de Apelación respectiva se ubican los Juzgados, que pueden ser de Garantía y Tribunal Oral en lo Penal, Civil, del Trabajo y a partir de octubre del año 2005 los Tribunales de Familia. Desde la entrada en operación la nueva justicia de familia, los tribunales de menores cerrarán hasta el momento en que se termine la tramitación de causas y juicios que allí se ventilaban hasta su fecha de cierre en septiembre de 2006. En el mismo sentido, los antiguos juzgados del crimen desaparecerán hasta el cierre de la tramitación de esos juicios.

Según el Gobierno de Chile (2006) las bases Constitucionales del Poder Judicial están dadas por los principios de:

²⁵ Se refería a la inclusión de los ex presidentes que hubieran cumplido un período presidencial completo. Patricio Aylwin, el primer presidente luego del retorno democrático no tenía derecho, pues su período era transicional y menor al que establecía la Constitución, mientras que Augusto Pinochet tenía ese derecho pese a no haber sido electo.

- Independencia, de los otros poderes del Estado para el cumplimiento de sus funciones.
- Legalidad, es decir, los tribunales deben estar establecidos por ley al igual que las causas que tramitan y fallan.
- Inamovilidad, los jueces permanecen en sus cargos, pero mientras mantengan buen comportamiento permitiendo que los tribunales actúen libres de presiones y con imparcialidad.
- Inexcusabilidad, los jueces deben resolver siempre los asuntos de su competencia, sometidos a su consideración a pesar que no exista una ley respectiva.

Responsabilidad, de los actos que se ejecutan dentro de las funciones como jueces y juezas.

- Responsabilidad política de los jueces de los tribunales superiores de justicia.

REFORMA PROCESAL PENAL

Actualmente conviven en Chile dos sistemas judiciales: uno, el “sistema antiguo” o inquisitivo de justicia penal, el cual posee una estructura bastante lineal y poco compleja, con una investigación y etapa de juicio realizado por el mismo tribunal. La respuesta que este sistema ofrece a los ilícitos es básicamente una, que no distingue la magnitud del daño social. En otras palabras, no se hace cargo del hecho de que ciertamente los ilícitos presentan características distintas y gravedades diversas y que por lo tanto las sanciones también deberían ser diferentes. El otro sistema, la Reforma Procesal Penal o “sistema nuevo”, que sí se hace cargo de estas diversidades a través de las distintas etapas previstas, a saber: el inicio, la formalización y el cierre de la investigación, la acusación -todas ellas a cargo del Ministerio Público-, la audiencia de preparación del juicio oral -que se lleva a cabo ante el Juez de Garantía-, la audiencia del Juicio Oral -del que conoce el Tribunal Oral en lo Penal-, el pronunciamiento de la sentencia definitiva -antecedido de la decisión de absolución o condena-, un recurso de nulidad ante la Corte de Apelaciones o la Corte Suprema, según el caso, y la ejecución de la sentencia definitiva, por parte del Juez de Garantía (Ministerio Público, 2005).

Se estableció la incorporación de 378 jueces en lo penal y 404 de garantía, que asumirán un papel imparcial en la resolución de los conflictos.

La reforma procesal penal, fue paulatinamente integrada al territorio nacional, de esta forma la última región que comenzó a operar con el “sistema nuevo” fue la Metropolitana. El “sistema antiguo” habría dejado de funcionar conforme la integración de la reforma en Santiago y una vez resuelta las causas pendientes que esperan sentencias u otras formas de término. Por esta razón, la Reforma Procesal Penal constituye un cambio sustantivo en la legislación nacional, tanto de carácter normativo como de índole organizacional, cultural e institucional. Reemplaza normas e instituciones jurídicas preexistentes, modifica la lógica de los procedimientos, de sus actores y la organización y rutina de los mismos.

Además, la Reforma supone la creación de nuevas instituciones e intervinientes y modifica los parámetros a los que han ceñido su actuar los diversos actores del sistema de justicia durante los últimos 100 años. De esta forma se crea el Ministerio Público, organismo establecido a partir de una Ley Orgánica Constitucional, que tiene por misión reformar el sistema de Justicia. Esta institución, autónoma y jerarquizada es presidida por un Fiscal Nacional e integrada por 16 fiscales regionales y 625 adjuntos. Además, el Ministerio Público puede aplicar soluciones alternativas del conflicto penal, como el Principio de Oportunidad y el Archivo Provisional del caso, la Suspensión Condicional del procedimiento en tanto que la víctima y el imputado pueden celebrar directamente los Acuerdos Reparatorios. Existen también procedimientos especiales, como el Procedimiento Abreviado, el Procedimiento Simplificado y el Procedimiento Monitorio, que en sentido estricto son también juicios orales pero celebrados ante el Juez de Garantía como tribunal unipersonal, aplicados a delitos menores.

Finalmente, se puede establecer que el espíritu de la nueva reforma supone que las fases de investigación y juzgamiento sean dinámicas, carezcan de formalismo y burocracia, estén apoyadas por un equipo de trabajo capacitado y velen por un proceso ágil y justo.

FUNCIONES DEL MINISTERIO PÚBLICO

El Ministerio Público es un organismo autónomo e independiente de cualquier otro poder del Estado, creado mediante la reforma constitucional del 16 de septiembre de 1997 por la ley N° 19.519. Como tal, es el ente encargado -en

exclusiva- de dirigir la investigación de los hechos constitutivos de delito, los que determinen la participación punible y los que acrediten la inocencia del imputado. Sobre la base de su investigación, debe ejercer la acción penal pública formulando acusación en contra de los responsables y sosteniendo dicha acusación en un juicio, ante los Tribunales de Justicia. Además, debe adoptar medidas destinadas a proteger a las víctimas y a los testigos de los delitos.

Los Fiscales sustituyen el rol investigativo de los jueces, quienes en el antiguo procedimiento investigaban, juzgaban y condenaban. Con el inicio de la reforma, el 16 de diciembre de 2000, existe un juicio público, en virtud del cual son los fiscales adjuntos los encargados de investigar los hechos constitutivos de delitos.

De manera de ejercer una persecución del delito más eficiente, el diseño del Ministerio Público contempla la creación de unidades coordinadoras especializadas (narcotráfico, lavado de dinero, delitos económicos, entre otras) que permitirán hacer frente a la delincuencia de una manera más técnica de lo que actualmente sucede.

La contraparte del Ministerio Público es la Defensoría Penal Pública, a cargo de un Defensor Nacional, nombrado por el/la Presidente/a de la República, el que depende administrativamente del Ministerio de Justicia. Esta institución también cuenta con defensores regionales, defensores institucionales y privados, éstos últimos que han licitado sus servicios a la Defensoría Penal Pública. Esta institución integrará al mundo público y privado a su misión y contará con un Consejo Nacional, el que tendrá carácter interinstitucional incluyendo representantes del Poder Ejecutivo, Poder Judicial y de diversas instituciones académicas y de la sociedad civil (Defensoría Penal, 2006).

Por último, cabe señalar que el o la Presidente de la República es elegido/a en elecciones democráticas, a partir de votación directa cada cuatro años, no pudiendo ser reelegible para el periodo siguiente²⁶.

²⁶ Según el artículo 25 de la Constitución de la República de 1980 para poder optar al cargo es necesario: ser chileno/a; tener cumplidos los 35 años de edad y ser ciudadano/a con derecho a sufragio, y no haber sido condenado a pena aflictiva. Para ser elegido presidente/a, es necesario contar con mayoría absoluta de los sufragios válidamente emitidos; la elección se efectúa conjuntamente con las parlamentarias, 90 días antes que el o la mandataria saliente cese en su cargo. Si a la elección de Presidente de la República se presentan más de dos candidatos y ninguno de ellos obtiene más de la mitad de los sufragios válidamente emitidos, se procede a una segunda votación que se circunscribirá a los candidatos que hayan obtenido las dos más altas mayorías relativas. En ella resultará electo (a) aquel de los candidatos que obtenga el mayor número de sufragios. Para estos efectos, los votos en blanco y los nulos se considerarán como no emitidos.

PARTE II:
LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS EN CHILE:
SITUACIÓN ACTUAL, LEGISLACIÓN, JURISPRUDENCIA
Y POLÍTICAS PÚBLICAS

1. DIVERSIDAD SEXUAL

Este capítulo reúne aspectos vinculados a la *diversidad sexual*. Bajo dicha denominación, se comprenderán cuestiones referidas a personas gays, lesbianas, transgéneras y travestis. La posibilidad de establecer un diagnóstico en el ámbito de los derechos sexuales y aquellos referidos al ámbito de la diversidad sexual en particular, resulta una tarea compleja, ya que no es una comunidad homogénea, con objetivos, acciones y estrategias comunes. Existen distintas historias de organizaciones, de las que se desprenden las características de las demandas y estrategias políticas que cada uno de los grupos ha definido.

La realidad de las diversas orientaciones que adquiere la sexualidad en nuestro país dista de concepciones unificadoras que permitan hacer generalizaciones sobre un supuesto *movimiento homosexual* o *sobre una comunidad* como tal, ya que lo que existe más bien son distintos grupos -unos con mayor trayectoria que otros- que han centrado sus luchas y reivindicaciones en una población denominada homosexual, gay, lésbica, travesti, transgénero o la incluyente categoría *trans*.

La insalvable identidad sexual y sus diversas manifestaciones han puesto en evidencia la discusión en torno a las prácticas versus las identidades. Muestra de ello, es la categoría que en con fines epidemiológicos ha intentado aglutinar a sujetos hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH). No obstante, al poner énfasis solo en las prácticas quedan oscurecidos los aspectos de la discriminación que subsiste hacia estos grupos. Éste y otros aspectos son los que se discuten al interior de organizaciones y en el contacto que éstas mantienen con las instituciones del Estado.

1.1. ESTADO DE LA SITUACIÓN

El estudio de la diversidad sexual parte en Chile desde la negatividad. Es decir, desde el problema que significa la presencia de identidades disidentes frente a aquellas que se sitúan en la rivera de lo hegemónico. Se comienza por lo tanto del rechazo y discriminación de la que estos grupos son foco. A la diversidad sexual se la ha nombrado, fundamentalmente, desde el gran problema que la afecta como lo es la discriminación. Esto, claramente, con el objetivo de subvertir dicha situación.

Son diversas las maneras a través de las cuales las ciencias sociales se han preocupado por incluir en su agenda la temática de la diversidad sexual. La homosexualidad masculina es el tema más explorado, más recientemente la femenina y en una menor medida las identidades trans. Asimismo, este campo disciplinario comenzó a ser abordado en la década de los ochenta.

En 1995 la encuesta de FLACSO-Chile sobre las representaciones de la sociedad chilena, mostraba que un 50% del total de personas entrevistadas no aceptaba la homosexualidad en Chile. Dos años más tarde en 1997 uno de los estudios que marcó los inicios en la reflexión sobre la discriminación en torno a las personas homosexuales, fue *"Homofobia cultural en Santiago de Chile. Un estudio Cualitativo"* (Caro y Guajardo, 1997)²⁷ que se desarrolló en Santiago y en niveles socioeconómicos medios y altos. El estudio ponía de manifiesto, entre otros factores, que la

²⁷ Se sostiene que el término homofobia no posee una única definición, no obstante, la mayoría de las definiciones apuntan a considerarla como "La forma más común de describir el conjunto de creencias estereotipadas, actitudes prejuiciosas, animosidad y disconformidad mantenidos por la mayoría de los heterosexuales en nuestra sociedad en referencia a los hombres gays, lesbianas y bisexuales" (Caro y Guajardo, op. cit. p. 16). El estudio asume como definición: "hostilidad inclusiva de las dimensiones intrapsíquicas e interpersonales de temor y odio, así como de niveles sociales y culturales que comprenden opresión, prejuicio y discriminación". Otros autores, como Blumenfeld (1992), definen 4 niveles de homofobia; personal, interpersonal, institucional y cultural o colectiva. La personal, refiere a las creencias que se tienen respecto de las personas - hombres y mujeres- homosexuales. Algunas de ellas catalogan a los y las homosexuales como perturbados/as mentales, con una genética defectuosa, inmorales, inferiores en referencia a heterosexuales, antinaturales, compulsivos, etc. La interpersonal, es la manifestación activa de los anteriores prejuicios, esta vez, llevados a la acción a través del acto de discriminación y el hostigamiento. Por otra parte, la homofobia institucional se refiere a la manera en la que gobiernos, empresas, organizaciones educacionales, religiosas y profesionales discriminan de manera sistemática basándose en la orientación sexual e identidad. Esta discriminación se ve reforzada por la legalidad que por medio del artículo 373 del Código Penal, el cual sanciona las ofensas a la moral y a las buenas costumbres, ha justificado el arresto de homosexuales, a veces por el sólo hecho de estar en grupo reunidos en un determinado lugar. Finalmente la homofobia cultural consiste en las normas sociales o códigos, que aunque no estén escritas, forman parte de la cultura; por ejemplo, la negación de espacios de organización y expresión, desconocer la magnitud del movimiento homosexual, ignorar términos de autodefinición que gays y lesbianas han elaborado durante su lucha, reemplazándolos por sobrenombres e injurias.

visión de la homosexualidad masculina estaba condicionada a una temporalidad presente y otra futura. Mientras en el presente se expresaba un rechazo hostil hacia las apariciones en lo público de las personas homosexuales; en la política, espacio público por definición, se excluía la participación de los homosexuales. No obstante, este rechazo en lo público, no alcanzaba a las relaciones cotidianas. Por otra parte, el tiempo futuro en la encuesta, el quizás *ahora* de la homosexualidad hablaba entonces de una aceptación que iba en concordancia con los cambios que se sucedían a nivel nacional. En una suerte de prolongación de las percepciones de los participantes respecto de que “El cambio se orientará hacia la aceptación de los homosexuales como parte de la realidad social, al existir procesos ajenos a la voluntad de los hombres heterosexuales: dependencia cultural del hemisferio norte, modernidad, epidemia del VIH/SIDA, nuevas formas de comunicación sexual” (Caro y Guajardo, op. cit. p, 43).

Este estudio ponía de manifiesto la necesidad de generaciones que en el presente preferían ubicar la realidad homosexual en aquellas generaciones venideras. Una tradición masculina y oficial se ponía en juicio en el presente, pero era en el futuro que se veían desplegadas sus distintas preocupaciones respecto del habitar del mundo homosexual, en el ámbito de la familia, los medios de comunicación, los controles sobre la experiencia y sexualidad gay junto con la vivencia de lo diurno y lo nocturno de su aparición. Se instalaba una pregunta que refería a las identidades que desde las personas se estaban construyendo “Las visiones hacia la homosexualidad ya no sólo pueden ser consideradas según su carácter abierto, restringido o grados de tolerancia, sino que también requieren incorporar los discursos sobre la elaboración de la propia identidad de quienes hablan.” La operación en la definición de la propia identidad que apelaba a la negación de la otredad homosexual, comenzaba a tambalear.

Entre los estudios que han abordado los comportamientos sexuales de la población chilena y que han logrado dar cuenta de la magnitud de aspectos vinculados a los comportamientos sexuales entre personas del mismo sexo, se encuentra el “*Estudio Nacional de Comportamiento Sexual*” (CONASIDA, Ministerio de Salud, 2000)²⁸. Este constituyó una herramienta fundamental

²⁸ Este estudio fue realizado para ciudades de 100.000 habitantes y más, a través de una muestra probabilística trietápica, estratificada por tamaño de ciudades. Esta muestra fue definida por el Instituto Nacional de Estadísticas (INE) a partir de los datos arrojados por el Censo de Población del año 1992. Se incluyeron 25 localidades además del Gran Santiago, llegando a una representación del 80% de la población urbana del país.

para establecer políticas, normas y recomendaciones de acuerdo a las realidades nacionales en torno al quehacer de la CONASIDA y más ampliamente del MINSAL, integrando el tema de la homosexualidad en el ámbito de la salud. Este estudio plantea que la homo-bisexualidad en Chile habría sido concebida hasta hace poco tiempo como un tabú dentro de la sociedad chilena. Un silencio que solo se quebraba por los medios de comunicación empeñados en referirse a dicha población con denominaciones peyorativas.

La homosexualidad comienza a ser parte de las agendas de trabajo del Estado, particularmente del MINSAL y de CONASIDA. Paralelamente, se articulan distintas organizaciones de la sociedad civil que reivindicaban los derechos de las minorías sexuales. La década de los 90's según el documento citado, trae consigo una serie de cambios en la consideración de la homosexualidad: en primer lugar sale a la luz pública a través de un mayor número de investigaciones que desarrollan el tema, secundariamente la presencia de un importante movimiento reivindicativo de personas homo-bisexuales y por último, el trabajo desarrollado en el ámbito de la salud a favor de la prevención del VIH/SIDA y las ETS. El aspecto clave que ha dado paso a una mayor consideración de la población homo-bisexual, ha sido la vulnerabilidad de ésta población en torno al VIH/SIDA, siendo las condiciones de discriminación lo que más resalta en los análisis: "El SIDA ha provisto a las sociedades contemporáneas de un pretexto para reinsertar a la homosexualidad en un drama simbólico entre la contaminación y la pureza, donde la asociación entre SIDA y homosexualidad es permanente" (CONASIDA, Ministerio de Salud, op. cit.). Estos factores habrían incidido en el levantamiento de nuevas interrogantes y a un reconocimiento creciente de los derechos de las personas homo-bisexuales en un proceso cultural tendiente a superar la homofobia y a un reconocimiento explícito de los derechos de las personas viviendo con el virus de VIH, lo que se traduce en la actualidad en cobertura gratis de medicamentos antiretrovirales a los/as usuarias del sistema público de salud.

La homosexualidad, indica el texto, sigue siendo ubicada entre el polo de la normalidad y anormalidad; los discursos hegemónicos la siguen instalando en el lado de lo patológico. Esta apreciación, es más bien una advertencia para dar cuenta del contexto cultural en el que se encuentran los/as entrevistadas, ya que frente a las preguntas referidas a homo-bisexualidad pueden existir una sub-declaración en relación a sus preferencias. Se advierte que la situación de la encuesta, enfrenta al entrevistado/a a un contexto social y cultural en el que existe una baja aceptación de lo homosexual, factor que

incidiría en la subdeclaración respecto de inclinaciones y/o experiencias sexuales con personas del mismo sexo. En un polo opuesto, se encontrarían aquellos países en los que el clima social en torno a la homo-bisexualidad es menos restrictivo, lo que implicaría que las declaraciones de homosexualidad sean mayores.

Con relación a la discriminación y actitud hacia homosexuales, se indica que “la construcción social temprana del VIH/SIDA tendió a diluir la frontera entre identidades y prácticas y a asociar el virus y la enfermedad exclusivamente a ciertos grupos sociales, paradigmáticamente al grupo de hombres que tiene sexo con hombres” (CONASIDA, Ministerio de Salud, op. cit. p, 120). Con ello, se habría concretado la imagen del grupo de las personas homosexuales como un grupo anómico, y a su vez la homofobia fortalecía de manera recíproca el estigma que ya pesaba sobre la enfermedad. Se señala a modo de síntesis que “Cuando la conducta homosexual es socialmente reprobada o vinculada al VIH/SIDA en forma intrínseca – a pesar de que técnicamente no encierre riesgo de transmisión si es una relación protegida- se activa una representación que promueve la exclusión de quienes padecen la enfermedad. Es decir, su discriminación” (CONASIDA, Ministerio de Salud, op. cit. p, 122).

Respecto a la identidad homo-bisexual en Chile, se indican; un 0.2% de los/as entrevistados manifestaron que se sentían homosexuales; un 0.1% manifestó considerarse bisexual y un 99.2% declaró heterosexualidad²⁹.

| TABLA 2 |

% COLUMNA PONDERADO		SEXO				TOTAL	
		MUJER		HOMBRE			
		%	N.EXPANDIDO	%	N.EXPANDIDO	%	N.EXPANDIDO
Como se considera Ud. actualmente	homosexual	0,1	2235	0,3	7119	0,2	9354
	Bisexual	0,1	3621	0,1	1992	0,1	5613
	Heterosexual	99,2	3046873	99,2	2763639	99,2	5810512
	N.R.	0,7	20231	0,4	11956	0,5	32187
TOTAL		100	3072961	100	2784705	100	5857666

Fuente: MINSAL, CONASIDA (2000) Estudio de comportamiento sexual.

²⁹ La pregunta que se realizó fue la siguiente: Actualmente, ¿Usted se considera Homosexual, Heterosexual o Bisexual?

Una primera mirada a esta tabla lleva a postular que estaría existiendo la ya citada sub-declaración de identidad homo-bisexual (0.3% de los encuestados varones y un 0.1% de las mujeres se reconoce como homosexual; mientras que como bisexuales se reconoce un 0.1% de los hombres y en igual porcentaje las mujeres). Esta aseveración está fundada en los siguientes antecedentes:

- Datos nacionales disponibles, no comparables, permiten suponer una prevalencia mayor de homo-bisexualidad; en una encuesta de la Fundación Nacional Contra el Sida -FUNACS, respondida por estudiantes jóvenes hombres y mujeres- determinó que un 2.7% de hombres y un 1.1% de mujeres declararon actividad sexual con una persona de su mismo sexo.
- El análisis comparado con datos internacionales sugiere que hay una relación entre el grado de condena social a la homosexualidad y la disposición de las personas homosexuales a expresar su orientación sexual, lo que sustentaría la hipótesis de que la Encuesta contiene una importante subdeclaración de la homobisexualidad.

En síntesis, se señala que la tasa de identidad homo-bisexual masculino en Chile, medido a través de las autodeclaraciones, parece baja y la femenina casi inexistente. Con lo anterior, se asume que la homofobia y el correspondiente temor al reconocimiento de la homobisexualidad son factores culturales que han de ser considerados en el diseño de estrategias para favorecer la salud sexual de la población. De ahí que en el documento se registre la necesidad de un diseño específico para estudiar la homosexualidad, citándose el caso de México³⁰.

Más específicamente, respecto a la *Atracción Sexual Declarada* el mismo estudio señala que en general la población tanto de hombres como de mujeres se declara atraída por personas del sexo opuesto (98,5%). Respecto de esa misma pregunta, pero ahora en función del sexo, un 0,6% de los hombres dice preferir con frecuencia al sexo opuesto. Esto último, encierra la posibilidad de que exista en cierto grado la atracción por personas del mismo sexo, lo que a su vez se repite en el caso de las mujeres. En los dos casos, la cifra es superior a la cifra de conductas homosexuales declaradas. Por otra parte, con relación a la *Conducta Sexual Declarada*, y de acuerdo al sexo de las parejas durante la vida,

³⁰ Estudios realizados por José Antonio Izáola.

no existiría declaración de homosexualidad exclusiva; quienes declararon tener parejas del mismo sexo (hombres y mujeres) declararon también parejas del sexo opuesto. Finalmente, y respecto a la *Identidad Sexual Declarada*, se indica que a nivel general, un 0,2% de personas se declaran homosexuales, tanto hombres como mujeres; y un 0,1% se declaran bisexuales (hombres y mujeres). También, se indica que el 50% de las personas que declaran homobisexualidad se iniciaron sexualmente con personas del sexo opuesto. Un 99,2% de personas se declararon heterosexuales, siendo la orientación homobisexual una proporción baja en la población en general. La baja proporción, es explicada en parte por la hipótesis que reconoce en el contexto cultural chileno una normatividad sexual restrictiva, que se expresa en intolerancia respecto a la homosexualidad y que puede afectar la declaración de la identidad sexual, lo que la transforma en una confesión. En ese mismo sentido, las repuestas de “no sabe o no responde” pueden concebirse como parte de esta constelación de significados negativos que aún se tejen en torno de la homosexualidad.

A manera de síntesis, los hallazgos de mayor relevancia del estudio, en torno al comportamiento homo-bisexual de los/las chilenos/as son:

- a) Más personas declaran haber sentido deseo (0,6%) que identificarse como homo o bisexual (0,2%).
- b) La prevalencia de la homo y bisexualidad es más alta entre los hombres que entre las mujeres.
- c) En Chile como en otros países del mundo, los trayectos sexuales exclusivamente homosexuales son menos frecuentes que los trayectos que combinan experiencias con el mismo sexo y con el sexo opuesto.

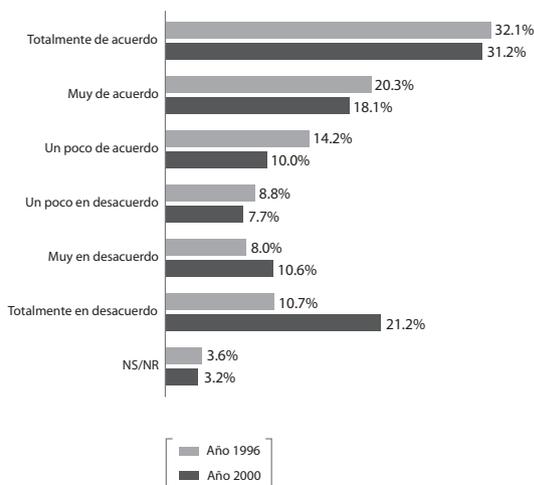
El carácter de no aceptación de la homobisexualidad y la discriminación que frente a ella se expresa ha sido abordado por las distintas mediciones de la encuesta de la *Tolerancia y No Discriminación*, desarrollada por la Fundación IDEAS (2003)³¹. Las preguntas que se referían a la homosexualidad y homo-

³¹ La tercera medición de la intolerancia y la discriminación es continuación de las encuestas realizadas anteriormente en 1996 (2ª medición) y 2000 (3ª medición). La tercera medición comparte con las anteriores el mismo procedimiento, en el que se cuantifican la Tolerancia y la No Discriminación mediante la generación de escalas y subescalas. Se desarrolla una escala de Tolerancia y otra de No Discriminación. Las subescalas fueron construidas tomando en cuenta un conjunto de ítems con el propósito de medir una dimensión particular de Tolerancia o No Discriminación.

fobia fueron: “En los tiempos actuales ya es hora que en Chile se permita el matrimonio entre homosexuales”; “A los homosexuales no se les debe permitir ser profesores de colegio”; “Los médicos deben investigar las causas de la homosexualidad para evitar que sigan naciendo más”. Esta encuesta ha arrojado diversos resultados a lo largo de los años en que el instrumento ha sido aplicado (1996, 2000).

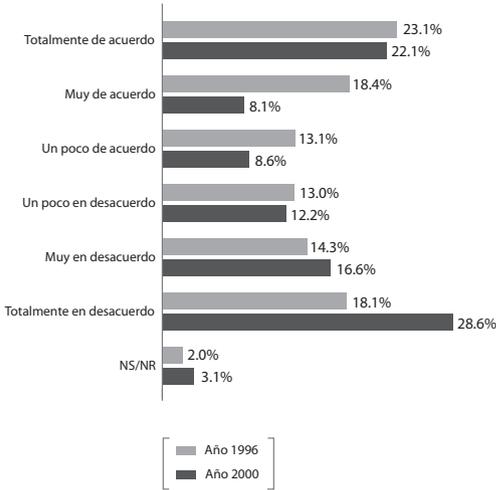
El siguiente gráfico muestra un ejemplo de una de las preguntas que se incluyen en el instrumento, “Los médicos deben investigar más las causas de la homosexualidad para evitar que sigan naciendo más” existe una significativa disminución en las respuestas que estaban totalmente de acuerdo con esa afirmación entre las mediciones realizadas en el año 96 y aquellas del año 2000. En el año 2000 también se registra un importante incremento del desacuerdo respecto de dicha afirmación.

| GRÁFICO 1 |



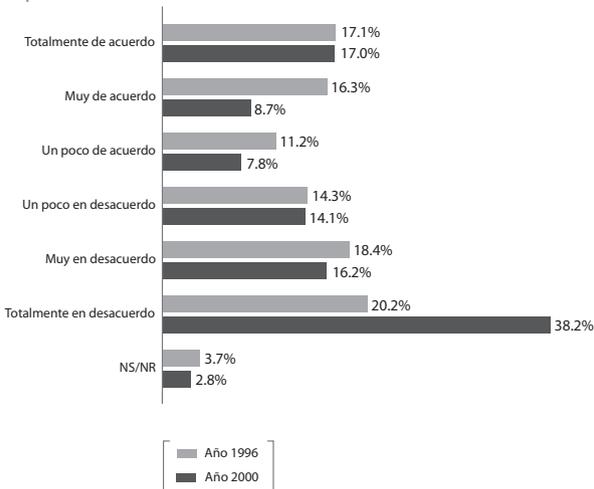
Una segunda afirmación que aparece en la encuesta expresada en el siguiente gráfico, se refiere a “A los homosexuales no se les debe permitir ser profesores de colegio”, los resultados mostraron que entre las distintas mediciones existe un mayor rechazo a ese tipo de enunciaciones, y pese a que existe un importante acuerdo, éste disminuye en la medición del año 2000.

| GRÁFICO 2 |



Finalmente, frente a la afirmación “La homosexualidad debiera ser prohibida, pues va en contra de la naturaleza humana” representada en el gráfico 3; se apela como afirmación al origen de la homosexualidad y la posibilidad de evitarla. Mientras aquellos que están totalmente de acuerdo representan en la segunda medición un 17.0%, aquellos que están totalmente en desacuerdo con dicha aseveración son un casi 10% más de personas.

| GRÁFICO 3 |



Respecto a la medición realizada en el año 2003, y frente a la afirmación “En los tiempos actuales ya es hora de que en Chile se permita el matrimonio entre homosexuales,” existe un retroceso en este aspecto mostrado en los gráficos anteriores. La pregunta por el matrimonio entre personas del mismo sexo genera un 51.9% de desacuerdo en la segunda encuesta, mientras que en la tercera disminuye a un 45.6%.

| TABLA 3 |

ENCUESTAS FUNDACIÓN IDEAS	SEGUNDA ENCUESTA (2002)	TERCERA ENCUESTA (2003)			%
	SANTIAGO	IQUIQUE	SANTIAGO	TEMUCO	PROMEDIO
Totalmente de acuerdo	9,4	19,8	12,1	9,3	13,5
Muy de acuerdo	5,1	9,4	10,4	7,5	9,3
Un poco de acuerdo	10,8	7,6	12,5	13,7	11,4
Un poco en desacuerdo	9,7	5,6	6,8	13,4	8,3
Muy en desacuerdo	13,1	9,4	13,1	12,4	11,8
Totalmente en desacuerdo	51,9	48,2	45,1	43,8	45,6
Total	100%	100%	100%	100%	100%

Fuente: Encuestas Fundación Ideas (2002,2003) Santiago, Chile.

Por otra parte, en julio del 2004, la Fundación Chile XXI publicó los resultados de la encuesta “Opción sexual y discriminaciones”. En ella se señala que un 88% de los entrevistados declara que la discusión y debate público sobre la homosexualidad es mayor en la actualidad que aquella que existía hace 10 años atrás. Un 68% de los entrevistados afirma que ahora hay más aceptación y tolerancia hacia las conductas homosexuales. Los anteriores resultados adquieren una mayor significación si se considera que más de la mitad de los encuestados (el 57%) admite conocer personalmente a una persona cercana suya –amigo, amiga o pariente- que es homosexual o lesbiana. La encuesta agrega que existen diversas apreciaciones respecto de la homosexualidad sólo un 12% de los entrevistados opina que ésta y el lesbianismo “representa una desviación moral que no puede ser tolerada por la sociedad”, un 30% reporta que “corresponden a personas desviadas que deben ser tratadas

psicológicamente”, y un 58% opina que “representa una opción sexual tan legítima como cualquier otra”.

No obstante, pese a los avances registrados, la misma encuesta refiere que aún persiste la discriminación hacia la homosexualidad; un 94% de las personas opina que en Chile los homosexuales y lesbianas son discriminados/as y un 84% considera que dicha discriminación es injustificada. Aquellas personas que encuentran una justificación en dichas acciones discriminatorias, apoyan argumentos como: *que no son un buen ejemplo para los jóvenes, que son personas enfermas, no estamos preparados para aceptarlos, es desagradable verlos o tenerlos cerca, son inmorales, causan desconfianza, o bien, que deberían ocultar su condición.*

Dicha persistencia se puede apreciar también en preguntas que refieren a opiniones sobre proyectos de unión civil, matrimonio y la posibilidad de adopción de hijos. Frente a la pregunta “en muchos países europeos y en los Estados Unidos existen en la actualidad formas de unión civil que le garantizan a parejas del mismo sexo algunos derechos civiles. En la eventualidad de que el mismo sistema se propusiera para Chile, ¿cuán sería su nivel de acuerdo con la iniciativa?”, el 64% indica estar de acuerdo y muy de acuerdo, mientras que el 36% sostiene estar en desacuerdo y muy en desacuerdo. En contraste con ello, el matrimonio y la adopción de hijos establece una distancia mayor con la temática, y frente a la pregunta “en estos mismos países, en la actualidad se está discutiendo intensamente sobre la posibilidad que parejas del mismo sexo se casen civilmente en un matrimonio con los mismos derechos y deberes que el resto de los matrimonios, lo que incluiría la posibilidad de adoptar niños. En la eventualidad de que el mismo sistema se propusiera para Chile, ¿cuál sería su nivel de acuerdo con la iniciativa?”, el resultado se invierte, con un 34% que opina estar de acuerdo y muy de acuerdo y un 66% que sostiene estar en desacuerdo y muy en desacuerdo.

El *Informe Anual sobre Derechos Humanos en Chile* (2005:337) en materia de minorías sexuales, registra que hay casos de discriminación tanto a niveles estatales como de la sociedad civil. Se señala que “La discriminación que sufren los homosexuales, lesbianas, travestis y transgéneros es una de las más graves y difíciles de erradicar.”⁶²

³² En este estudio, realizado por el Programa de Acciones de Interés Público y Derechos Humanos de la Escuela de Derecho de la Universidad Diego Portales, se revisan hechos ocurridos durante un determinado período de tiempo que tengan relación con los derechos humanos. La entrega del año 2005, corresponde a hechos acaecidos durante el año 2004. Dicho informe posee distintas temáticas; entre ellas se abordan aspectos tales como condiciones carcelarias, abusos policiales, violaciones a los derechos humanos en el pasado (chileno), libertad de expresión, DDHH en mujeres, pueblos indígenas, inmigrantes, personas con discapacidad, derechos económicos, sociales y culturales. Así mismo se incluyen aspectos vinculados con derecho a la educación, a la salud y trabajo, incluyendo por cierto la temática de las Minorías Sexuales.

Uno de los obstáculos es que las minorías sexuales están estrechamente vinculadas a lo moral, a concepciones sobre lo que la sexualidad es y debe ser, sin que medie una óptica de protección de derechos, por lo que se cae en una versión estigmatizadora. El informe, denuncia que otro importante obstáculo es la superación de la discriminación, anclada en la aplicación indistinta que se hace del **artículo 373 del Código Penal** que se expide en relación con las ofensas a la moral y a las buenas costumbres. Lo anterior se traduce en una acción discriminadora en contra de las personas homosexuales, lesbianas, transgéneras y travestis. Se mencionan tres casos en los que la discriminación fue el eje central; el primero, *“el caso Atala”*; mujer lesbiana a quien le fue negada la tuición de sus hijas; en segundo lugar, episodios de discriminación al interior de establecimientos escolares, los cuales instalaron la discusión en torno a la diversidad sexual en las escuelas³³, y finalmente, se menciona la convocatoria de una marcha neonazi que fue prohibida por la Intendencia Metropolitana. Un cuarto hecho, casi emblemático en la realidad chilena es el del caso de la discoteca *“Divine”* ubicada en la ciudad de Valparaíso, lugar en donde en 1993, 16 personas murieron producto de un incendio que hasta el día de hoy no se ha esclarecido, pero que sin embargo, fue reabierto como caso a finales del año 2003. Con dicha apertura, se puede apreciar una mayor voluntad por parte del sistema judicial a casos de discriminación hacia personas homosexuales.

Por su parte, el MOVILH realiza de manera anual desde el año 2002, un Informe sobre los Derechos Humanos de las Minorías Sexuales, en el que se analizan todos los hechos que involucraron a gays, lesbianas y transgéneros durante el período. El III Informe Anual Sobre Derechos Humanos de las Minorías Sexuales Chilenas: 2004³⁴, no sólo describen aspectos relativos a la discriminación, sino que se reconocen avances y los nichos en los que aún se hace necesario seguir trabajando e impulsando una cultura de la tolerancia y no discriminación. Según lo anterior, se destaca una disminución de

³³ De manera paralela, una nueva política de educación sexual, habría puesto dentro de sus temas fundamentales, el de la orientación sexual.

³⁴ Estos informes, elaborados por el MOVILH han sido concebidos también para generar diálogos con autoridades y otros agentes de la sociedad civil. El informe fue revisado por el representante para América Latina de la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los DDHH, Roberto Carretón. Más allá de la denuncia de casos de discriminación, en otros capítulos se detallarán los avances y logros históricos del movimiento homosexual en las políticas públicas y en el derecho nacional e internacional, así como la interesante participación de las agrupaciones de minorías sexuales en actividades sociales, culturales, políticas, académicas. Se terminará con el catastro de importantes reuniones de activistas homosexuales con representantes del poder público, así como con el registro de pronunciamientos favorables inéditos emitidos por autoridades, una reseña de los hitos del 2004 y un análisis crítico del movimiento homosexual.

un 30% de los casos de homofobia y una fuerte discriminación en el Poder Judicial y los establecimientos educacionales. El informe concluye que Un importante aumento en los casos de discriminación dentro de establecimientos educacionales (alumnas y alumnos de enseñanza media y básica vieron como nunca violentados sus derechos a la educación ya sea por estar comprobada su homosexualidad, por apoyar la no homofobia o por sólo sospecharse conductas gays o lésbicas) y en instituciones como la Corte Suprema, en cuyo seno habría un importante grado de discriminación hacia las minorías sexuales.

Las denuncias o casos de discriminación disminuyeron en un 30% respecto 2003, en el 2004 se registraron un total de 46 hechos homofóbicos. Éstos se agrupan en (a) dos crímenes por homofobia (b) dos denuncias o casos de agresiones perpetradas por civiles, (c) una denuncia por agresión policial, (d) siete denuncias o casos de expulsión o despidos en espacios laborales y educacionales, (e) cinco campañas movilizadoras contra las minorías sexuales, (f) cuatro denuncias o casos de exclusiones o intentos de marginación institucional, (g) seis denuncias por exclusión o intentos de marginación de espacios públicos, (h) un caso de discriminación en espacios familiares o vecinales, (i) ocho declaraciones homofóbicas emitidas por autoridades o personajes públicos, (j) ocho casos de denuncias en los ámbitos mediáticos, del espectáculo y la cultura, (k) un caso de discriminación en el Caso Calvo, juez a cargo en uno de los casos más complejos sobre pedofilia en el país y (l) un caso de discriminación en el Caso Atala-López con 11 fuentes de homofobia (9 personales y dos institucionales).

Se registra una disminución en los casos de homofobia, lo que no se traduce en una disminución en su impacto, ya que en el 2004 los crímenes cometidos atentaban con crudeza en contra de los derechos humanos. En la misma línea y en un hecho sin precedentes, organismos internos se aliaron a instancias internacionales y extendieron invitaciones a personajes con peso en el mundo académico conservador, quienes vinieron a Chile con el objeto de contribuir a detener la apertura sociocultural y el avance del movimiento homosexual y de sus políticas.

Fueron 39 las personas identificadas por promover acciones o discursos discriminatorios, un 10 por ciento menos que el 2003. Del total de los casos, el 59 por ciento afectó sin distinciones a gays, lesbianas y transgéneros, el 17 por ciento exclusivamente a lesbianas, el 13 por ciento exclusivamente a transgéneros y el 11 por ciento exclusivamente a gays.

Se confeccionó un ranking de las instituciones más homofóbicas del país durante el 2004 entre las que se encuentran: 1) la Corte Suprema, 2) Liceo Metropolitano y Liceo Politécnico de San Ramón, 3) Tribunal de Garantía de Calama, 4) Liceo España de Concepción y Colegio Inmaculada Concepción de Valdivia, 5) La Iglesia de Jesucristo de los Santos de los Últimos Días, 6) Hospital Parroquial de San Bernardo, 7) Crea Vida, Enfoque a la Familia, Acción Familia y Nuestra Voz, 8) Primera, Quinta y 47 Comisarías del Área Metropolitana, 9) Iglesia Católica y 10) Universidad de Los Andes.

Con relación a la capacidad de reacción y respuesta del movimiento homosexual para denunciar, asesorar o solucionar los atropellos, el Movilh intervino en el 87 por ciento de los casos, cifra que supera al 68 por ciento del 2003. El año 2004 se caracterizó por un sostenido descenso de la homofobia cultural, esto es de la percepción ciudadana negativa hacia las minorías sexuales. Ello quedó en evidencia mediante diversos estudios que incluyeron el tópico de los derechos homosexuales. Estos estudios pasaron de 3, en el 2003, a 10 en el 2004.

Entre los principales hitos para la historia del movimiento homosexual fueron, en tanto, 1) El fallo de la Corte Suprema que quitó la tuición de sus hijas a una madre lesbiana, 2) El triunfo del periódico OpusGay sobre la prelatura del OpusDei, 3) La identificación, tras 11 años de lucha, de las víctimas fatales y sobrevivientes de la discoteca gay Divine, 4) Un fallo de la Segunda Sala de la Corte de Apelaciones de Arica que reconoció como válida una relación lésbica (hecho poco conocido), 5) La firma por parte del gobierno chileno de una resolución internacional de la ONU que repudia los crímenes por homofobia (hecho desconocido públicamente), 6) La fundación de la Primera Escuela para Homosexuales y Personas Viviendo con VIH/SIDA, iniciativa inédita en América Latina, 7) La lucha de Gabriela Martínez, estudiante del Liceo Politécnico de San Ramón alumna homosexual que ganó un caso al interior del sistema educacional, tras ser expulsada en razón de su orientación sexual, 8) La marcha de 300 estudiantes del Liceo Metropolitano junto al movimiento homosexual en favor de dos alumnos expulsados en razón de su orientación sexual. 9) El reconocimiento de la Iglesia católica chilena del derecho de las parejas homosexuales a regular su régimen patrimonial, 10) Por primera vez en la historia del movimiento no se registraron detenciones arbitrarias cursadas por carabineros en razón de la orientación sexual y amparadas en el artículo 373 del Código Penal y 11) La inclusión estable de una comediante transgénero en un programa de televisión abierta.

Por otra parte, desde la subjetividad y desde el movimiento lésbico, el Bloque Lésbico en Chile plantea la existencia de lo que denomina *Lesbofobia* que se manifiesta principalmente en la familia, dado que para una lesbiana es mucho más difícil buscar apoyo en ese ámbito por el temor a la calificación de las relaciones lésbicas como disfuncionales. Por su parte, las instituciones del Estado, específicamente en el caso de la policía, se plantea que si alguna lesbiana acude a ella para hacer una denuncia se expone a reacciones lesbofóbicas muy fuertes y tampoco es tomada en cuenta. Las denuncias, de haberlas, pueden realizarse sólo por agresión física (por parte de una tercera, no dentro de una pareja), sin considerar casos de violencia psicológica o sexual porque, a juicio de la policía, no hay forma de comprobarla ya que no se considera una relación de pareja. La lesbofobia también es la causa de que el sistema de justicia no tome el abuso en una pareja lesbiana de manera seria. Este grupo señala que la violencia dentro de las parejas lésbicas no es muy distinta al de las parejas heterosexuales en cuanto a forma de proceder, motivación y respuesta. A su vez plantea que las lesbianas “nos encontramos con el conflicto de la no protección legal frente esta situación, atención psicológica ni protección especializada. En este sentido, no sólo hay discriminación, sino la negación de las conductas de violencia, lo que conlleva a la no realización de estudios, poder contar con registros estadísticos, etc.” (Bloque Lésbico, s/f).

LO TRANS

Trans, es la palabra y categoría que intenta resumir e incluir a las personas categorizadas dentro de *lo intersexual*, *lo travesti* y *transexual*, tanto en dirección de lo femenino como a lo masculino. Estas últimas categorías obedecen a denominaciones provenientes desde el ámbito psiquiátrico, y no logran reflejar la diversidad que dentro de cada una de ellas existe.

En un este proceso de incipiente abertura hacia la diversidad sexual, en abril del año 2005 se realizó el primer Encuentro Transgénero de Valparaíso, que contó con la autoría de la Corporación Chilena de Prevención del SIDA. Desde un espacio de relativo silencio, las organizaciones de GLTB han dado cada vez más cabida a las personas *trans*. Es a principios del 98, momento en que se crea el MUMS (grupo que emerge fruto de la fusión del Centro Lambda Chile y el MOVILH) cuando surge la necesidad de integrar el trabajo que realizaban con la población travesti, caracterizada como “segmento de la población de minorías sexuales profundamente vulnerable en términos sociales, biológicos, y afectivos [...] abordar un trabajo con una población

profundamente marginada en lo social, tanto por su orientación sexual, su expresión de género y el ejercicio del comercio sexual como forma de sobrevivencia” (MUMS, 2002: 3).

En Chile se realizó el Primer encuentro en el año 2005. En aquella instancia, se estableció una definición de *lo transgénero* como: “La palabra transgénero significa ‘al otro lado’, ‘a través de’, socialmente es el traspaso o la trasgresión del rol y de la identidad de género asignados para cada sexo; las personas transgéneros tuercen y desafían los roles de género sexualmente establecidos por una sociedad que intenta controlar, clasificar y normalizar a las personas según sus características sexuales genitales” (SIDACCIÓN, 2005). La mayor presencia de una comunidad transgénero, se debe en parte a una flexibilización de las normas asociadas al control del comercio sexual que habría tenido lugar a fines de los ochenta y principios de los noventa. Período significativo, ya que se inaugura también la instalación de la democracia en Chile; los gobiernos anteriores a la dictadura habrían establecido rígidas normas en torno al comercio sexual que llegaban a penas de cárcel en casos extremos. Entre los escollos que las personas transgéneras identificaron en dicha instancia está la derogada Ley de Detención por Sospecha. En virtud de ella, eran detenidos aquellas personas cuya identidad no coincidiera con su apariencia física. Bajo la aplicación de dicha ley, travestis y transgéneras fueron arrestadas y sometidas a vejámenes que incluyeron en algunos casos episodios de violencia (SIDACCION, op. cit. p, 13).

Este informe, señala que “Los espacios ocupados por ellas siguen siendo, en este período, principalmente aquellos lugares donde pueden ejercer el comercio sexual en la vía pública.” (SIDACCION, op. cit. p, 14). El comercio sexual sería *la actividad permitida* a este grupo de personas, actividad que por lo demás no se encuentra normada en nuestro país. Al no estarlo, la autoridad se basa en el artículo 373 para ejercer el control que acarrea maltratos y malos entendidos.

En la actualidad existen tres organizaciones que destacan en el ámbito de las personas travestis: Traves Chile, Traves Navia y el Sindicato independiente de trabajadoras sexuales transgénero Amanda Jofré. En el caso de Traves Navia, la convocatoria oficial, estuvo dirigida a personas transgénero, no obstante llegaron personas desde el mundo gay y lésbico que también se unieron³⁵. Se

³⁵ Esta organización, con personalidad jurídica, posee permiso de la Municipalidad de la comuna de Cerro Navia para funcionar.

definen como una organización sin fines de lucro y une a personas provenientes de distintas comunas. Un trabajo fundamental que se establece desde la organización, es el que tiene que ver con un trabajo de sensibilización hacia el consultorio de salud, en el que se atienden muchas personas transgéneras que ejercen el comercio sexual. En el consultorio, han logrado establecer prácticas que no vejen a quienes consulten, estableciéndose por ejemplo, la ficha doble, en la que se registran el nombre que aparece en el carnet de identidad (DNI) y otro, en el que aparece el nombre que las personas transgéneras han ocupado.

Una de las problemáticas, que se suma a las de discriminación y la prevención del VIH/SIDA y ETS, es el de la intervención del cuerpo que muchas de las personas transgéneras realizan de manera clandestina y sin supervisión médica ni profesional. En marzo del 2006 fueron descubiertas tres personas que realizaban implantes de silicona de manera clandestina en una clínica de la comuna de Independencia de la Región Metropolitana. Las intervenciones eran efectuadas principalmente en personas que ejercen el comercio sexual, quienes acudían al lugar señalado o bien, se realizaba a través de una visita al domicilio y carecían de condiciones de higiene necesarias para realizar ese tipo de acciones, además de haber utilizado instrumentos inadecuados, como por ejemplo, la noticia de la Radio Cooperativa (21/10/2005): “Un transexual y dos travestis realizaban implantes de silicona clandestinos”. Noticias como ésta, pone en evidencia una práctica común dentro del mundo travesti, que claramente las pone en riesgo de vida.

Parte de la información sobre la población *Trans* fue recogida a través de una entrevista realizada en mayo de 2006 con Claudia Rodríguez, integrante del MUMS, ya que no existen documentos que registren el número de personas *trans* en Chile, ni cifras que se refieran a él en términos de discriminación. Lo *trans* irrumpe como un discurso emergente y polémico dentro del movimiento homosexual. La entrevistada señala dos conceptos claves en la experiencia *trans*: el de la negociación, y el de la cronología del cuerpo. Ambos se hayan vinculados entre sí y representan aspectos centrales en la subjetividad *trans*.

La *negociación* por una parte, incluye aspectos vinculados con los esfuerzos y acciones concretas que las personas *trans* generan a partir de su ser y en el contacto que sostienen sus entornos. Es un constante intento por conciliar aspectos de su subjetividad y corporalidad. La familia es uno de los primeros lugares en los que este proceso tiene ocurrencia, y más ampliamente la localidad a la que se pertenece. No obstante, el proceso de negociación obedece también a un encuentro

con la necesidad económica que se articula con un proceso de cambio que no necesariamente pasa por un cambio corporal, pero que sí se vincula con una reinención del cuerpo. Es en este proceso constante, en el que la *cronología del cuerpo* se rastrea en distintos momentos, dependiendo de las vivencias y contextos personales. Existen distintos niveles de intervención, que van de manera gradual recreando el cuerpo a través de distintos medios, siendo la *reasignación de sexo*³⁶ la acción considerada de mayor significancia. En esta cronología, cabe destacar dos aspectos centrales: la hormonización (consumo de hormonas para la adquisición de características sexuales secundarias) y la intervención del cuerpo. Respecto de ellos se teje una problemática que afecta directamente la salud física de las personas que deciden comenzar este proceso. Es así como por ejemplo se citan intoxicaciones o intervenciones corporales con elementos nocivos.

Hablar de proceso, implica reconocer acciones en y sobre el cuerpo, pero también es éste el que debe comenzar a habitar los espacios y momentos de manera distinta. Entonces, la dualidad entre el día y la noche, es una distinción aún más brusca en el caso de lo *trans*, ya que las transformaciones que se van sucediendo en los cuerpos y subjetividades, tienden a situarse en lo nocturno. Sumado a eso, la necesidad de salir de contextos contrarios a las decisiones personales y de poder dar realidad a los cambios, supone contar con recursos económicos que permitan llevarlos a cabo. En la mayoría de los casos sucede que el comercio sexual es la respuesta no solo a esta necesidad de recursos, sino que permite una socialización con el mundo de las/los pares con quienes se experimentará una nueva forma de vida. Rodríguez, señala que la búsqueda de recursos a través del comercio sexual viene a representar en algunos casos la manera en la que se negocia el cuerpo: “la pobreza se enclava en tu cuerpo. Éste es el único bien que tienes para intercambiar con la sociedad”.

En el ámbito de la salud, se desconoce casi por completo el tema *trans*³⁷. Al no existir un espacio legitimado en el ámbito de la salud en el que las personas *trans* accedan a un tratamiento profesional que acompañe esta transformación, éstas son realizadas por pares que poseen experiencia en

³⁶ Rodríguez, señala que a principios de la década de los 70 en Chile se realiza la primera intervención quirúrgica de cambio de sexo a cargo del cirujano Guillermo Mac-Millan en un hospital público de Valparaíso.

³⁷ La Décima revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10) define al transexualismo como “el deseo de vivir y ser aceptado como un miembro del sexo opuesto, que suele acompañarse por sentimientos de malestar o desacuerdo con el sexo propio y de deseos de someterse a tratamiento quirúrgico u hormonal para hacer que el propio cuerpo concuerde lo más posible con el sexo preferido” (pg, 266). Asimismo, la CIE 10 establece pautas para su diagnóstico, las que incluyen que la identidad transexual haya estado presente al menos por dos años y que no haya sido un síntoma de otro trastorno mental, ser parte de otra anomalía intersexual o derivada de la genética.

este proceso y quienes ofrecen estos servicios. De ahí también, que estas intervenciones no se realicen de la manera más adecuada, de modo tal que la salud de las personas *trans* se puede ver involucrada en serios peligros. Fundamentalmente, el implante de silicona en el pecho lleva a muchas de las personas *trans* que transitan hacia lo femenino, a intervenir de manera *artesanal* los cuerpos de sus mismas compañeras. Esto no implica que en todos los casos se opte a la reasignación de sexo. Ésta no siempre es la respuesta a lo *trans*, la cirugía de asignación de sexo es vista como uno de los hitos más importantes en la experiencia de lo *trans*, sin que por ello llegue a constituirse en el objetivo final de las personas. Esta operación se lleva a cabo en Chile de manera legal y sujeta a un riguroso proceso diagnóstico. Es así como aquellas personas que desean y pueden acceder a la cirugía de reasignación de sexo, deben cumplir con el diagnóstico de transexualismo, en el que quede descartado que cualquiera manifestación de éste sea un proceso secundario a otra enfermedad mental. Se hace hincapié en la diferenciación con formas de esquizofrenias y trastornos límites de la personalidad. Todo ello se lleva a cabo por medio de consulta psiquiátrica para realizar el diagnóstico, e implica recursos y un período considerable de tiempo.

En una crítica a la cirugía de reasignación de sexo, Rodríguez dice que ésta constituye más allá de una necesidad legítima en muchas personas, una tendencia a la *heterosexualización*. Vale decir, que el modelo binario de hombre-mujer sigue prevaleciendo como finalidad en la realización de estas operaciones. El saber médico vuelve por tanto, a definir o establecer lo que es auténtico, pero en base al binarismo del hombre y de la mujer, sin considerar a los distintos tránsitos que van desde lo masculino a lo femenino y desde lo femenino hacia lo masculino. “Así, desde la ciencia médica, la reparación de este “casi” ser, de esta “no persona”, se justifica a través del diagnóstico psiquiátrico de una autenticación del trastorno transexual, para su heterosexualización, un individuo completamente moral” (Rodríguez, 2005). De ahí, que la autora, proponga el concepto de *dualidad*; “un lugar de resistencia ante lo hegemónico”. Agrega, que una vez realizada la reasignación y ante la comunidad *trans*, hay quienes re-categorizan la acción operatoria y la vuelven a situar en un plano polar y binario: el operado/el castrado.

La pregunta de fondo que plantea esta autora respecto de todos los procesos envueltos en la experiencia *trans*, es la que señala: “Con todos los cambios que una persona *trans* realiza en su cuerpo, en su identidad, en los aspectos civiles de cambio de nombre; ¿es posible garantizar que con todo ello, mis derechos como persona van a ser respetados?”

AGRUPACIONES GLTTB

El movimiento gay, lésbico y de personas transgéneras no se ha unificado. No es posible hablar de una comunidad homosexual que agrupe de manera íntegra a los grupos de hombres y mujeres homosexuales y de personas transgéneras. Pese a que no existen agendas comunes, ni áreas de intereses que podrían eventualmente definir un movimiento con mayor integración, la diversidad de grupos han logrado instalar sus demandas en lo público de manera organizada, por ejemplo, a través de las *Marchas del Orgullo Gay* celebradas en septiembre con motivo de la conmemoración del atentado a la discoteque *Divine* en la ciudad de Valparaíso. La gran parte de las organizaciones participa en los distintos casos de discriminación y de violación de derechos de las personas homosexuales.

Se destacan por su trayectoria distintos grupos de personas que se han abocado a trabajar en pro de la diversidad sexual en sus distintos ámbitos, incluyendo de manera progresiva a las personas transgénero entre su población objetivo. Además, y desde una creciente preocupación de los gobiernos de la concertación por las organizaciones sociales, la Dirección de Organizaciones Sociales (Diario de la Sociedad Civil, s/f) ha impulsado la generación y desarrollo de organizaciones de distinta índole. Entre aquellas que destacan con trabajo con personas gays, lesbianas y transgéneros, están: Movimiento Unificado de Minorías Sexuales, Movimiento de Liberación Homosexual, SIDACCIÓN, Coordinadora Lésbica, Rompiendo el Silencio, Las Otras Familias, CUDS: Coordinadora Universitaria por la diversidad sexual (ver anexo 1)

ARTES, LITERATURA Y MEDIOS

En ámbitos como el arte, la literatura y los medios de comunicación, se registran algunos hechos que han puesto a la homosexualidad, principalmente la masculina, en los principales medios de comunicación. Lo anterior va más allá de las apariciones *negativas* sobre atropellos a derechos sexuales de personas homosexuales y transgéneras, y se sitúan en una caracterización que ha superado al menos nociones extremadamente negativas. Por una parte, en el ámbito de la televisión pública, se registran en el año 2002, dos telenovelas nacionales en las que personajes son abiertamente homosexuales o gays. Una de ellas, transmitida por el Televisión Nacional (TVN) llamada "Puertas Adentro" mostraba a una pareja de homosexuales adultos, habitantes de una población marginal de la ciudad de Santiago. Temporadas atrás, y en esta misma estación televisiva, aparecía el personaje de un hombre

seropositivo, que habría adquirido el virus en una relación con un hombre. La otra teleserie *Machos*, transmitida por la estación católica, mostraba a un personaje homosexual que debía hacer frente a su salida del closet en un contexto familiar adverso y machista, teniendo que llevar una vida solitaria y centrada en los problemas surgidos tras su *confesión*³⁸. Dicha apertura, ha sido mantenida por Televisión Nacional de Chile, quienes han incluido progresivamente personajes gays dentro de sus teleseries³⁹.

Por otra parte, el espacio literario ha sido de fecunda creación. Importantes escritores y obras de notable innovación y de lucha han consagrado a escritores como Pedro Lemebel como uno de los íconos de las sexualidades disidentes. Por otra parte, Juan Pablo Sutherland quien publicó en el año 2002 "A corazón abierto. Geografía Literaria de la Homosexualidad en Chile" libro que sacó del closet parte importante de la literatura nacional. Sin duda alguna, las obras de éstos y otros/as autores/as han posibilitado una instalación progresiva de la temática homosexual y en general de todas las sexualidades en el ámbito no sólo artístico cultural, sino también en el espacio mediático y político.

LA DIVERSIDAD SEXUAL EN EL DIAL: TRIANGULO ABIERTO.

"*Triángulo Abierto*" es el nombre de un programa fundado por el grupo de comunicaciones del MUMS, quienes en conjunto con feministas de la Casa de la Mujer la Morada, instalaron en la Radio Tierra, el primer programa radial gay lésbico de Chile. Con diez años en el aire, el programa se ha convertido "en una herramienta comunicacional necesaria para lograr los objetivos políticos que nos propusimos, tal vez el más relevante 'hablar con nuestras propias voces, representando nuestras propias imágenes' esto por una parte generaba un formato adecuado para baipasear la constante edición de las apariciones en medios de comunicación y su trámite visual / polémico y además nos relacionaba cercanamente con el mundo social, caracterizado por la apuesta de Radio Tierra" (Nuñez, 2004). En la actualidad es transmitido todos los martes de 19:00 hrs. a 20:00 hrs. en el 1.300 del dial AM en Radio Tierra.

³⁸ Para adquirir mayores referencias respecto de las distintas formas en las que ha aparecido la homosexualidad en los medios de comunicación, se sugiere consultar Olavaria y Márquez (2004).

³⁹ Transmitido en horario de 20:00 a 21:00 hrs, la teleserie "Cómplices" en donde dos actores encarnan una pareja de hombres gay.

1.2. LEGISLACIÓN, NORMAS Y REGLAMENTOS

Respecto a la legislación que se asocia a la población GLTB, se reconocen **artículos dentro del Código Penal y Código Civil** que son utilizados en ocasiones para justificar acciones discriminatorias.

En los antecedentes históricos se registran las políticas de represión e *higiene social* que en la década de 1930 y bajo la dictadura de Carlos Ibáñez del Campo afectaron al país. Por otra parte, en 1954 se dicta la **Ley de Estados Antisociales**, iniciativa que tenía como propósito recluir a *los indeseables*: locos, vagabundos y homosexuales. Uno de los grandes hitos de la historia del movimiento homosexual chileno, fue el de la despenalización de la sodomía, que tuvo lugar el 23 de diciembre de 1998. En esa ocasión fue publicada en el Diario Oficial la Ley 19.617 que reforma el Código Penal en materia de delitos sexuales. Esta nueva legislación abrogaba la disposición que criminalizaba las relaciones sexuales consentidas entre personas adultas del mismo sexo (mayores de 18 años). Establece que la edad de consentimiento de las relaciones sexuales de personas del mismo sexo es a los 18 años. Con dicha medida, la homosexualidad entre varones perdía la cualidad de práctica ilegal, ya que en el pasado, la ley castigaba con cinco o más años de cárcel o según la discreción del juez la conducta de sodomía. No obstante, es necesario poner especial atención a lo que dice el Código Penal en su artículo 365 respecto a la sodomía, la cual se tipifica en caso de que esté involucrado un menor de edad: “El que accediere carnalmente a un menor de dieciocho años de su mismo sexo, sin que medien las circunstancias de los delitos de violación o estupro, será penado con reclusión menor en sus grados mínimo a medio.”⁴⁰

Pese a la derogación del 365, la homosexualidad seguía sujeta a los criterios del artículo 373 del Código Penal, que establece el respeto a la moral y las buenas costumbres. En su título 8 “De los ultrajes públicos a las buenas costumbres (Arts. 373-374)”, el Código Penal establece en el artículo 373: “Los que de cualquier modo ofendieren el pudor o las buenas costumbres con hechos de grave escándalo o trascendencia, no comprendidos expresamente en otros artículos de este Código, sufrirán la pena de reclusión menor en sus grados mínimo a medio.” Es este artículo el que ha concitado la mirada de las distintas agrupaciones de personas homosexuales, hombres o mujeres y transgéneros, al igual que las personas que ejercen el comercio

⁴⁰ Artículo 365 del Código Penal. Última Modificación : LEY-20090 11.01.2006

sexual, ya que entrega al criterio de quien ejerce la ley, los componentes de la moral y la definición totalmente arbitraria de lo que se entiende por buenas costumbres.

En su título VIII se refiere a “*Ultrajes públicos a las buenas costumbres*”, y posee dos artículos el 373 y 374; el primero de ellos se refiere a “Los que de cualquier modo ofendieren el pudor o las buenas costumbres con hechos de grave escándalo o trascendencia, no comprendidos expresamente en otros artículos de este Código, sufrirán la pena de reclusión menor en sus grados mínimo a medio”.

En otro ámbito, referido al cambio de nombre que algunas personas transgéneras realizan durante el proceso de reasignación sexual, o bien quienes sólo desean modificar su nombre, la ley que regula dicho aspecto es la Ley No. 17.344 que autoriza el cambio de nombres y apellidos en los casos que indica⁴¹. Esta ley regula la posibilidad de que las personas cambien su nombre según distintos criterios y razones, pero que dicho cambio solo puede ser realizado una vez de manera simple. No obstante, un segundo cambio contrae un trámite más engorroso y de duración mucho mayor. En su artículo 1 se expresa que “Toda persona tiene derecho a usar los nombres y apellidos con que haya sido individualizada en su respectiva inscripción de nacimiento. Sin perjuicio de los casos en que las leyes autorizan la rectificación de inscripciones del Registro Civil, o el uso de nombres y apellidos distintos de los originarios a consecuencia de una legitimación, legitimación adoptiva o adopción, cualquiera persona podrá solicitar, por una sola vez, que se la autorice para cambiar sus nombres o apellidos, o ambos a la vez”. La ley se plantea ante los siguientes casos:

- a) Cuando unos u otros sean ridículos, risibles o la menoscaben moral o materialmente;
- b) Cuando el solicitante haya sido conocido durante más de cinco años, por motivos plausibles, con nombres o apellidos, o ambos, diferentes de los propios, y
- c) En los casos de filiación no matrimonial o en que no se encuentre determinada la filiación, para agregar un apellido cuando la persona

⁴¹ Ley 17.344: Autoriza el cambio de nombres y apellidos en los casos que indica, publicada en el Diario Oficial 22.09.1970

hubiera sido inscrita con uno solo o para cambiar uno de los que se hubieren impuesto al nacido, cuando fueren iguales.

d) En los casos en que una persona haya sido conocida durante más de cinco años, con uno o más de los nombres propios que figuran en su partida de nacimiento, el titular podrá solicitar que se supriman en la inscripción, en la de su matrimonio y en las de nacimiento de sus descendientes menores de edad, en su caso, el o los nombres que no hubiere usado.

Con relación a los procedimientos que se deben considerar en las operaciones de reasignación de sexo se verifica la inexistencia en la legislación Chilena de alguna ley que de manera explícita se refiera a la transexualidad. Aquellas personas que requieren una intervención tal, deben por tanto apoyarse en resquicios e interpretaciones de las leyes y artículos de la Constitución de Chile. Entre ellos, Claudia Rodríguez (2006) identifica como centrales “El respeto y la protección de la dignidad humana, el derecho al libre desarrollo de la personalidad, y a la identidad y orientación sexual son los aspectos reflejados en las leyes”. El procedimiento que sigue a la reasignación de sexo, y con miras a certificar el nuevo sexo y cambiar el nombre es el de una presentación del caso a un Tribunal Civil. A éste se le hace una presentación de la documentación que explicita el diagnóstico de transexualismo, elaborado por profesionales psiquiatras y psicólogos. Además de los certificados que acrediten las operaciones de readecuación genital y tratamiento en base a hormonas. Quienes están a cargo de corroborar la efectiva realización de la reasignación de sexo, tanto en los casos de varones y mujeres es el Instituto Médico Legal⁴², quienes a través de sus especialistas realizan evaluaciones. Adicionalmente, ante el o la interesada debe presentar testigos que acrediten que lleva una vida como mujer o varón, que es conocido y reconocido por su nombre de mujer o varón, a lo menos por un período de 3 años. En síntesis, Rodríguez resume los pasos hacia la reasignación de sexo y del cambio de nombre en:

- Consulta Psiquiátrica; para evaluación inicial, ella deriva a un Psicólogo.
- Psicólogo; evaluaciones, test de Psicodiagnóstico Rorschach.

⁴² El Servicio Médico Legal tiene como misión “Asesorar a los Tribunales de Justicia y al Ministerio Público, en materias médico – legales, a través de la realización de pericias tanatológicas, psiquiátricas, clínicas y de laboratorio, con especial énfasis en la calidad, oportunidad y objetividad pericial, garantizando un trato digno a las personas. Colaborar con las universidades por medio de la investigación y la docencia, y trabajar de manera coordinada con la Policía de Investigaciones y Carabineros de Chile” Página web: <http://www.sml.cl>

- Diagnóstico Trastorno de Identidad de Género, Transexualismo.
- Psiquiatra, deriva a Endocrinólogo o Ginecólogo.
- Presentación Tribunal Civil, cambio de nombre y sexo.
- Finalmente, empiezan las operaciones de diferentes tipos.

Antes del 2005 el Registro Civil negaba a las personas Trans la posibilidad de fotografiar su rostro con maquillaje y sin tomar el pelo. Esta situación, evidenciaba la necesidad de que en la foto del documento de identidad existiese coherencia entre la fotografía y el nombre y sexo de la persona. Dichas normas según Rodríguez (2006) “respondían a criterios personales de los funcionarios, dado el vacío jurídico, mas el ejercicio de los derechos de las personas Trans, con mayor acceso a información y presión desde las organizaciones GLBT, acceden a un documento de Identificación, mas o menos adecuado a su realidad”.

Una de las leyes problemáticas para las personas transgéneras, ya derogadas en 1998, guardaba relación con la Ley de Detenciones por Sospecha, de la cual se amparaban funcionarios de la policía para realizar controles de identidad en las personas. La razón de la aprehensión radicaba en que los datos que aparecían en la cédula de identidad coincidieran con las características de quien se pedía la identificación. No obstante, actualmente la policía está facultada para solicitar la identificación a personas en *casos fundados*, como la participación en un delito o el conocimiento de información sobre el mismo, según lo establece la Ley 19.942⁴³, que vino a reformar las normas de los Códigos de Procedimiento Penal y Procesal Penal relacionadas con el control de identidad. El proceso de verificación de identidad no podrá durar más de 6 horas, y el cuerpo policial tiene dos alternativas: poner en libertad a la persona o detenerla. Lo último sólo es atendible cuando a quien se requiere la identidad, entrega una falsa, o bien cuando existen indicios de que la ocultó o simplemente cuando la persona negó a identificarse. Si es que se pasa a la detención, será entregado al Fiscal o al Juez, dentro de las 24 horas siguientes, y será acusado de ocultamiento de identidad o negativa de darla a conocer a la autoridad, faltando así al Código Penal. La ley establece también que el procedimiento en su totalidad deberá realizarse en forma

⁴³ Ley 19.942, Modifica los Códigos de Procedimiento Penal y Procesal Penal en Materia de Control de Identidad, publicada en el Diario Oficial 15.04.2004

expedita y sin abuso, de caso contrario la autoridad policial cometería el delito denominado de *apremios o vejaciones*.

Englobando quizás a la mayoría de la población GLTB, el concepto proveniente de la epidemiología de Poblaciones Vulnerables Prioritarias (PVP) se ha insertado progresivamente en la nomenclatura de la prevención del VIH/SIDA y las ETS en Chile. Es la Ley de SIDA⁴⁴ en la que se establecen normas en torno al virus del SIDA. Someramente, la ley establece un marco regulatorio frente a la prevención, diagnóstico y control de la infección provocada por el VIH, así como en el ámbito de la asistencia y atención a los pacientes viviendo con el virus. La ley pone énfasis en el libre e igualitario ejercicio de los derechos por parte de las personas portadoras, "sin discriminaciones de ninguna índole, constituyen un objetivo sanitario, cultural y social de interés nacional". Es tarea del Estado por tanto, brindar dichas garantías, así como también elaborar políticas basadas en investigaciones y, en conjunto con información epidemiológica, poder desarrollar políticas específicas para los diversos grupos de población, en especial aquellos con mayor vulnerabilidad entre los que se reconoce a las mujeres y los menores.

Asimismo, el 10 de julio de 2003 ingresó a la Cámara de Diputados un proyecto de Ley de "Fomento de la no discriminación y contrato de unión civil entre personas del mismo sexo"⁴⁵. El proyecto actualmente se encuentra en la Comisión de Familia de la Cámara de Diputados y sin urgencia definida. No es posible hablar de *matrimonios entre personas del mismo sexo*, pues el Código Civil en el artículo 102 establece que "El matrimonio es un contrato solemne por el cual un hombre y una mujer se unen"; por tanto, la figura del matrimonio entre personas del mismo sexo, es considerada por la jurisprudencia como contraria al orden público nacional. Al respecto, una sentencia de la Corte Suprema establece que "no pueden reconocerse en Chile aquellos matrimonios que contravengan el orden público chileno, cualquiera que sea el valor que se les atribuya en la legislación del país en que se contrajeron".

El "Proyecto de Ley de Fomento de la no discriminación y contrato de unión civil entre personas del mismo sexo"⁴⁶, tiene por objeto "regular la unión

⁴⁴ Ley 19.779, Establece normas relativas al virus de inmuno deficiencia humana y crea bonificación fiscal para enfermedades catastróficas, publicada en el Diario Oficial el 14.12.2001.

⁴⁵ La propuesta fue presentada por los Diputados, Enrique Accorsi, Gabriel Ascencio, Víctor Barrueto, Patricio Hales, Antonio Leal, Osvaldo Palma, Pablo Prieto, Fulvio Rossi, María Antonieta Saa, Carolina Tohá y Ximena Vidal, Boletín N° 3283-18 "Fomento de la no discriminación y contrato de unión civil entre personas del mismo sexo."

de las parejas homosexuales en Chile y como una de sus características definitorias el adecuarse a los avances científicos y legales existentes a nivel mundial y nacional en relación a los derechos humanos de las minorías sexuales. La propuesta se contextualiza en la realidad sociocultural y jurídica chilena y, por tanto, no persigue el matrimonio entre personas del mismo sexo, sino sólo asegurar un piso de estabilidad emocional y patrimonial básica a los miembros de la pareja, en especial cuando una de las partes fallece. En ningún caso el proyecto afecta los valores de la familia tradicional, toda vez que sus artículos resguardan dicha institución. El proyecto emerge desde el hecho de la discriminación hacia las personas homosexuales como extendido en distintas culturas y en los niveles cultural, económico, jurídico y político. En el proyecto se señala que debe existir una legislación adecuada de modo que la vida en pareja no se constituya en un privilegio alguno.

Contrarios a éstos, existen iniciativas para recalcar y re-legitimar la pareja heterosexual como definitoria de las relaciones de hecho. Es así como en el Proyecto de Ley que “Establece un régimen Legal para las uniones de hecho”⁴⁷ se plantea en su artículo primero que dichas uniones son “las constituidas por un hombre y una mujer mayores de dieciséis años, que hayan convivido de un modo público, libre y exclusivo por un período ininterrumpido no inferior a un año. No se exigirá el plazo señalado en caso de existir hijos comunes”.

En otro proyecto de ley⁴⁸, referido a la adopción de menores por extranjeros, además de enfatizar la designación de matrimonios entre hombres y mujeres, se agrega casi al final del documento “Artículo único: Para agregar un nuevo inciso segundo, pasando el actual inciso segundo y tercer a ser tercero y cuarto respectivamente “El Juez solo podrá otorgar la adopción de un menor a un matrimonio extranjero no residente en Chile cuando se trate de cónyuges de diferente sexo”.

⁴⁶ Boletín N° 3283-18 “Fomento de la no discriminación y contrato de unión civil entre personas del mismo sexo” 10 de Julio, 2003, Sin urgencia.

⁴⁷ Boletín N° 3494-07 “Proyecto de ley que establece un régimen legal para las uniones de hecho.” Ingresada el Miércoles 7 de Abril, 2004. Sin urgencia.

⁴⁸ Boletín N° 3847-18: Modifica el artículo 31 de la ley N° 19.620, “Sobre adopción de menores, por parte de matrimonios extranjeros no residentes en Chile”. Ingresado el 20 de abril de 2005.

1.3. JURISPRUDENCIA

El caso más emblemático sobre discriminación por orientación sexual es el denominado “*Jueza Atala*” o en rigor, el caso “*López Átala*”. Este es un caso de demanda por el cuidado personal -o tuición- de tres niñas menores, por su padre quien demandó a la madre de las niñas, Karen Átala, que tenía el cuidado de éstas luego de su separación. El fundamento de la demanda fue que la madre había asumido su condición de lesbiana, llevando a su pareja, del mismo sexo, a convivir con ella, junto a sus hijas.

El padre de las menores argumentó que la condición homosexual de la madre de las niñas provocaba daños en el desarrollo integral psíquico y en el ambiente social de las tres menores; que el interés de sus hijas hacia necesario precaver las consecuencias perniciosas que les provocaría criarse bajo el cuidado de una pareja homosexual y que, en cambio, la vida junto a él, heterosexual, les brindaría un mejor desarrollo personal.

Ante este caso, tanto el tribunal de primera instancia como la Corte de Apelaciones respectiva declararon la tuición definitiva de las menores a la madre, sosteniendo que la homosexualidad de la madre no vulneraba los derechos de las hijas, ni la privaba de sus derechos de madre.

El demandante interpuso un recurso de queja en contra de la sentencia de segunda instancia, el que fue fallado por la Corte Suprema. Esta revocó el fallo de segunda instancia, otorgando la tuición de las menores al demandante⁴⁹. Para ello, argumentó que:

“DÉCIMO SEXTO.- [...] no es posible desconocer que la madre de las menores de autos, al tomar la decisión de explicitar su condición homosexual, como puede hacerlo libremente toda persona en el ámbito de sus derechos personalísimos en el género sexual, sin merecer por ello reprobación o reproche jurídico alguno, ha antepuesto sus propios intereses, postergando los de sus hijas, especialmente al iniciar una convivencia con su pareja homosexual en el mismo hogar en que lleva a efecto la crianza y cuidado de sus hijas separadamente del padre de éstas;

⁴⁹ Corte Suprema, “*López Átala*”, Causa Rol 1193-03, 31 de mayo de 2004.

DÉCIMO SEPTIMO.- Que, aparte de los efectos que esa convivencia puede causar en el bienestar y desarrollo psíquico y emocional de las hijas, atendida sus edades, la eventual confusión de roles sexuales que puede producirseles por la carencia en el hogar de un padre de sexo masculino y su reemplazo por otra persona del género femenino, configura una situación de riesgo para el desarrollo integral de las menores respecto de la cual deben ser protegidas;

DÉCIMO OCTAVO.- Que, por otro lado, fuerza es admitir que dicha situación situará a las menores López Átala a un estado de vulnerabilidad en su medio social, pues es evidente que su entorno familiar excepcional se diferencia significativamente del que tienen sus compañeros de colegios y relaciones de la vecindad en que habitan, exponiéndolas a ser objeto de aislamiento y discriminación que igualmente afectará a su desarrollo personal.”

De esta manera, la Corte Suprema razona que el lesbianismo de la madre configuraría una causal, de acuerdo al artículo 225 del Código Civil, que justifica que ella pierda el derecho de seguir cuidando a sus hijas, pues su homosexualidad pone en riesgo el desarrollo moral, personal y social de las menores, inhabilitándola para ejercer su rol de madre.

El fallo no fue adoptado por unanimidad existiendo, en efecto, dos votos disidentes. Al fundamentar su disidencia, los jueces sostuvieron que habría una discriminación y que su condición de lesbiana no constituye una inhabilidad de ser madre:

“NOVENO.- Que [...] los dictámenes que obran en los autos agregados, tanto los psicólogos como las asistentes sociales, infieren que la homosexualidad de la madre no vulnera los derechos de las niñas, ni priva a aquella de ejercer su derecho de madre, ya que desde una perspectiva psicológica o psiquiátrica, a juicio de dichos expertos, se trata de una persona absolutamente normal. De ello puede desprenderse que está también habilitada, como sucede en la realidad para ejercer como Jueza, cargo para en cuyo desempeño no aparece cuestionada su moralidad.

En tal emergencia, restarle a la madre, sólo por su opción sexual, la tuición de sus hijas menores de edad –como lo ha requerido el padre sobre la base de apreciaciones netamente subjetivas- involucra imponer tanto a aquellas

como a la madre una sanción innominada y al margen de la ley, amén de discriminatoria.”

Por estos antecedentes y teniendo los jueces de primera y de segunda instancia la facultad de apreciar la prueba en conciencia estimaron que no hubo falta o abuso grave cuando declararon que la tuición la tuviese la madre, por lo cual no podrían ser merecedores de reproche alguno⁵⁰.

La afectada Karen Átala denunció esta situación como un caso de discriminación por orientación sexual ante la Comisión Interamericana de DDHH. Los alegatos sobre la admisibilidad del caso se llevaron a cabo en marzo del 2006.

1.4. POLÍTICAS PÚBLICAS

En el ámbito de las políticas públicas sobre la población GLTB es posible mencionar en primer lugar, las distintas iniciativas tendientes a aplacar los efectos y evitar los actos de discriminación y, en segundo lugar, aquellas vinculadas al ámbito de la prevención en salud y fundamentalmente relacionadas al VIH/SIDA y las ETS, las que como se dijo anteriormente engloban a esta población bajo la denominación de Poblaciones Vulnerables Prioritarias. No obstante, dicho aspectos será explorados posteriormente en el capítulo referido al VIH/SIDA y las ETS.

Con relación a aquellas políticas tendientes a evitar y erradicar la discriminación, desde la Secretaría General de Gobierno de Chile (SEGEGOB) se ha desarrollado el **Plan Nacional por la No Discriminación** (2005)⁵¹ dependiente de la División de Organizaciones Sociales del Ministerio Secretaría General de Gobierno. Este plan, propone ser “una herramienta que aporte a la profundización de los derechos de las personas y a la dignidad de éstas, y en conjunto con otras políticas y acciones gubernamentales, entregar las orientaciones necesarias para preservar la justicia y la equidad en nuestra sociedad”. En él se señala el logro de centrales avances en temas de igualdad y equidad a través de políticas sociales que apuntan a acortar brechas de

⁵⁰ Considerando 10 del voto disidente.

⁵¹ Ver también: Tolerancia y No discriminación (2005) Recuperado: 10 de marzo 2006 desde http://www.tolerancia.cl/index.php?option=com_content&task=view&id=5&Itemid=32

desigualdades económicas y sociales, y de integrar a los sectores excluidos. Pese a ello, se reconocen tareas pendientes en lo que respecta a otras poblaciones que estarían siendo foco de discriminación. Como objetivo se propone “Contribuir a que las personas, grupos y comunidades sean reconocidas en su diversidad e incorporadas en las distintas iniciativas gubernamentales, de manera que éstas mejoren su calidad de vida, en concordancia con la democracia y sus valores fundamentales, la libertad y la igualdad”. Las personas homosexuales están consideradas bajo la categoría de grupos vulnerables que define el Plan, siendo la homofobia definida como: “Ideología que discrimina a las personas basada en un rechazo al modo en que las personas experimentan su sexualidad y constituyen sus identidades sexuales. Se basa en la creencia de que la heterosexualidad es, o debería ser, la única orientación sexual aceptable. El asumir esta creencia sin ningún cuestionamiento, como aquello que es normal y natural para todos los seres humanos, genera visiones estereotipadas, rechazo, malestar y discriminación. En definitiva, es el odio hacia los homosexuales, bisexuales, lesbianas y travestis” (Secretaría General del Gobierno, 2005).

A mediados del año 2005, el Ministerio de Educación lanzó una nueva **Política de Educación Sexual** en la que se abordan cinco desafíos prioritarios a tratar en la educación sexual de los y las adolescentes. Entre ellos, resalta la histórica alusión a la orientación sexual. En el acápite referido a Discriminación y orientación sexual se señala que “La diversidad de orientación sexual es un tema que, si bien siempre ha existido y ha estado presente en nuestra sociedad, hoy en día ha logrado una notoriedad y presencia en el discurso público, que hasta hace muy poco no tenía. De hecho, hoy se habla explícitamente de la diversidad de orientaciones sexuales en los programas de televisión; el tema está presente en el cine, en el teatro, en las teleseries; han aumentado los foros y seminarios públicos que lo abordan; la frecuencia con que aparece el tema en los medios de prensa ha aumentado significativamente respecto de años anteriores; incluso se ha llegado a discutir respecto de las actitudes homofóbicas que los medios y la sociedad, en general, mantiene y reproduce”. La comisión centralizó su discusión en torno a la discriminación e intolerancia que se observa en nuestra sociedad hacia las personas que se declaran homosexuales y lesbianas, discriminación que se ha dado incluso en el ámbito escolar. La propuesta afirmó el aseguramiento del derecho a la Educación de todos los estudiantes del país indistintamente de su orientación sexual, lo que se condice con la Convención de los Derechos del Niño, de lo planteado en la Constitución Política del país y en la propia Ley Orgánica Constitucional de Enseñanza (LOCE), ningún estu-

dante del país puede ni debe ser privado de su derecho a recibir educación durante los 12 años obligatorios establecidos por la ley.

La tarea que se propone al Ministerio de Educación (MINEDUC) respecto a la orientación homosexual es la de fortalecer espacios formativos que entreguen elementos conceptuales y aprendizajes significativos y pertinentes a los estudiantes en torno al respeto por el otro, la aceptación de la diferencia, la comprensión y valoración de la sexualidad como una dimensión de las personas, que requiere de actitudes y conductas acordes a dicha dignidad, independientemente de la orientación sexual que se tenga. Del mismo modo, considera que el tema de la discriminación, donde se debe incluir la situación de la homosexualidad, debiera trabajarse en las instancias de gestión del colegio, los Consejos Escolares, etc., de manera de lograr acuerdos y orientaciones de procedimiento que sean claras y explícitas para todos los miembros de la comunidad.

Por otra parte, aquellas iniciativas y políticas vinculadas al ámbito de la prevención que incluyen todo el trabajo realizado por CONASIDA hacia las denominadas Poblaciones Vulnerables Prioritarias (PVP) que incluyen: hombres que tienen sexo con hombre, población femenina y masculina que ejerce comercio sexual (trabajadores sexuales) y personas transgéneras que realizan comercio sexual. Los aspectos vinculados con este quehacer, se verán con mayor detalle en los capítulos sobre comercio sexual y sobre VIH/SIDA y ETS.

ANEXO 1: ORGANIZACIONES QUE TRABAJAN CON GAYS, LESBIANAS Y TRANSGÉNEROS EN CHILE

MOVIMIENTO UNIFICADO DE MINORÍAS SEXUALES: WWW.MUMS.CL

Entre los objetivos que se plantea el MUMS, se cuentan: 1. Constituirse en una organización reivindicativa de los derechos civiles de gays y lesbianas. 2. Promover un concepto amplio e integrador de la sexualidad humana; y 3. Constituirse en un espacio de apoyo e integración para quienes se sienten viviendo con una orientación sexual diferente a la heterosexual. El MUMS posee tres áreas de trabajo; una de derechos humanos, una de prevención de VIH/SIDA y de consejería entre pares; y una tercera, de comunicaciones vinculada fundamentalmente con el programa Triángulo Abierto que transmite la Radio Tierra. El área derechos humanos realiza cursos de capacitación, encuentros regionales, asesorías y derivaciones para velar por el respeto de

los derechos civiles de gays, lesbianas y travestis en nuestro país. El ámbito de la prevención por otra parte, tiene como objetivo fortalecer la capacidad de respuesta de las minorías sexuales ante la epidemia del VIH/SIDA, en el autocuidado, la prevención y la gestión de riesgo de transmisión del virus. Se ofrece servicio de consejería. Asimismo, realiza de forma anual el Ciclo de Cine Gay, instancia que reúne una variada cartelera de películas en torno a temáticas de diversidad sexual.

MOVIMIENTO DE LIBERACIÓN HOMOSEXUAL: WWW.MOVILH.CL

Con formación en 1991 el MOVILH se articula como una organización representante de las minorías sexuales con demandas sistematizadas, con un discurso político-cultural reivindicativo coherente. Los objetivos que sostiene el MOVILH son los de promover la profundización de la democracia y las igualdades, sociales, económicas, políticas, culturales y jurídicas para todas las personas; potenciar la participación real y efectiva de todos los ciudadanos y el término de toda forma de discriminación; y contribuir al desarrollo nacional y visibilizar la realidad multicultural que conforma el país. Por otra parte, está el visibilizar e instalar en el debate público y privado la realidad de las minorías sexuales en Chile; aminorar y eliminar las discriminaciones, injusticias o atropellos padecidos por las minorías sexuales. En ese sentido, como tarea se propone generar acciones políticas, culturales, sociales, económicas y jurídicas tendientes a validar y respetar los derechos de las minorías sexuales. Proponer y ejecutar acciones tendientes a mejorar la calidad de vida las minorías sexuales Promover la autorepresentación y la autonomía de transgéneros, transexuales, bisexuales, lesbianas y gays.

SIDACCIÓN: WWW.SIDACCION.CL

Con inicios en el año 1987, en ese tiempo llamado Corporación Chilena de Prevención del VIH/SIDA, se perfiló como una primera respuesta al VIH/SIDA, enfocada a la población homosexual, creando la primera línea telefónica como programa de prevención en Chile. Otro de los servicios que ofrece la organización, son los Talleres de Sexo más Seguro, que se realizan para hombres gays. Luego la sistematización del modelo comunitario de trabajo de prevención del VIH/SIDA. Desde sus comienzos ha existido un trabajo sostenido con los Servicios públicos de salud (a través de las consejerías) en la formación de consejeros. Las acciones de SIDACCION se dirigen a la población homosexual masculina y HSH. Como metas se plantea ser un referente nacional, en cuanto al VIH/SIDA, considerando un trabajo enfocado hacia

los derechos humanos y con enfoque de género, se pretende disminuir el impacto social de la epidemia en las personas que viven con el virus, además de bajar la incidencia del VIH de la población. Entre los programas que realiza se encuentran; Talleres psicosociales cuyo objetivo es el de ofrecer un espacio de conversación para hombres gays, los cuales poseen una cierta estructura y temáticas para trabajar en las distintas sesiones (pareja, familia, sexualidad, sexo más seguro); Mesas informativas que pretenden captar población homosexual y difundir información sobre el VIH/SIDA y los servicios que presta la organización. Finalmente, un programa de Intervención en sitios de sexo público, que tiene como meta llevar el concepto de prevención hacia aquellos sectores con acceso público frecuentado por hombres homosexuales y que mantienen relaciones sexuales sin preservativos.

COORDINADORA LÉSBICA [HTTP://MEMBERS.TRIPOD.COM/COORLES/](http://members.tripod.com/coorles/)

La Coordinadora Lésbica es un grupo de mujeres chilenas. El grupo intenta ser una instancia de intercambio y reflexión en torno a la identidad lésbica. La participación en la coordinadora está abierta a cualquier mujer. El grupo, tiene sus orígenes en marzo de 1994, cuando coexistían varios grupos de lesbianas organizadas, entre ellos el Ayuquelén, Punto G, Coom, LEA en Concepción, y un grupo de mujeres en el MOVILH (Movimiento de Liberación Homosexual). El trabajo de la coordinadora incluye Talleres sobre Relaciones de Pareja, Situación Familiar, Maternidad Lésbica, Violencia Familiar, y un Taller con el grupo de Padres, Amigos y Familiares de Lesbianas y Homosexuales (Pafalh), que consiste en una instancia de apoyo a personas que desean dar a conocer su orientación sexual. Por otra parte, la Coordinadora, edita la revista lésbica Ama - Zonas y produce un espacio radial del mismo nombre. Éste es un programa de 60 minutos de duración que se emite semanalmente (todos los lunes) a través de Radio Tierra (CB 130) y cuenta con un sistema de autofinanciamiento.

ROMPIENDO EL SILENCIO [HTTP://WWW.ROMPIENDOELSILENCIO.CL/INDEX.HTM](http://www.rompiendoelsilencio.cl/index.htm)

Revista electrónica que recoge información, artículos de interés y entrevistas a personajes de los medios académicos. Cuenta con una sala de chat, pero además con información legal en torno a las Uniones civiles y la importancia que tienen en el contexto chileno. Por otra parte, reúne aquellos cuerpos legales que pueden utilizarse como argumento en la discriminación de personas GLTB.

LAS OTRAS FAMILIAS WWW.LASOTRASFAMILIAS.CL

Desde el mundo lésbico se destaca la emergencia de la Asociación “Las Otras Familias”. Ésta nace en junio de 2004 cuando un grupo de 15 personas enfrenta un fallo de la Corte Suprema de Justicia de Chile, cuyo dictamen implicó quitar la tuición de las hijas pequeñas a una mujer lesbiana por reconocerse como tal y formar familia junto a otra mujer y a sus hijos. A nivel nacional, el Caso Atala vino a revelar la realidad de las *madres lesbianas*, caracterizada por el temor constante de la pérdida de sus hijos, maltratos físicos y psicológicos, y siendo parte de juicios en donde operarían aspectos prejuiciosos, misóginos y homofóbicos. Bajo la sigla ALOF, la asociación de las otras familias se define como “una organización de personas comprometidas con la lucha contra la discriminación por orientación sexual de las mujeres en todos los ámbitos de sus vidas y trabaja activamente en impulsar su desarrollo pleno como personas y en el logro de la equiparación de sus derechos, dentro de los cuales se destaca el de la maternidad. Todo esto dentro de un marco ideológico orientado a avanzar en la construcción de una sociedad más civilizada, libre, respetuosa y equitativa con todos sus ciudadanos”. La organización cuenta con Personalidad Jurídica desde Mayo de 2005, y también posee un espacio en Radio Tierra, martes de por medio a las 19:00 hrs.

CUDS: COORDINADORA UNIVERSITARIA POR LA DIVERSIDAD SEXUAL

La CUDS es una organización de estudiantes universitarios gays, lesbianas y bisexuales que funcionamos en diversas universidades y facultades de la región metropolitana. La organización está orientada principalmente a la lucha en contra de la discriminación de las minorías sexuales en los contextos universitarios, a la visibilización de las mujeres lesbianas, gays y bisexuales en las universidades, a la promoción del debate académico en torno a la sexualidad, género y estudios *queer*. Por otra parte, se realizan actividades culturales, y de recreación para los estudiantes gays, lesbianas y bisexuales en las universidades, que incluyen foros temáticos, muestras de cine, talleres, charlas, etc. Adicionalmente se realiza un trabajo de información sobre prevención del VIH-SIDA y ETS, hacia la población homo-bisexual en las universidades.

2. COMERCIO SEXUAL

El comercio sexual es un campo de investigación incipiente en Chile. Aunque la documentación histórica sugiera que la existencia de dichas prácticas datan desde los tiempos de la Colonia. Pese al veto que todavía rodea al tema, son los hechos que hacen noticias y que involucran a personas que ejercen el comercio sexual los que ponen de manifiesto la magnitud de la temática, sus implicancias en el ámbito de la salud y fundamentalmente respecto de los derechos humanos. En Chile, mujeres, hombres y personas transgéneras realizan comercio sexual, no existiendo una estimación oficial del número que lo hace. Las cifras que se indican a continuación son sólo registros oficiales de los CETES, los que efectúan de manera gratuita el control de salud sexual, y son cifras que reflejan solamente una población que se realiza dicho procedimiento.

En el ámbito legal, las referencias al comercio sexual se encuentran fundamentalmente en los Códigos Penales y Sanitarios, los cuales sancionan su ejercicio, pero a la vez plantean un marco de acción en salud, circunscrito fundamentalmente a la prevención y control en el ámbito de las ETS.

La emergencia del comercio sexual como tema de investigación surge en los 80's y obedece según Lastra (1997) a diversos factores entre los que se mencionan la crisis económica y la constitución del comercio sexual como una *estrategia laboral* durante los años de grandes dificultades en la economía. Sumado a ello, el mayor desarrollo del movimiento feminista y las preocupaciones en torno a la emergencia del VIH/SIDA como problemática de salud que comenzaba a afectar a una parte de la población, fueron elementos que sirvieron para tomarlo como un problema de investigación.

Se agrega a lo anterior, la formación de organizaciones que agrupan a personas que ejercen el comercio sexual, en las que prevalece un trabajo con una perspectiva no abolicionista, vale decir, que lo considera como un trabajo al igual que otros. Como tal, abrogan por los derechos que las trabajadoras sexuales tienen de ejercer su trabajo de manera digna, resguardando su seguridad en los lugares de trabajo, su relación con las fuerzas de orden (carabineros y policía de investigaciones) y también su salud sexual.

El material que existe en torno al comercio sexual se centra principalmente en cuestiones relativas a la salud y a intervenciones educativas, dirigidas a la prevención de ETS. Así, existe un conjunto de publicaciones especializadas que han abordado el comercio sexual femenino y últimamente en varones, desde una perspectiva teórica de género y de construcción social e histórica de la sexualidad.

Este capítulo incluye cuatro temáticas desarrolladas para dar una visión general sobre el comercio sexual: el estado de situación del comercio sexual adulto; en segundo lugar, la legislación, normas y reglamentos; en tercer lugar, casos de jurisprudencia; y por último, se describen las políticas públicas vinculadas al tema.

2.1 ESTADO DE LA SITUACIÓN

Chile forma parte de un contexto mundial donde el intercambio de sexo por dinero se ha transformado en una industria a escala global. La emergencia de la comercialización del sexo se ha incrementado en los últimos veinte años alcanzando un repunte importante en la década de los noventa. A nivel macro, el consumo en la industria del sexo, crece simultáneamente con los avances en las tecnologías. Las personas se mueven y trasladan *-en su mayoría mujeres-* hacia los centros de consumo sexual. Este traslado puede ser voluntario o no serlo, pero por lo general incluye a un número no menor de personas que deja sus países de origen para instalarse en otros.

La industria del sexo involucra tres grandes ámbitos problemáticos. Uno de ellos es la llamada *prostitución*, concepto que como se verá posteriormente, ha sido modificado por el de *trabajo sexual*. El segundo, se vincula con el

tráfico y comercio de mujeres y, finalmente la pornografía. Estos tres ámbitos de la industria del sexo se incluyen en una categoría más amplia denominada *explotación sexual*. Esto, dependiendo de la perspectiva bajo la cual se le considere.

Desde los discursos conservadores prevalece la mirada del comercio sexual como un crimen y un acto inmoral cometido principalmente por las mujeres. No obstante, el análisis del comercio sexual en sus distintas facetas, muestra que existe una entramada complejidad de factores que no pueden ser reducidos a explicaciones ideológicamente guiados. Las experiencias de organizaciones que trabajan con mujeres que ejercen el comercio sexual, al igual que aquellas que lo hacen con hombres y personas *trans*, refieren que el comercio sexual se establece como una ocupación legítima, que entrega más recursos que otros trabajos y que provee la posibilidad de mantener a sus familias, incluso a veces sosteniendo grupos familiares completos.

En Chile ha crecido la exposición pública del negocio del comercio sexual orientado a un segmento de la población con ingresos económicos mayores. El mismo es denominado como comercio sexual de *cuello blanco* y poco a poco ha adquirido mayor visibilidad⁵². De este sector que ejerce comercio sexual, no se darán mayores detalles por ausencia de datos. Por esa misma razón, se desconoce si la visibilidad obedece a una emergencia o más bien a una necesidad por instalarlo como práctica y por tanto de publicitarlo.

En "*Las Otras Mujeres*" (Lastra, op. cit. p, 10) publicación casi exclusiva en el ámbito nacional respecto del tema, se define el comercio sexual "como la relación contractual ocurrida entre un hombre/mujer demandante de un servicio sexual y una mujer u hombre oferente de dicho servicio, en un mercado establecido previamente y en un lugar determinado (calle, automóvil, local-casa de tolerancia, hotel, etc.); lo que se comercia es el cuerpo-placer, fantasía como mercancía de cambio por un tiempo determinado y con tarifa pre-fijada o acordada por ambas partes, en el caso de que sea dos los del contrato, o bien, mediante la participación de terceras personas: dueño/a o regentes/as de local".

⁵² En este sentido es posible observar la emergencia de sitios web tales como <http://www.templodelplacer.cl/> en los que se ofrecen servicios "escorts" o de acompañamiento. Así mismo, lugares en donde se ofrecen servicios vip: <http://www.lucasbarchile.cl/vitacura.htm>

El comercio sexual en sus distintas variantes todavía sigue siendo una expresión de la necesidad económica para superar niveles de pobreza y de profunda discriminación orientada fundamentalmente a la mujer y a las personas *trans*.

Al igual que en el capítulo anterior sobre diversidad sexual, nos encontramos con problemas para cuantificar este fenómeno, ya que el comercio sexual también carece de cifras que hablen sobre su magnitud. Un estudio realizado por el Centro Interdisciplinario de Estudios de Género de la Universidad de Chile (CIEG) por encargo del INJUV sostiene frente al comercio sexual que “el problema ha sido histórico puesto que sólo es posible contar con cifras seguras en relación a las mujeres que se controlan en los consultorios de ETS (que poseen carné de sanidad) o según las estimaciones de autoridades de salud y organismos policiales. Por ello es que el registro de la prostitución en Chile, ha sido variable” (CIEG, 1999). Sus autores señalan además, que existen cuatro enfoques principales en la investigación del comercio sexual: aquellos que privilegian un enfoque psicosocial, los que enfatizan los modelos de prevención de ETS y VIH/SIDA, los que privilegian un análisis del comercio sexual como explotación sexual y finalmente, los que enfatizan su carácter de fenómeno sociológico.

No obstante, tanto para el caso del comercio sexual femenino como masculino y transgénero, la única manera en la que ha sido posible cuantificar a la población que ejerce comercio sexual es a través de los registros de los CETS. Vale decir, se registran sólo aquellas personas que llevan de manera regular su *Control de Salud Sexual*. El acceso al control está posibilitado sólo para personas mayores de 18 años. El trabajo con las personas que ejercen el comercio sexual en los CETS permite considerarlas *poblaciones cautivas*. Con dicha población existe una mayor facilidad para trabajar en temas de prevención y autocuidado pudiendo concretar iniciativas de prevención complementarias al control de salud sexual. No obstante, es necesario señalar que dado lo anterior, los registros que se manejan dejan fuera una porción desconocida e inestimada de población que no acude a los CETS, y que por ende, no se encuentra bajo el control de salud.

| TABLA 1 |

POBLACIÓN BAJO CONTROL DE SALUD SEXUAL, POR REGIÓN Y POBLACIÓN DICIEMBRE 2005				
REGIONES	TOTAL	MUJER	HOMBRE	TRANSGÉNERO
I región	398	375	4	19
II región	944	933	8	3
III región	132	130	1	1
IV región	137	137	0	0
V región	1776	1693	3	80
VI región	650	645	3	2
VII región	484	459	6	19
VIII región	941	901	29	11
IX región	1366	1321	4	41
X región	519	506	11	2
XI región	96	86	8	2
XII región	618	613	3	2
RM	2574	2556	4	14
Total País	10635	10355	84	196

Fuente: MINSAL, CONASIDA (2005)⁵³

El sector de la población que más acude al control de salud sexual son las mujeres. Posteriormente, y en una medida significativamente menor, la población transgénero; siendo la población de hombres la más reticente a su realización.

La población femenina que ejerce el comercio sexual se agrupa en Chile al alero de la organización *Sindicato de Trabajadoras Sexuales "Ángela Lina"*⁵⁴. En el año 2002 se constituyeron como un sindicato con pertenencia a la Central Unitaria de Trabajadores-CUT. Su trabajo consiste en promocionar y validar los derechos humanos, sensibilizando en temas como de salud sexual a través de capacitación en habilidades sociales, y el favorecer y promocionar la prevención de ETS y del VIH/SIDA. También se realizan acciones tendientes a la reinserción laboral, logrando un reconocimiento en su actividad por la

⁵³ Catastro realizado por CETS de las 13 regiones del país durante el período 2005.

⁵⁴ El nombre de la organización, obedece a una trabajadora sexual asesinada en 1994 por un cliente, crimen no aclarado.

sociedad y reuniones con distintas entidades que de alguna forma se vinculan con el comercio sexual. De esta forma, han realizado encuentros con personal de Carabineros, Ministerio de Salud, Policía de Investigaciones en los que se han entregado materiales sobre prevención de ETS y uso correcto del preservativo. Los proyectos que han hecho posible lo anterior han sido parte de concursos desde la División de Organizaciones Sociales (DOS), que depende de la Secretaría General de Gobierno (Ministerio Secretaría General de Gobierno, 2002). La organización denuncia que uno de los principales problemas a los que se enfrentan las trabajadoras sexuales es el abuso policial, que va desde las ofensas verbales hasta abusos en lo físico, lo cual se predeciría por la ausencia de una legislación en torno al comercio sexual. Al igual que en el caso de las personas homosexuales, el artículo 373 del Código Penal que refiere a las Ofensas a la Moral y las Buenas Costumbres, se constituye en el mecanismo usado por la policía en aras de su tarea de seguridad social, la que muchas ocasiones se realiza vulnerando los derechos humanos de las personas que ejercen el comercio sexual.

Uno de los aspectos que expresa el empoderamiento de este sector de personas, se refiere a los tránsitos en el lenguaje que ha experimentado el comercio sexual. Cambios que fundamentalmente indican la denominación de *la prostituta* y que ha cambiado al de *trabajadora sexual*. En estas nuevas denominaciones se advierte una voluntad expresa de trabajo conjunto entre la CONASIDA y las organizaciones que trabajan con el comercio sexual. La denominación de *trabajadora sexual, mujeres de la noche o trabajadoras independientes*, posee una significación que se refiere fundamentalmente a la presentación que estas mujeres pueden hacer de sí mismas ante el contexto social y cultural de las que son parte. Se opone por tanto, a la categoría de *prostituta*, más asociado a una moral restringida y a una posición anónima y doblemente estigmatizada. Cuando se habla de trabajadoras sexuales se hace referencia a “mujeres, que antes les decían prostitutas, ramera, si le decimos mujer pública, podríamos ser todas las mujeres prostitutas, ese nombre que sale en el diccionario lo hizo un hombre machista. Ellas trabajan con su cuerpo, trabajan con sus genitales”⁵⁵. Al definir la relación entre un cliente y una prestadora de servicios, de manera contractual, la calidad del trabajo sexual sobre sale como tal y no por su componente sexual.

⁵⁵ Adriana Dentone, dirigente Sindicato de Trabajadoras Angela Lina en entrevista realizada en el contexto de la realización del “Proyecto de Evaluación del Programa de Poblaciones Vulnerables” realizado por FLACSO-Chile a CONASIDA.

El comercio sexual posee diversas aristas; una de ellas incluye a los actores que intervienen en él; vale decir, quien la ejerce, quien consume y quien mediatiza la vinculación entre estos dos últimos, que en algunos casos no necesariamente existe. Sobre el o la trabajadora sexual se deposita el estigma en que confluyen la figura delictiva desde la justicia, la perversión y enfermedad desde la salud y la carencia social desde el punto de vista social. Por su parte, el cliente es la figura más fugaz de este cuadro, dado su carácter ocasional y contingente.

Otro aspecto a considerar, es el de las distintas modalidades y lugares de ejercicio del comercio sexual. Entre ellos están:

- *El que se ejerce en la calle:* se ejercen en zonas de la ciudad delimitadas oficialmente o no, como barrios rojos.
- *El que se realiza en locales:* vienen a reemplazar el antiguo prostíbulo, contando con espacios en los que se otorga servicios al cliente, siendo el dinero recogido distribuido en porciones para el propietario del local y el trabajador/a.
- *El que tiene lugar en domicilios particulares:* viviendas de personas que han ejercido el comercio sexual y proveen de espacio a otras, de modo que existe una repartición del dinero.
- *El que incluye las diversas y nuevas formas en las que se lleva a cabo:* hoteles de lujo, saunas, salones de masaje, escorts, contactos a través de internet.

Por su parte, el MUMS (2003: 37) ha desarrollado entre sus distintas acciones, líneas de trabajo para abordar el *comercio sexual masculino y transgénero*. Respecto a ambos, no existen cifras que reflejen su magnitud, sino que más bien, estos trabajos aparecen como iniciativas primeras y originales en este campo. En una perspectiva cronológica, el MUMS indica que el trabajo sexual masculino (TSM) se haya precedido por aquel ejercido por la población travesti. Junto con ello, subsisten dos modos de ejercicio del TSM, el *callejero* y aquel, en claro aumento, *privado*. Los resultados del MUMS en su publicación sobre comercio sexual masculino en torno a la identidad de los trabajadores sexuales indica que “aquellos con una definida identidad sexual (gays) tienen una actitud y un discurso de mayor coherencia hacia la ocupación de medidas preventivas reales, por lo que se puede hablar de un relativo éxito de las políticas preventivas realizadas hacia esa población y

que hoy se expresan en una mayor presencia organizada” (MUMS, op cit, p. 37). De ello se deriva que la presencia de varones en los centros de salud sea más bien escasa, y sean estos espacios, lugares donde acuden más comúnmente mujeres que se dedican al comercio sexual.

Con relación al comercio sexual travesti se ha extendido hacia las principales ciudades del país, ejerciéndolo en sus distintas modalidades (MUMS, 2002). La *modalidad de la calle*, posee dos formas de accionar, uno de ellas consiste en la atención de clientes en lugares cercanos en los que existe algún acuerdo previo; y la otra manera, se vincula con un trabajo independiente que caracteriza principalmente al comercio sexual que se ejerce en la capital. El MUMS establece un perfil básico de la población travesti que ejerce el comercio sexual⁵⁶, perfil que por lo demás está sujeto a una constante mutación debido a cambios estacionales o contextos poco favorables para su ejercicio, como lo son grupos homofóbicos o presencia de la policía⁵⁷. El perfil que se establece en relación a la población travesti que ejerce el comercio sexual es el siguiente (MUMS, op. cit.):

- La población fluctúa mayoritariamente entre los 18 y 24 años. Existe también, un grupo que va entre las edades de 30 a 40 años, que señala el impacto del VIH/SIDA en sus vidas.
- El lugar de residencia es la zona poniente de la capital. En algunos casos se agrupan entre ellas para compartir gastos, y en otros pocos casos viven con sus familias a quienes en una porción no menor mantenían.
- Un tercio de las personas estudiadas trabaja en el mismo lugar siempre, existiendo ocasionalmente situaciones de territorialidad. En menor medida están aquellas personas que dicen trabajar en cualquier lugar.
- Respecto al nivel de escolaridad, son aquellas personas más jóvenes quienes poseen más años en el sistema escolar, alcanzando a completar la enseñanza básica y llegando hasta primero y segundo medio. La deserción escolar ha estado mediatizada por la discriminación que despertó su identidad sexual al interior de sus propias familias y que significó la salida del hogar y consecuentemente de la escuela.

⁵⁶ Este perfil, establecido por MUMS (op. cit.) trabaja con datos recogidos en un período anterior.

⁵⁷ De ahí también, que la posibilidad de investigar la temática y de hacer seguimiento de la población con objetivos de prevención se hacen tareas tremendamente dificultosas y se constituyen en verdaderos desafíos de la investigación social.

- El sistema de trabajo impide que muchas de las personas que ejercen el comercio sexual tenga la posibilidad de ahorrar, ya que los niveles de ingreso no son muy altos.
- Se describen también prácticas de consumo de alcohol y drogas.

El referido documento señala a la población travesti como una población vulnerable sobretodo por su situación de pobreza y marginalidad social, a las que se suman condiciones de precaria seguridad durante su jornada. A lo anterior se agrega el consumo de drogas y alcohol⁵⁸, como elementos que pueden entorpecer la gestión de riesgo. Se señala además, que en la población persistiría una suerte de desconfianza de los Servicios de Salud, percepción que con el tiempo se estaría modificando. No obstante, persiste la necesidad de establecer centros de atención que logren conciliar la rutina de las travestis, vale decir, que exista atención en las tardes. Otro aspecto vinculado a la detención de las personas travestis, hace que las situaciones de reclusión se transformen en momentos de tensión y de eventual exposición al virus del SIDA. Se señala que la baja percepción de riesgo que poseen las travestis se debe a las atribuciones que hacen de sus clientes a quienes en su mayoría definen como “heterosexuales”, derivando de ello, una falsa conciencia respecto de la exposición al virus. La estrategia de prevención que más se utiliza es el uso del condón, que en ocasiones es difícil de instalar en la relación con el cliente. No obstante, la misma población ha desarrollado alternativas a la penetración anal, tales como la masturbación, el sexo oral o la evitación de la penetración por parte del cliente.

Un aspecto central que se menciona sobre la población travesti se relaciona con la violencia de la que son objeto. Desde la marginación que sufren en sus mismas localidades y contextos más cercanos, hasta la que es ejercida por la policía⁵⁹ y que se extiende a todos los barrios de Santiago y de las ciudades en las que ejercen su trabajo. También se denuncia violencia entre la misma población travesti por razones que en general, involucran el dinero. Finalmente, se cita la violencia que es ejercida por personas externas al grupo y a la policía, o bien grupos y transeúntes que en algún momento las puede violentar sin razón.

⁵⁸ Se señala que el consumo de drogas y alcohol corresponde a una práctica cotidiana y que viene a representar un intercambio con sus compañeras. La marihuana es una de las drogas más usadas, y en menor medida cocaína y pasta base, las que se consumirían esporádicamente y en situaciones específicas.

⁵⁹ Se menciona en el documento, que una de los lugares en donde menos se ha denunciado la acción violenta por parte de la policía, es en el sector de Vivaceta, en la zona nor-poniente de la Capital.

Las recomendaciones que se establecen para el comercio sexual en esta población refieren por una parte, a ampliar la integración a través de una oferta en salud que considere aspectos que incluyan al VIH/SIDA y el control de salud sexual; la realización de un trabajo en terreno con población que ejerce comercio sexual y desarrollar experiencias de capacitación que no sólo aborden aspectos vinculados a la prevención de ETS y VIH/SIDA, sino que integren aspectos de desarrollo personal que permitan una mejor gestión de riesgo. Se propone también generar una mayor ciudadanía en esta población, así como también el desarrollo de mayor investigación en este campo.

2.2. LEGISLACIÓN, NORMAS Y REGLAMENTOS

ALGUNAS PERSPECTIVAS LEGALES EN TORNO AL COMERCIO SEXUAL

Cada entorno cultural define marcos regulatorios legales en el ámbito del intercambio sexual. Coexisten regulaciones distintas referidas fundamentalmente al ámbito de los valores dominantes que establecen las formas en las que las relaciones entre las personas deben darse. La regulación que se teje en torno al tema del comercio sexual es posible desmembrarla en tres grandes perspectivas. Una de ellas es la prohibicionista (adoptadas por los gobiernos de Estados Unidos y China), la abolicionista (Suecia y España), y la reglamentarista (Holanda y Cataluña), perspectivas que no se dan de manera estricta en los países, sino que coexistirían las tres formas en cada país. La distinción final en la que descansan las formas regulatorias del comercio sexual depende de si éste se realiza de manera voluntaria o involuntaria.

La *posición abolicionista* habla de prostitución, refiriéndose a ella como “incompatible con la dignidad de la persona, no la prohíbe pero trata de abolir la explotación que soporta y la entiende como un supuesto de inadaptación social” (Canales, 2005). Sus sanciones van dirigidas a los proxenetes, propiciando una rehabilitación de quienes lo ejercen y la disuasión de los clientes. De esta manera, se pretende evitar el comercio sexual como actividad intentándolo a través de la abolición de las reglamentaciones que la regulan, y tendiendo al cierre de espacios destinados al comercio sexual. Uno de los escollos con los que se encuentra esta posición se refiere a la no existencia de un reconocimiento profesional de las personas que ejercen el comercio sexual, de modo que al abolirlo las personas serían desfavore-

cidas en términos de los recursos que les revierte la ocupación. Su enfoque entraña la proliferación de espacios clandestinos, generando ganancias en aquellos que manejan los negocios y vulnerando aún más la salud de quienes lo ejercen.

Por su parte, la versión *prohibicionista* de la regulación del comercio sexual, indica que la persona que ejerce el comercio sexual es delincuente y no víctima. Desde esta perspectiva se sanciona a las tres partes: cliente, proxeneta y prestador/a. Tendería por tanto a la supresión total de los espacios en los que se ejerce el comercio sexual. Por ende, el comercio sexual no es un trabajo, y tampoco existe una distinción entre lo voluntario y lo forzado. La demanda de estos servicios ha de ser condenada, siendo el principal objetivo, erradicar los elementos que lo generarían: pobreza, racismo, la violencia hacia las mujeres.

Finalmente, la posición *reglamentarista* reconoce en la *prostitución* “un hecho inevitable, cuya existencia debe ser aceptada por la sociedad ya que cumple un fin social. A través de la legalización se la reconoce como una actividad profesional más y quien la ejerce adquiere la condición de trabajador/a, con sus derechos sociales y laborales” (Canales, op. cit. p, 14). Desde esta posición se sostiene, que existe una elección tras el trabajo sexual, en torno a la cual debe existir respeto y cuidado de la salud de quienes lo ejercen. La carencia de un cuerpo legal concreto respecto del tema fundamentaría gran parte de la discriminación que ahí está en juego. Se sugiere que exista un control de salud de carácter sanitario y que la omisión de éste ha de ser sancionado. Se generan formas de registro que permitan a las personas demostrar que ejercen su ocupación sin riesgos para sus clientes los que quedarían sin control bajo esta perspectiva.

Quienes detractan la reglamentarista aducen que, concibiendo de esta forma al comercio sexual, están dando pie a la consolidación de la actividad en detrimento de la dignidad de las mujeres. El comercio sexual se instala en un aparato social a través de su inserción en lo institucional y oculta aspectos vinculados a la violencia que puedan estar sufriendo las personas que lo ejercen. La regularización del comercio sexual implicaría la existencia de registros, que eventualmente podrían tener consecuencias en futuros trabajos. De ese modo, el registro por parte de los/las trabajadoras sería bajo, lo que implicaría caer en la ilegalidad con las consecuentes dificultades que ello pudiere implicar. El llamado *control sanitario* tendría un carácter ambiguo, ya que no produciría seguridad total en los clientes fomentando

conductas de riesgo. El *control sanitario* no se hace por tanto con miras a la protección de ellas, sino que en relación al cliente.

ANTECEDENTES LEGALES EN LA REGULACIÓN CHILENA

Desde una orientación histórica se puede describir un tránsito que comienza a tipificar de manera progresiva las formas de ejercicio del comercio sexual. Con el tiempo, y acorde a los cambios sociales y culturales se va incluyendo paulatinamente un concepto mucho más integrado de las personas que ejercen el comercio sexual.

Urriola (1996) indica que las primeras regulaciones, que datan del año 1895 en torno al comercio sexual se referían centralmente a las *casas de tolerancia*, y tipificaban de manera diferencial el ejercicio del comercio sexual. Las mujeres que trabajaban inscritas en el registro y bajo el alero de un burdel, eran llamadas *asiladas*, mientras que aquellas que lo hacían en sus domicilios eran nombradas como *clandestinas*. Lastra (1997) sostiene que en el Siglo XIX prevalece una controversia cientificista, en la que los reglamentistas apoyaron sus proscipciones sobre el argumento de la profilaxis ante la sífilis. Ésta constituía uno de los principales objetivos de las leyes que se fueron tejiendo en torno a la prostitución. Por su parte, los antireglamentaristas, asumieron argumentos religiosos para apoyar sus convicciones morales tendientes a sancionar.

De 1896 data una primera reglamentación que se refiere a las *casas de prostitución* colectiva, en cuyas dependencias ciertas normas debían ser resueltas: certificado médico obligatorio, catastro o registro de *prostitutas*, reglamentación de burdel en torno a prohibir la trata con menores de edad, control policial y una ubicación a no menos de 50 metros de sitios o instituciones tales como escuelas, templos y cuarteles.

Dentro de la legislación nacional prevalecen los aspectos de salud a la hora de reglamentar el comercio sexual. Ya en 1925 se dicta el Código de Long, denominado así por el higienista norteamericano. En él se prohibía la exposición del ejercicio de la prostitución y cualquier tipo de exposición de la mujer que implicase sensualidad. Mientras que en 1927 se entrega una de las primeras delimitaciones de la *prostitución*: “vicio social que subordina las relaciones sexuales a fines de lucro y está constituido por actos repetidos de esa naturaleza” (Cabrioli y Araneda, 1997, APUD Lastra, op. cit. p, 20).

En 1984 se publica el Reglamento sobre enfermedades de transmisión sexual, cuya vigencia duraba hasta al menos a la fecha de la publicación de este libro, en el que se prohíbe el funcionamiento de *prostíbulos, casas de cita o tolerancia* que tuviesen como objetivo el comercio sexual.

MARCOS LEGALES ACTUALES EN LA REGULACIÓN DEL COMERCIO SEXUAL.

Las bases legales, sanitarias que existen en torno al comercio sexual, están contempladas fundamentalmente en el **Código Sanitario Decreto de Ley N° 725**⁶⁰. El ámbito del Código Sanitario, en su promulgación del 11 de diciembre de 1967, incluye “todas las cuestiones relacionadas con el fomento, protección y recuperación de la salud de los habitantes de la República, salvo aquellas sometidas a otras leyes”. La última modificación realizada a éste Código corresponde a la Ley 20029 del 13 de julio de 2005. En él, el párrafo número II que contempla los artículos 38 al 41 trata de las enfermedades venéreas. En su artículo 38, indica que el Servicio Nacional de Salud “tendrá que a su cargo la lucha contra las enfermedades venéreas y procurará evitar su propagación por todos los medios educacionales, preventivos o de otro orden que estime necesarios”. Esta Ley, establece también las formas y condiciones en las que debe realizarse la educación sexual y antivenérea en los establecimientos educacionales, cuarteles, naves, maestranzas, fábricas, talleres, hospitales, cárceles, casas de corrección y otros establecimientos que se estipulen. Asimismo, las condiciones de examen, la obligatoriedad de tratamiento o internación de personas afectadas. Se hace mención, en esta parte, a las personas que “se dediquen al comercio sexual y a las afectadas de males venéreos que constituyan una amenaza para la salud pública”. Con anterioridad al artículo 40, se recomienda en una nota de dicho texto, acceder al Decreto 362 de Salud publicado el 7 de mayo de 1984 (Ministerio de Salud, 1983).

El Decreto 362 del Ministerio de Salud de 1983 sobre “*Reglamento sobre enfermedades de transmisión sexual*” establece en su título I las disposiciones generales “Las enfermedades de transmisión sexual constituyen un grupo de enfermedades transmisibles que se caracterizan porque su principal modalidad de contagio es el acto sexual”, bajo dicha denominación se entienden como enfermedades de transmisión sexual: la sífilis, la gonorrea,

⁶⁰ República de Chile, Código Sanitario Norma, fecha de publicación 31 de enero de 1968, promulgación 11 de diciembre de 1967.

el linfogranuloma venéreo, el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), el chancro blando y la uretritis nongonocócica.

El decreto, establece que el Ministerio de Salud y el sistema de Servicios de Salud, son los encargados de “promover y organizar las acciones sanitarias de asistencia social, educativas, de difusión y de prestar atención médica preventiva y curativa, tendientes a combatir las enfermedades de transmisión sexual”. Sus atribuciones, se extienden también a controlar la incidencia de las enfermedades de transmisión sexual, poniendo especial énfasis en la sífilis contagiosa. Con dicho fin, el organismo de salud pertinente debe reunir oportuna y periódicamente, la información respectiva que le proporcionarán los organismos y personas enunciados en el artículo siguiente, en concordancia con las normas reglamentarias vigentes sobre denuncia de enfermedades transmisibles.

En su Título III, el citado reglamento establece respecto “De los establecimientos y personas dedicadas al comercio sexual” en los artículos 12 al 15 que:

ARTÍCULO 12°.- Toda persona que, a juicio de Carabineros o del personal competente del Servicio de Salud, ejerza el comercio sexual o actividades relacionadas con este comercio, será obligatoriamente enviada al establecimiento que corresponda de ese Servicio, para su examen y demás medidas procedentes.

ARTÍCULO 13°.- Prohíbese el funcionamiento de prostíbulos, casas de cita o tolerancia, destinadas al comercio sexual. Queda igualmente prohibida toda forma de propaganda que tienda a promover el comercio sexual.

ARTÍCULO 14°.- Ningún propietario de inmueble podrá destinarlo a prostíbulo, darlos en arriendo o permitir que sea ocupado, para ejercer el comercio sexual. Esta prohibición afectará también a sus representantes legales y mandatarios y a los administradores de propiedades. Si el arrendatario u ocupante le diera ese destino, el propietario o su representante legal deberá denunciar este hecho al Servicio de Salud correspondiente inmediatamente que tenga conocimiento o sospecha de ello. Ninguna persona podrá, tampoco, tomar en arriendo u ocupar a cualquier título, un inmueble para destinarlo al comercio sexual.

ARTICULO 15°.- Cuando el Servicio de Salud presuma fundadamente o tenga conocimiento de la existencia de algunos de los establecimientos

señalados en los artículos 13 y 14, comunicará este hecho a la Unidad de Carabineros más cercana, para su clausura, la que deberá hacerse efectiva dentro del plazo de 48 horas contados desde la comunicación.

MINISTERIO DE SALUD (1983)

DECRETO 362, REGLAMENTO SOBRE ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

Siguiendo, con el Código Sanitario⁶¹, en su artículo 40 indica que la denuncia al Servicio Nacional de Salud de los casos de enfermedades venéreas y de aquellas personas que se nieguen a seguir los tratamientos, es obligatoria. En su artículo 41 se refiere con mayor especificidad a las “personas que se dedican al comercio sexual”, respecto de ello señala que “se llevará una estadística sanitaria, no permitiéndose su agrupación en prostíbulos cerrados o casas de tolerancia. La vigilancia del cumplimiento de este artículo corresponderá a las Prefecturas de Carabineros, las que deberán ordenar y llevar a efecto la clausura de los locales en que funcionan dichos prostíbulos, sin perjuicio de las sanciones que imponga en Servicio Nacional de Salud”. Por otra parte, en ese mismo artículo, se indica que los cierres que realice por el Cuerpo de Carabineros serán alzadas a solicitud del propietario del inmueble y por una orden judicial expedida por el Juez, quien decidirá la clausura conforme a un informe del Servicio Nacional de Salud.

ARTÍCULO 16°.- El Jefe de la Unidad de Carabineros que le corresponda intervenir en una clausura, será directamente responsable del correcto cumplimiento de ella y la llevará a efecto en forma de que nadie pueda entrar o salir durante el acto de clausura ni permanecer una vez clausurado el local. Dispondrá la colocación de rótulos exteriores y sellos convenientemente adosados en los puntos de acceso, dejando constancia en el acta que deberá levantarse en cada caso, del lugar preciso en que han sido colocados aquellos y éstos, y adoptará las medidas de seguridad necesarias para que la clausura no sea violada.

ARTÍCULO 17.- Todas las personas que se encuentren en el interior de estos inmuebles, deberán ser puestas por Carabineros, a disposición del Servicio de Salud correspondiente para su examen y demás medidas sanitarias que procedan.

⁶¹ República de Chile, Código Sanitario, fecha de publicación 31 de enero de 1968; promulgación 11 de diciembre de 1967. Última modificación Ley 20029 del 13 de julio de 2005.

ARTÍCULO 18°.- Las clausuras ordenadas en cumplimiento del presente Reglamento no podrán ser alzadas sin previa orden judicial. El Servicio de Salud deberá informar al Tribunal competente sobre la procedencia de la solicitud de alzamiento de la clausura.

CÓDIGO SANITARIO

Respecto al título V y final, se establecen las sanciones, que los carabineros deben ejercer, previa denuncia del Director del Servicio de Salud.

Por otra parte, y pese a no mencionar el comercio sexual dentro del texto, el **Código Penal** establece en su título “Crímenes y delitos contra el orden de las familias, contra la moralidad pública y contra la integridad sexual”. Al igual que en el caso de la legalidad que enmarca a gays, lesbianas y personas transgéneras, en el Código Penal, es el título 8 que trata “De los ultrajes públicos a las buenas costumbres” en sus artículos 373 y 374 que sanciona a “Los que de cualquier modo ofendieren el pudor o las buenas costumbres con hechos de grave escándalo o trascendencia, no comprendidos expresamente en otros artículos de este Código, sufrirán la pena de reclusión menor en sus grados mínimo a medio”⁶². Por su parte, el artículo 374 sanciona a “El que vendiere, distribuyere, o exhibiere canciones, folletos u otros escritos, impresos o no, figuras o estampas contrarios a las buenas costumbres, será condenado a las penas de reclusión menor en su grado mínimo o multa de once a veinte unidades tributarias mensuales”. Este mismo artículo en su bis sanciona la comercialización, la importación, exportación, distribución y difusión de material pornográfico en cualquiera de sus versiones o formatos en el que hayan sido involucrados menores de 18 años, asimismo, se sanciona también el almacenamiento de este tipo de material en cualquiera de sus formatos. Estas disposiciones fueron incorporadas especialmente para sancionar la producción de pornografía que involucra a menores de 18 años.

Por otra parte, el Código sanciona como una falta del artículo 495 del Código Penal cuando se contravengan las reglas que las autoridades dicten a favor del mantenimiento del orden público o evitar que se altere. Además agrega:

⁶² República de Chile, Código Penal, Publicado el 12.11.1874.

2° El que por quebrantar los reglamentos sobre espectáculos públicos ocasionare algún desorden.

5° El que públicamente ofendiere el pudor con acciones o dichos deshonestos.

7° El que infringiere los reglamentos de policía en lo concerniente a quienes ejercen el comercio sexual.

8° El que diere espectáculos públicos sin licencia de la autoridad, o traspasando la que se le hubiere concedido.

República de Chile, Código Penal, 12.11.1874.

En el ámbito de la Salud, la **Ley de SIDA**⁶³ es la que establece normas en torno al virus del SIDA y conforma, un marco regulatorio frente a la prevención, diagnóstico y control de la infección provocada por el VIH, así como en el ámbito de la asistencia y atención a los pacientes viviendo con el virus. La ley pone énfasis en el libre e igualitario ejercicio de los derechos por parte de las personas portadoras, “sin discriminaciones de ninguna índole, constituyen un objetivo sanitario, cultural y social de interés nacional”. Es tarea del Estado por tanto, brindar dichas garantías, y elaborar políticas basadas en investigaciones, y en conjunto con información epidemiológica poder desarrollar políticas específicas para los diversos grupos de población y en especial aquellos con mayor vulnerabilidad entre los que se reconoce a las mujeres y los menores.

Por otra parte, y desde los acuerdos internacionales suscritos por Chile, la CEDAW⁶⁴ en su artículo 6 sostiene “Los Estados Partes tomarán todas las medidas apropiadas, incluso de carácter legislativo, para suprimir todas las formas de trata de mujeres y explotación de la prostitución de la mujer”⁶⁵. La convención, define la discriminación en su artículo n° 1, como “toda distinción, exclusión o restricción basada en el sexo (...) En las esferas política, económica, social, cultural y civil o en cualquier otra esfera”; y afirma positivamente el principio de igualdad, ya que pide

⁶³ República de Chile, Ley 19779: Establece normas relativas al virus de inmuno deficiencia humana y crea bonificación fiscal para enfermedades catastróficas. 14.12.2001.

⁶⁴ Ministerio de Relaciones Exteriores, Decreto N 789 Convención para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer, publicada el 9.12.89.

⁶⁵ Suscrita por la ONU en 1979 y ratificada por Chile el año 1989, se erige como una de las herramientas más fundamentales para la defensa de los derechos de las mujeres.

a los Estados Partes que tomen “todas las medidas apropiadas, incluso de carácter legislativo, para asegurar el pleno desarrollo y adelanto de la mujer, con el objeto de garantizarle el ejercicio y el goce de los derechos humanos y las libertades fundamentales en igualdad de condiciones con el hombre” (artículo 3).

2.3. JURISPRUDENCIA

Es interesante advertir cómo la Corte ha ido integrando lentamente el lenguaje de la protección de todas las personas, independiente si ejercen o no el comercio sexual. Así un caso de homicidio de una persona que ejercía el comercio sexual, la Corte Suprema afirmó que:

“(…) no comparten lo expuesto en el fundamento décimo del fallo de primera instancia en el sentido que la víctima se expuso al daño al concurrir, con un desconocido, a un lugar peligroso, a ejercer su actividad, puesto que la circunstancia que una persona se dedique al comercio sexual, no puede implicar que no pueda desplazarse dentro del país, o que deba asumir que está expuesta a ser objeto de un delito de homicidio.”⁶⁶

Otros casos que se han llevado a tribunales con importante impacto público y que aún no terminan su curso judicial son las acusaciones de trata de blanca en el caso de la “Geisha”, una mujer que llevó hasta Japón a otras mujeres con el objeto de prostituirse. Producto de la querrela interpuesta por una de las afectadas Anita Alvarado fue procesada, sin embargo, la Corte de Apelaciones revocó el procesamiento, cuestión que ha sido apelada a la Corte⁶⁷.

2.4. POLÍTICAS PÚBLICAS

No existen políticas públicas referidas específicamente al comercio sexual. No obstante, lo que si se puede asociar a la situación de las personas, hombres y mujeres que ejercen el comercio sexual, es la estigmatización y la discriminación de la que son parte. La Secretaría Ministerial de Gobierno elaboró en el año 2000 el *Plan por la Igualdad y la No Discriminación* (Secretaría General del Gobierno, 2005), cuya misión es la de “contribuir a

⁶⁶ Corte de Apelaciones de Valparaíso; Rol 510-2004; 21 de enero de 2005; Considerando 4, párrafo segundo.

⁶⁷ Comunicación personal con la abogada Patsili Toledo de la Corporación Humanas.

que las Instituciones de Gobierno incluyan transversalmente la temática de la Igualdad y la No Discriminación en su accionar, de modo de hacer efectivo el reconocimiento e incorporación de la diversidad, aportando de esta forma a vivir en un país donde todos sus habitantes tengan igualdad de oportunidades, igualdad de trato y se valore el aporte a la diversidad". Como principal objetivo pretende alcanzar el desarrollo humano del país, contribuyendo a que las personas, grupos y comunidades sean reconocidas en su diversidad e incorporadas en las distintas iniciativas gubernamentales, de manera que éstas mejoren su calidad de vida, en concordancia con la democracia y sus valores fundamentales: la libertad y la igualdad.

Las y los trabajadores sexuales, podrían ser incluidos en el grupo denominado "minorías"; los que se encuentran definidos como grupos que se asocian con una falta de poder, "grupos oprimidos". Una consideración crucial es que los grupos minoritarios comparten valores, creencias y percepciones: si estos no están presentes de manera consciente, la existencia de ese grupo será psicológicamente precaria aunque sociológicamente real. Es a menudo el reclamo contra las injusticias y los abusos lo que aumenta la comunicación entre los miembros, así alcanzan una posición de solidaridad. Esto último se ha visto reflejado en la inclusión del tema de comercio sexual en las distintas organizaciones que trabajan con mujeres y con la diversidad sexual.

En cuanto a la atención de salud, las personas que ejercen el comercio sexual, están incluidas dentro del ámbito de la salud y en particular de la salud sexual (VIH/SIDA y ETS), como Poblaciones Vulnerables Prioritarias (PVP) así definidas por CONASIDA. Dicha instancia, dependiente del Ministerio de Salud ha delimitado en el marco de una reflexión en torno al riesgo y vulnerabilidad, que existen diversos factores culturales, económicos, laborales, epidemiológicos y de calidad de vida que pueden generar y agravar la vulnerabilidad tanto individual como colectiva al VIH/SIDA y las ETS. En ese sentido hay poblaciones especialmente vulnerables al VIH/SIDA, entre los que se encuentran los Hombres que tienen sexo con hombres (HSH), las/os Trabajadoras/es sexuales (TS) y las Personas transgénero (PT), poblaciones que han sido definidas como Vulnerables y prioritarias por CONASIDA.

En Chile la vulnerabilidad de estas poblaciones está enraizada en la subordinación que establecen los distintos ordenamientos y jerarquías sociales, en relación al género, la clase, la ruralidad. Todo lo anterior se ve expresado en procesos de estigmatización, discriminación y marginación históricas a

las que se ven afectadas las PVP, y se refleja también en la homofobia de hombres y mujeres como se constata en distintos estudios⁶⁸.

Por otra parte, el Ministerio de Salud cuenta con distintos Servicios, los que abarcan diversos territorios dentro de las distintas regiones del país. Por ejemplo en el caso de la Región Metropolitana, que alberga a la capital del país, Santiago, existen 6 servicios de salud:

| TABLA 2 |

ZONA GEOGRÁFICA	HOSPITAL
Zona sur:	Hospital Barros Luco
Zona Norte:	Hospital San José
Zona occidente:	Hospital Juan de Dios
Zona Central:	Hospital San Borja Arriarán
Zona oriente:	Hospital El Salvador
Zona sur oriente:	Hospital Sótero del Río

Fuente: Entrevista CONASIDA, ETS, MINSAL (2005)

Los Servicios están representados en los distintos Hospitales que existen a lo largo del país, los que poseen 4 especialidades básicas: pediatría, cirugía, maternidad, medicina general. Dentro de esta última, la dermatología y venereología. Cada hospital, tiene asociado a su vez, un Consultorio que brinda principalmente atención primaria, vale decir, consultas generales que por su eventual especificidad pasarán a un nivel secundario, más especializado tanto en la pesquisa a través de exámenes, como en los tratamientos que ofrece. Es en este nivel donde se encuentran los CETS destinados a la atención más expedita y específica de las ETS. Existen 28 a lo largo del país. El control de las enfermedades de transmisión sexual (ETS) está a cargo de la CONASIDA.

En el documento *“Normas de manejo y tratamiento de enfermedades de transmisión sexual”* (Ministerio de Salud, 2000) se definen los Centros de ETS, como “un centro especializado de nivel secundario, que puede operar en forma independiente o adosado a un Servicio Clínico, de preferencia Servicio de Dermatología Centro de referencia y consulta espontánea especializado en el manejo y control de Enfermedades de Transmisión Sexual, desarrolla sus actividades en el marco

⁶⁸ Ver: CONASIDA (2002); Cáceres, et. al. (2002).

del Sistema Nacional de Servicios de Salud, pudiendo existir uno o más CETS en un Servicio de Salud. Centro de referencia y consulta espontánea especializado en el manejo y control de Enfermedades de Transmisión Sexual, desarrolla sus actividades en el marco del Sistema Nacional de Servicios de Salud, pudiendo existir uno o más CETS en un Servicio de Salud.” (Ministerio de Salud, op cit, p.33). Las intervenciones que realizan los CETS están dentro de prestaciones de salud sexual y reproductiva consideradas en el marco conceptual de las Conferencias Internacional sobre Población y Desarrollo del Cairo en 1994, cuyas consideraciones fueron ratificadas por la Cuarta Conferencia Mundial sobre la mujer en Beijing 1995. Entre las actividades principales desarrolla el CETS, se encuentran:

1. Consulta de morbilidad por Enfermedades de Transmisión Sexual:

Actividad realizada por médico destinada a diagnóstico y tratamiento de patologías de acuerdo a Normas Clínicas de Manejo de ETS. Consiste principalmente en la atención de pacientes que consultan espontáneamente en el CETS o son derivado por otros centros de atención como: Atención Primaria, otras especialidades, Urgencia, etc.

2. Control de salud sexual en trabajadoras y trabajadores sexuales:

Actividad realizada por matrona, enfermera o enfermera-matrona. Control de salud periódico en personas que ejercen el comercio sexual, dirigido hacia aspectos relacionados con la salud sexual y reproductiva y la mantención de condiciones saludables, con especial énfasis en la detección y tratamiento precoz de ETS. Esta actividad se realiza solamente a personas que tengan mayoría de edad (18 años cumplidos). Parte fundamental de esta actividad es la Consejería con información, orientación y apoyo que facilita la gestión del riesgo de infección por ETS y VIH, además de fomentar el autocuidado y la adherencia a los controles.

Con respecto a las personas que ejercen el comercio sexual, cada CETS debe contar con un sistema de registro actualizado de la historia y controles en ficha clínica y carné de control de quienes ahí se controlan. De esa manera se cuenta con una **Ficha Clínica de Control de Salud Sexual** y con el **Carné de control**. En la primera, se registran los antecedentes de ingreso, el resumen de los controles mensuales con resultado de los exámenes de laboratorio y derivaciones en caso que corresponda. Por su parte, el **Carné de control** es un documento entregado por el Servicio de Salud a la persona que se realiza el Control de Salud Sexual en el Centro de ETS.

**MINISTERIO DE SALUD
SERVICIO DE SALUD
CARNE DE CONTROL DE SALUD SEXUAL**

Establecimiento: _____

Nombre: _____

R.U.T. _____

Nº Fecha Control de Salud Sexual: _____

ESTE DOCUMENTO ACREDITA LA ASISTENCIA A CONTROL DE SALUD SEXUAL Y DETECCIÓN PRICIZ DE ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL CUMPLIENDO CON LO INTERICADO EN EL ARTICULO 12º, DECRETO 362 DE 1992, DEL MINISTERIO DE SALUD.

Portada de Carné de Control de Salud Sexual, MINSAL (1982)

Fecha Control	Fecha Próximo Control	Nota y Observ.	Fecha Control	Fecha Próximo Control	Nota y Observ.

Interior Carné de Control de Salud Sexual, MINSAL (1982)

El carné acredita solamente la asistencia a los controles de salud sexual y el cumplimiento de las citaciones correspondientes, y no necesariamente la presencia de alguna enfermedad o infección. Entre los datos que en él se registran, están: Nombre completo, Nº de cédula de identidad, Nº de registro interno, Servicio de Salud, Fecha de controles realizados, Fecha del próximo control. En el caso de detectar alguna

ETS se debe derivar a consulta de morbilidad para su manejo y tratamiento y fijar la fecha del próximo control. En el siguiente control se verifica el cumplimiento de las indicaciones y, en el caso que corresponda, la resolución del cuadro. Este mismo documento, es instrumento para acreditar la asistencia a los controles de salud sexual y ante eventuales requerimientos de la autoridad policial⁶⁹ quien se basa en él para dar curso o no a la detención de la persona implicada.

3. Centralizar y analizar información referente a exámenes de laboratorio en ETS y casos de ETS notificados al Servicio de Salud correspondiente.

4. Notificación de casos de ETS diagnosticados en el centro.

5. Realizar actividades de educación y consejería individual o grupal a pacientes atendidos o en control en el centro. En este sentido se reconoce que la atención médica es un importante momento para entregar nueva información y realizar consejería, herramienta indispensable del manejo general de todas las personas que presentan este tipo de afecciones. Se propone que la consejería en ETS debe considerar:

- Facilitación de la percepción de riesgo de ETS hacia sí mismo.
- Facilitación de la percepción de riesgo de ETS hacia otros (transmisión secundaria).
- Entrega de información sobre medidas preventivas.
- Apoyo en el desarrollo de habilidades para la implementación de medidas preventivas.
- Apoyo en el aprendizaje del uso correcto del preservativo como barrera mecánica de prevención (demostración y devolución del procedimiento).
- Eventual derivación a redes de apoyo locales.

6. Realizar y apoyar actividades de promoción en salud sexual en la comunidad.

⁶⁹ Artículo 12° Decreto 362 de 1983. Ministerio de Salud.

7. Capacitación del personal de salud en temas relacionados con las ETS y las actividades de prevención y control.

8. Citación de contactos de caso índice diagnosticado en el centro y casos detectados a través de exámenes de control (control de salud, banco de sangre, etc.)

9. Realizar investigación clínica, epidemiológica y sociológica en temas relacionados con ETS.

10. Docencia de pre y post grado de acuerdo a convenios con instituciones que, para tal efecto, convenga el Servicio de Salud.

Las actividades del CETS se realizan dentro de una Unidad asistencial o Servicio Clínico, por lo que el personal que realiza las actividades comparte funciones con la Unidad o Servicio en la cual se desempeña, Tal es el caso de médicos tratantes, auxiliar paramédico, administrativos, etc. El personal que comparte funciones con otras Unidades asistenciales será determinado por cada CETS, de acuerdo a los recursos con que cuente y las condiciones locales. Se recomienda destinar personal en forma prioritaria o exclusiva para CETS en las siguientes funciones: **Médico Encargado de Centro de ETS** (Médico cirujano con experiencia en Salud Pública y manejo de Programas de Salud. De preferencia especialista en Dermatología y Venéreas, a falta de este especialista puede ser médico Gineco-Obstetra o Internista Infectólogo. Depende del Jefe de Servicio Clínico u otra Unidad donde funcione el CETS.). Entre sus funciones se señalan la responsabilidad técnica en las actividades que realiza el CET, mantener una coordinación con la Unidad de Epidemiología del Servicio de Salud, y de atención directa y consejería. También, se recomienda la existencia de una **Matrona o Enfermera** (Profesional con experiencia en Salud Pública, manejo de programas de salud y conocimiento de ETS. Depende del Médico Encargado del CETS.). Entre sus funciones se cuenta: realizar actividades de administración y coordinación del Programa de ETS, coordinación con Servicio de Salud, otros Servicios Clínicos, Atención Primaria, participar en la Programación de las actividades del CETS. Por otra parte, en la atención directa; controles de salud y actividades de consejería, centralizar sistema de notificación de casos de ETS, citación de contactos y coordinación de interconsultas y demanda de atención. Finalmente, un **Auxiliar paramédico** (Auxiliar Paramédico con preparación en ETS. Depende de la Matrona o Enfermera del CETS). Entre sus funciones están el apoyo en las actividades asistenciales y administrativas del CETS, la recepción de pacientes, la mantención y organización de registros clínicos, epidemiológicos y de notificación.

Los CETS⁷⁰ tienen a su cargo el Control de las ETS, por medio de una ficha propia del centro, confidencial y de almacenamiento en dicho espacio. Vale decir, solo las personas que trabajan en el centro tienen acceso a dicha información. Una ficha general, de uso de los profesionales del hospital, y que registra el historial clínico, solo indica la consulta en ETS, pero no especifica qué o cuál afección. Para saberlo o para tener más detalles, el especialista necesita acercarse al CETS para consultar.

Durante la consulta típica que se efectúa a toda persona que recurre a los CETS, se aplica una pauta de entrevista en la que se verifican distintos datos tales como: orientación sexual, frecuencia de relaciones sexuales, número de parejas, presencia de métodos preventivos, fecha de la última relación sexual, consumo de alcohol y drogas, y de ahí el profesional en su experticia sugiere la pregunta sobre la ocupación o no en el comercio sexual. Existen también, personas que llegan directamente vía dato de las o los compañeros de trabajo o bien por derivación. En la primera posibilidad, al sugerirse la pregunta por el comercio sexual, el o la profesional ofrece el Control de Salud Sexual de carácter mensual (Norma técnica 46), lo que en otros tiempos se denominaba Control Sanitario. Desde este control, junto con la necesidad fiscalizadora de carabineros, estipulada en el Decreto 382 es donde surge el instrumento del Carné Sanitario. El control de salud sexual se realiza de manera mensual o cada dos meses, es gratuito en consulta y exámenes, además se entregan 8 preservativos⁷¹ en cada consulta.

Existen desde las organizaciones iniciativas tendientes a erradicar el carné de salud sexual, ya que su control y uso hace partícipes a carabineros, quienes bajo su propio criterio y en desconocimiento del instrumento hacen un mal uso de éste. El carné posee una foto, requisito que ha sido exigido por las

⁷⁰ Físicamente, los CETS, consisten en una sala de recepción de pacientes que se adecua a las necesidades de una entrevista privada, del registro y admisión y debe tener idealmente acceso facilitado a los registros y comunicación con el equipo de profesionales. Sus dimensiones como mínimo deben de ser de 6 metros cuadrados. Debe contar con un box de atención médica en el que se puedan realizar exámenes físicos y ginecológicos, con las condiciones salubres y de privacidad óptimas, sus dimensiones deben ser de 12 mts. cuadrados. Otro box de atención debe ser destinado para la atención que brinda la matrona o enfermera, adecuado también para realizar examen físico y ginecológico, y con la misma dimensión del aquel destinado para el médico. Se contempla una sala de educación dedicada a realizar actividades de educación grupal. Los insumos básicos con los que debe contar el centro son materiales de aseo y escritorio, materiales de toma de muestra y examen (porta, cubreobjeto, tómulas de algodón, guantes de examen) e impresos (Ficha clínica de enfermedades de transmisión sexual, ficha de control de salud sexual, carné de control de salud sexual).

⁷¹ El número está determinado por la cifra que aparece en el Estudio de Comportamiento Sexual, en el que se verifica que el número de relaciones sexuales de los chilenos y chilenas es de un promedio de 8 por mes. Además, se supone desde el área de la salud, que aquellas personas que con mayor identidad reconocen su ocupación, debieran tener incorporado el uso de los preservativos.

mismas trabajadoras sexuales, ya que algunas de ellas habrían sufrido robos y eventuales sustituciones en el control policial.

Desde los CETS de la Región Metropolitana, y en el marco de los Proyectos de Prevención de ETS financiados por la Comisión Nacional del SIDA, se desarrolló el instrumento de "Mi agenda". El proyecto fue coordinado por las matronas encargadas del Programa de ETS y matronas de los CETS. El instrumento cuenta con una primera hoja en la que se pueden escribir los datos de la persona, luego, un calendario del año 2005 y al final de la agenda uno del año 2006. Entre los contenidos de la agenda se encuentran:

- Información sobre el control de Salud Sexual, sus características, que es para **mayores de 18 años** y su carácter de no obligatoriedad. Además se expresa que es posible de realizar en los distintos CETS, cuya ubicación puede ser consultada a través del FONOSIDA 800 202 120.
- Información sobre las ITS; resaltan, la sífilis, gonorrea, condiloma y el herpes genital, tricomonas, hongos y piojos en el pubis. De todas ellas, se hace una breve descripción de los síntomas.
- Información sobre el condón: uso correcto, almacenamiento. Dicha información se entrega también en el control de salud sexual.
- Prevención del embarazo no deseado por medio de anticonceptivos.
- Un apartado para contactos personales.
- Una planificación mensual en la que se establece, por mes y por semana.
- Cuidado en salud mental: evitar la depresión, prevención de la violencia y la discriminación, con énfasis en derechos de las personas.
- Prevención del consumo de alcohol, conductas de riesgo asociadas al alcohol.
- Prevención del consumo de tabaco.
- Prevención del consumo de drogas: marihuana, cocaína, pasta base.

- Vinculación con el cuidado y autocuidado en relación al VIH/SIDA.
- Notas

“Mi agenda”, instrumento diseñado para mujeres que ejercen el comercio sexual



CONASIDA, Ministerio de Salud (2005)

3. EXPLOTACIÓN SEXUAL Y COMERCIO INFANTIL (ESCI)

3.1. ESTADO DE SITUACIÓN

La explotación sexual y comercio infantil (ESCI) carecen de un diagnóstico acucioso en Chile, dado que este tema presenta dificultades éticas y metodológicas para investigarlo en profundidad. Fundamentalmente, es la integridad de las o los informantes el aspecto crítico, además del peligro que puede incluir ingresar en una red de explotación sexual. No cabe duda de que ambos aspectos limitan la presente exposición.

Un estudio *cualitativo* publicado en junio del 2004 por el Servicio Nacional de Menores (SENAME, 2004) constituye uno de los documentos que revelan más acuciosamente la magnitud del problema, que ha sido abordado también por el Ministerio de Justicia y por la Organización Infantil del Trabajo (OIT, 2005)⁷². El estudio de SENAME tuvo por objetivo general el de elaborar un exhaustivo diagnóstico, tanto como cuantitativo, que permita estimar a nivel nacional la magnitud del problema y caracterizar la situación actual de niños, niñas y adolescentes víctimas de explotación sexual comercial, así como los actores involucrados en el problema, y fue realizado por investigadoras de la Universidad Artes y Ciencias Sociales ARCIS. El informe indica que la ESCI puede ser entendida como “La Explotación sexual comercial

⁷² Este organismo ha calificado a ESCI dentro de las peores formas de trabajo infantil. A su vez, estableció el 12 de junio como el Día Mundial contra el Trabajo Infantil. En 1999, dicho organismo ya había adoptado el Convenio sobre las peores formas de trabajo infantil (número 182), que centraba su atención en la necesidad de tomar medidas de carácter urgente con el objetivo de de erradicar aquellas formas de trabajo infantil.

infantil -entendiendo el adjetivo, infantil, como equivalente a menor de 18 años- es toda actividad en que una persona usa el cuerpo de un niño, niña o adolescente para sacar provecho sexual y/o económico, basándose en una relación de poder. Se considera explotador tanto al que ofrece a otro la posibilidad de participar en la utilización del niño o niña (proxenetas y redes) como al que mantiene el contacto (clientes), sin importar si la relación es ocasional, frecuente o permanente. La explotación sexual comercial infantil es un problema antiguo, que se acepta socialmente, sobre todo cuando está asociado a la mendicidad y la supervivencia. Sin embargo, se trata de una grave violación de los derechos de los niños y niñas en que, por medio de la violencia, se intenta doblegar sus voluntades, usando la degradación, la fuerza física o la agresión psicológica” (SENAME, op. cit. p, 16). La pornografía y la explotación comercial sexual infantil/adolescente, así como el tráfico y turismo sexual de niños y niñas, se pueden entender como “todo tipo de actividad en que una persona usa el cuerpo de un niño/a o adolescente para sacar provecho de carácter sexual y/o económico, basándose en una relación de poder, considerándose explotador tanto aquel que intermedia u ofrece la posibilidad de la relación a un tercero, como al que mantiene la misma con el niño/a o adolescente, no importando si es frecuente, ocasional o permanente”(SENAME, op. Cit, p. 25). Se trata de actos que colocan a los niños y niñas en una situación de completa indefensión y violencia.

Entre las cifras que arroja el documento se refiere que en el año 2003 la explotación sexual comercial de niños, niñas y adolescentes en Chile arrojó una cifra no menor de 3.719 casos⁷³. De este total, un 80% correspondía a mujeres con un promedio de edad en el inicio de la explotación de 12 a 13 años.

Las edades de los niños y niñas con los que se logró trabajar fluctúan entre los 12 a 18 años. De un total de 56 entrevistados, un 9% tiene hasta 12 años de edad, un 30% se encuentra entre el tramo de 13 a 15; mientras que el mayor porcentaje, un 61% corresponde a las edades entre los 16 y 18 años.

La edad de inicio en el ingreso a las redes de ESCI es variada, no obstante, es desde los 12 años donde se concentra el mayor número de casos. La

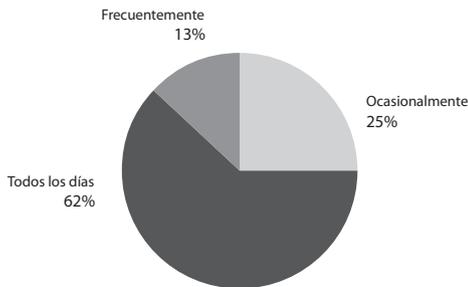
⁷³ Estudio encargado por el Servicio Nacional de Menores (Sename), en el marco de un convenio con la Organización Mundial del Trabajo y su Programa de Erradicación del Trabajo Infantil (OIT-IPEC) La investigación fue ejecutada por la Universidad Arcis en un período de seis meses, se localizó en tres regiones del país y sus resultados se proyectaron a nivel nacional.

frecuencia de las actividades de ESCI son mayoritariamente diarias, llegando a representar un 62% de la muestra.

| GRÁFICO 1 |

Frecuencia de actividad de entrevistados

Frecuencia de actividad	N° de Entrevistados
Todos los días	35
Frecuentemente	7
Ocasionalmente	14
TOTAL	56



Fuente: Frecuencia de actividad de entrevistado, SENAME (2004)

Fuente: Frecuencia de actividad de entrevistado, SENAME (2004)

Las consecuencias a las que se ven expuestos los niños y niñas que se encuentran en esta situación, abarcan diversos ámbitos del desarrollo social y psicológico, incluso si es que se considera que la mayoría de ellos/as vive con sus familias. Uno de los aspectos más problemáticos, es el retraso y/o deserción escolar.

Sumado a las dificultades en la detección y pesquisa del ESCI, sus características muestran que está estrechamente relacionado con otras formas de trabajo infantil encubierto. Se presenta de diversas maneras y en gran medida es clandestino. Existiría también una demanda más o menos establecida por parte de clientes cuyo perfil no está del todo claro, y que son los que finalmente articulan las redes. Sumado a ello la explotación sexual y el comercio infantil están vinculados con el tráfico y consumo de drogas, la maternidad precoz y dinámicas familiares disfuncionales y abusivas.

En Chile hace dos años se reveló uno de los casos más centrales en el descubrimiento de redes de pedofilia que operaban a nivel internacional.

El llamado *caso Spiniak*, que obedece al apellido del principal inculpado un acomodado empresario chileno, mostró una cara oculta de la realidad que adolescentes -principalmente varones- vivían en la conformación de una red de menores involucrados en la celebración de fiestas privadas en las que se ejercía explotación sexual en adolescentes. Con este caso se abrió una discusión en torno a las vulnerabilidades de índole económica que afectaban a quienes participaban en dichos eventos.

La pornografía infantil es un problema de magnitud mundial motivado por razones comerciales y pedofílicas, que se ve acrecentado por las facilidades y poco control que hoy en día ofrece la tecnología de multimedia. Ante este panorama, la legislación extranjera ha aumentado la penalización de este tipo de actividades, principalmente sobre las conductas de quienes utilicen menores para la elaboración de cualquier clase de material pornográfico. Esta medida ha sido extendida para los que por cualquier medio produzcan, vendan, distribuyan, exhiban o faciliten la producción, distribución, venta o exhibición de materiales pornográficos cuando en ellos aparezcan menores aun que el material tuviere su origen en el extranjero o fuere desconocido.

Respecto al turismo sexual, no existen registros sobre éste en Chile como práctica aislada y tipificada, sin embargo, esto no expresa la ausencia de este hecho en el territorio nacional.

3.2. LEGISLACIÓN, NORMAS Y REGLAMENTOS

En torno a la normativa internacional sobre explotación sexual comercial infantil y adolescente, SENAME, reconoce en su documento *Estudio sobre la explotación sexual comercial infantil y adolescente en Chile* (2004) distintos instrumentos que abordan directamente la protección de los niños y niñas, en los que Chile ha suscrito distintas convenciones de carácter internacional. Todas ellas tendientes a la protección y a dar un marco de acción a todas las iniciativas que el gobierno emprenda en temas vinculados a la infancia. Entre ellas se cuenta: la Convención de los Derechos del Niño (CDN)⁷⁴, el Protocolo Facultativo de la Convención sobre los Derechos del Niño relativo a la venta de niños, la prostitución infantil y la utilización de niños en la pornografía⁷⁵

⁷³ Publicada en el Diario Oficial el 27 de septiembre de 1990.

y el Protocolo para prevenir, reprimir y sancionar la trata de personas, especialmente mujeres y niños, que complementa la Convención de las Naciones Unidas contra la delincuencia organizada transnacional⁷⁶.

En 1996 se celebró el *Congreso Mundial contra el Comercio y Explotación Sexual de Niños*, a partir del cual se puso en marcha una agenda de acción para las regiones según las necesidades de cada país y de acuerdo a los postulados de la Convención de los Derechos del Niño. Producto de esto, el Gobierno Chileno elaboró el *Plan Nacional de Acción en favor de la Infancia y la Adolescencia*, que comprometía metas para el 2000 en las áreas de derecho a la sobrevivencia, salud y nutrición; derecho al desarrollo y la educación y derechos de protección. En esta última se especifican metas relativas al maltrato infantil, el abuso y la explotación sexual.

Tres años más tarde, se realizó la *Primera Conferencia Nacional sobre Violencia y Explotación Sexual Comercial de Niños, Niñas y Adolescentes*, con representantes de gobierno, de organismos internacionales, de organizaciones no gubernamentales y de centros académicos. Como resultado de dicho encuentro a fines del año 2000, se elaboró el primer programa nacional *Marco para la Acción contra la Explotación Sexual Comercial de Niñas, Niños y Adolescentes*, que contiene diversas líneas de acción (investigación social, jurídica, criminal, intervención-promoción, intervención-prevención terciaria, reformas a políticas sociales y reformas normativas) que deben ser ejecutadas por distintos actores públicos y privados.

Durante el año 2001, en Montevideo (Uruguay) se realizó el *Congreso Gubernamental Regional sobre Explotación Sexual Comercial Infantil*, como actividad preparatoria al Segundo Congreso Internacional, realizado en Yokohama, Japón, en el que Chile participó activamente a través del SENAME. En el encuentro se suscribió una declaración final en que se llamó a implementar planes de acción coordinados en los países de la región. Estos instrumentos reglamentarios internacionales, más otros recientes, como el *Protocolo Facultativo de la Convención sobre los Derechos del Niño relativo a la Venta de niños, a la Prostitución Infantil y la utilización de niños en la Pornografía*, han permitido instalar con mayor fuerza un clima político-legislativo apropiado, en que se reconozcan los derechos, la situación especial de

⁷⁵ Publicado en el Diario Oficial el 6 de septiembre de 2003.

⁷⁶ Publicado en Diario Oficial, 16 de febrero de 2005.

estos niños y niñas y se establezcan políticas públicas sobre la materia. En el siguiente cuadro se resumen las instancias antes mencionadas:

- **Convención sobre Derechos del niño (CDN):** ratificada como Ley de la República en 1990, reconoce al niño y la niña la protección de sus derechos contra todas las formas de explotación y abusos sexuales (artículos 19, 34, 35) e insta a los estados partes a adoptar todas las medidas apropiadas para promover la recuperación física y psicológica y la reintegración social a las víctimas de cualquier forma de abandono, explotación o abuso (artículo 39)⁷⁷.
- **Congreso Mundial contra el Comercio y Explotación Sexual de Niños,** celebrado en Estocolmo en 1996, puso en marcha una agenda de acción para las regiones según las necesidades de cada país y de acuerdo a los postulados de la Convención Internacional de los Derechos del Niño. Dicha Convención, suscrita como Ley de la República por Chile en 1990, reconoce al niño y la niña la protección de sus derechos contra todas las formas de explotación y abusos sexuales e insta a los Estados partes a adoptar todas las medidas apropiadas para promover la recuperación física y psicológica y la reintegración social de las víctimas de cualquier forma de abandono, explotación o abuso.
- **Convenio N° 182 de la Organización Internacional del Trabajo -OIT (1999),** ratificado por Chile, compromete al Gobierno a tomar medidas para obtener la prohibición y la eliminación de las peores formas de trabajo infantil, entre las que se consideran “la utilización, el reclutamiento o la oferta de niños para la prostitución, la producción de pornografía o actuaciones pornográficas”; y “los trabajos en que el niño queda expuesto a abusos de orden físico, psicológico o sexual”. Todas estas problemáticas aluden a distintas formas de explotación sexual (SENAME, 2004).
- **Segundo Congreso Mundial contra el Comercio y Explotación Sexual de Niños,** realizado en Yokohama el año 2001, ratificó estos avances y estableció la necesidad de nuevas leyes que criminalicen este tipo de explotación, incluyendo cláusulas con efecto extraterritorial.

⁷⁷ Convención sobre los Derechos del Niño, publicada el 27 de septiembre de 1990.

• **Protocolo Facultativo de la Convención sobre los Derechos del Niño relativo a la Venta de niños, a la Prostitución Infantil y la utilización de niños en la Pornografía.** En el artículo 2 del documento se establecen las definiciones fundamentales en torno a las figuras de venta de niños, prostitución infantil, y la utilización de niños en la pornografía.

- Por venta de niños se entiende todo acto o transacción en virtud del cual un niño es transferido por una persona o grupo de personas a otra a cambio de remuneración o de cualquier otra retribución⁷⁸;
- Por prostitución infantil se entiende la utilización de un niño en actividades sexuales a cambio de remuneración o de cualquier otra retribución;
- Por utilización de niños en la pornografía se entiende toda representación, por cualquier medio, de un niño dedicado a actividades sexuales explícitas, reales o simuladas, o toda representación de las partes genitales de un niño con fines primordialmente sexuales.

Art. 2. "Protocolo Facultativo de la Convención sobre los Derechos del Niño relativo a la Venta de niños, a la Prostitución Infantil y la utilización de niños en la Pornografía"

LEYES NACIONALES EN TORNO A ESCI

Una de las mayores novedades en términos legales en el ámbito de la erradicación de la explotación sexual infantil, es la **Ley 19.927**⁷⁹. Esta ley modifica el Código Penal, Procesal Penal y de Procedimiento Penal en materia de delitos de pornografía infantil. Surge como una moción parlamentaria y su rápida aprobación se produce en el contexto del ya referido caso Spiniak⁸⁰.

⁷⁸ a) En relación con la venta de niños, en el sentido en que se define en el artículo 2:

i) Ofrecer, entregar o aceptar, por cualquier medio, un niño con fines de: a. Explotación sexual del niño; b. Transferencia con fines de lucro de órganos del niño; c. Trabajo forzoso del niño; ii) Inducir indebidamente, en calidad de intermediario, a alguien a que preste su consentimiento para la adopción de un niño en violación de los instrumentos jurídicos internacionales aplicables en materia de adopción; b) Ofrecer, obtener, facilitar o proporcionar un niño con fines de prostitución, en el sentido en que se define en el artículo 2; c) Producir, distribuir, divulgar, importar, exportar, ofrecer, vender o poseer, con los fines antes señalados, material pornográfico en que se utilicen niños, en el sentido en que se define en el artículo 2.

⁷⁹ República de Chile, Ley 19.277, "Modifica El Código Penal, El Código De Procedimiento Penal y El Código Procesal Penal En Materia De Delitos de Pornografía Infantil". Publicada el 14 de enero de 2004.

⁸⁰ Parte de la discusión de esta ley, se plasmó en el fallo "Ochoa Zambrano" que se detalla más adelante.

La ley tiene por objeto resguardar el bienestar de los menores de edad, procurando sancionar en forma drástica a todos quienes cometan actos de pedofilia, abuso de menores o realicen pornografía infantil. Se busca agilizar los procedimientos que involucran estas causas. Además se aumenta las penas para varios delitos cometidos contra menores de edad, fortalece y entrega mecanismos más eficaces para que las policías y los tribunales sean más diligentes en su persecución. Además, por medio de dicha ley se permite en la investigación criminal, la participación de agentes encubiertos y la **intercepción de internet** y comunicaciones en general, con el fin de desbaratar las redes que trafican material pornográfico con menores. *La nueva normativa aumenta de 12 a 14 años la edad mínima de los menores para consentir en actos de índole sexual* y en cuanto a las sanciones, aumenta las penas para el delito de estupro, quedando en condenas que van de los 3 años y un día a 10 años. Hoy es de 541 días a 5 años.

Por otra parte, se sanciona, y de manera inédita en la legalidad nacional, al cliente en casos de prostitución de menores de 18 años y por favorecimiento a la prostitución, aún cuando no fuere habitual (actualmente se sanciona sólo la conducta ejecutada habitualmente o con abuso de confianza). Sobre la normativa que establece la inhabilitación o prohibición para condenados por estos delitos de desempeñarse en ámbitos educacionales u otros que impliquen trato frecuente con menores de edad, la ley establece que dicho período sea de 3 años y 1 día a 10 años.

Asimismo, sanciona a todo aquel que intervenga en la producción de material pornográfico infantil utilizando menores de edad, y a todo aquél que comercialice, distribuya, difunda o almacene con dichos fines material pornográfico infantil. Dispone además, la competencia de los tribunales chilenos para conocer de ciertos delitos sexuales (principalmente pornografía infantil), cualquiera sea el país en el que éstos se hubiesen cometido, y siempre que hubieren afectado a chilenos o hubieren sido ejecutados por ellos. Finalmente, se aclara que los delitos de distribución o comercialización de pornografía infantil se entienden cometidos en Chile siempre que se ejecuten a través de un medio de comunicación (Internet) al que se tenga acceso desde nuestro país. Respecto al delito de penetración de objetos o de instrumentos, la ley eleva la pena para dicha conducta, considerándola un abuso sexual agravado. Por último, el documento eleva las penas en casos de abusos sexuales cometidos con intimidación o violencia o bajo otra circunstancia que constituya violación.

Con relación a las sanciones que existen en torno a la ESCI en Chile, pueden concurrir distintas acciones tipificadas como delitos. SENAME (2004b), reconoce las distintas figuras delictivas:

Prostitución infantil: quien facilita la utilización sexual del niño/a o adolescente o “proxeneta” es sancionado a través del artículo 367 del Código Penal, con penas de presidio mayor en cualquiera de sus grados (5 años y un día a 20 años) y multas de 21 a 30 Unidades Tributarias Mensuales. Las modificaciones hechas al Código Penal permiten sancionar la promoción de la prostitución infantil cuando no es habitual o con abuso de confianza, ya que anteriormente sólo la sancionaba si “había habitualidad o abuso de autoridad o confianza”. Con la nueva normativa, la habitualidad tiene el efecto de agravar las penas, pero cuando ésta no existe o no se puede probar, los proxenetas igualmente son sancionados, con penas que van de 3 años y un día a 5 años de prisión. También, se introducen sanciones para el “cliente” o “usuario” que solicita o utiliza los servicios sexuales de un menor de edad, lo que antes no era considerado delito. A partir de la modificación legal, quienes a cambio de dinero u otras prestaciones de cualquier naturaleza obtienen servicios sexuales por parte de mayores de 14, pero menores de 18 años de edad, se exponen a penas entre 3 años y un día y 5 años.

Pornografía infantil: La ley sanciona la participación en la producción de material pornográfico en que hayan sido utilizados menores de 18 años, así como la exhibición, importación, distribución o comercialización de dicho material. Define claramente el concepto de pornografía infantil como todo material que represente a menores de 18 años participando en actividades sexuales explícitas, reales o simuladas, o toda representación de la zona genital o anal de los menores de edad, con fines de explotación sexual. Antes, el artículo 366 quater del Código Penal establecía en 12 años la protección legal frente a esta clase de delitos, sin necesidad de exigir otros requisitos o circunstancias adicionales. Respecto a los mayores de 12 y menores de 18 años, sólo se sancionaba el delito si se cometía con violencia, intimidación o concurrían algunas de las circunstancias del delito de estupro. Con la nueva ley, quien utilice a menores de 18 años para fines pornográficos arriesga penas de 3 años y un día a 5 años. También se establecen sanciones para la distribución, exhibición, importación, exportación y otras formas de difusión o venta de pornografía infantil, lo que antes no era castigado. Con la nueva normativa, quien distribuya o exhiba material pornográfico con menores de 18 años, arriesga penas entre 541 días y 5 años. La adquisición y almacenamiento de pornografía infantil también es sancionada con penas que van desde 541 días a 3 años.

Delitos sexuales: la nueva normativa establece penas más severas, se eleva de 12 a 14 años la edad en que se presume legalmente que un adolescente puede consentir una relación sexual. *Bajo los 14 años, esa relación sexual se considera violación, aunque el acceso haya sido sin violencia y con el consentimiento de la víctima.* En este caso el consentimiento de la víctima no es eficaz, se trata de una violación impropia, no habiendo acceso carnal es abuso sexual impropio.

El aumento de la edad fue resistido por un grupo de Senadores y Diputados quienes decidieron por no innovar en la materia, puesto que los estudios sobre comportamiento sexual muestran un porcentaje relevante de la población menor de 14 años (alrededor del 13%) que mantiene relaciones sexuales en forma consentida⁸¹. La Ley 19.927 aumentó las penas de los delitos de abuso sexual, producción de material pornográfico infantil y estupro. De los 14 a los 18 años puede haber estupro, que es acceso carnal con al menos una de las siguientes condiciones: discapacidad intelectual, relación de dependencia con su abusador, engaño y abuso de la inexperiencia sexual del niño o niña.

Con la nueva ley, quienes cometen estupro arriesgan penas que van de 3 años y un día a 10 años de presidio. Antes, sólo se sancionaba con penas entre 541 días y 5 años. Además, se castiga como abuso sexual agravado la introducción de objetos o utilización de animales, lo que antes se consideraba sólo abuso sexual y tenía penas que iban desde 61 días a 5 años de cárcel. La nueva ley, concibe este delito con un mismo castigo que la violación y quienes lo cometan arriesgan penas desde 5 años y un día a 20 años.

Se establece la pena de inhabilitación absoluta temporal (de 3 a 10 años) para acceder o ejercer cargos, empleos, oficios o profesiones que involucren una relación directa y habitual con personas menores de edad, lo que debe

⁸¹ Senado, Sesión 4ª, miércoles 15 de octubre de 2003, en Diario de sesiones del Senado, pp. 411 y 412. En el mismo sentido, el Senador Viera-Gallo manifestó que "Todo esto al calor del debate de los que se califican como "mensajes que vienen de la sociedad" o de los delitos que conmueven la opinión pública. No sé si lo mejor es legislar sobre la sangre derramada, el honor mancillado, con la frialdad que a veces requiere el trabajo legislativo." en Senado, Sesión 2ª, miércoles 8 de octubre de 2003, Diario de sesiones del Senado, p. 142, y que "Cualquier análisis objetivo diría que más bien hemos ido al vaivén de lo que la sociedad va considerando como las conductas más reprochables," en Senado: sesión 2ª, en miércoles 8 de octubre de 2003; diario de sesiones del Senado, pp. 142-143. En el mismo sentido, el senador Ávila manifestó: "Señor Presidente, creo que el aumento del límite de edad a 14 años que ha resuelto la Comisión de Constitución y que pide que apruebe la Sala es fruto de la neurosis desatada en los últimos días por los sucesos conocidos por todos," en Senado: sesión 4, en miércoles 15 de octubre de 2003; diario de sesiones del Senado, p. 410.

cumplirse con posterioridad a la pena privativa de libertad que se impusiere. Adicionalmente, se considera la creación de un registro de personas condenadas por delitos sexuales, a cargo del Servicio de Registro Civil e Identificación. La misma estaría disponible para toda institución, pública o privada, que por la naturaleza de su objetivo requiera contratar a una persona determinada para algún empleo, cargo, oficio o profesión que involucre una relación directa y habitual con menores de edad.

Normas Procesales: Las modificaciones al Código Procesal Penal y Código de Procedimiento Penal garantizan una mejor investigación y protección de las víctimas. Se establecen normas de procedimiento que otorgan facultades especiales a fiscales del Ministerio Público, jueces y agentes policiales para investigar y acreditar los delitos relacionados con la pornografía y prostitución infantil.

Extraterritorialidad: Expresa la responsabilidad internacional en la sanción de estos delitos. El Código Orgánico de Tribunales (artículo 10, No 6) señala que aunque no se hayan cometido en territorio nacional, los delitos se sancionarán si las víctimas son chilenas y si los delitos son cometidos por un chileno o por un extranjero que tenga residencia habitual en Chile.

En el ámbito de la Salud por su parte, se desarrollaron estándares clínicos para la atención y detección de abuso en menores contenidos en las *Normas y Guía Clínica para la Atención, en Servicios de Urgencia, a Personas Víctimas de Violencia Sexual*⁸² En el punto V de la guía, se establecen los “Aspectos a considerar en la atención de niñas/os y adolescentes;” también se establece un formato de entrevista y examen de menores y acompañantes. Se responde a las siguientes preguntas: ¿cuándo pensar en abuso sexual?, ¿cómo entrevistar y examinar a un niño o niña y sus acompañantes cuando existen indicadores de un posible abuso sexual? Además se establecen las medidas de protección adecuadas.

3.3. JURISPRUDENCIA

El caso que impulsó la aprobación de la legislación en esta materia -caso Spiniak- aún no ha sido resuelto por la justicia ni siquiera en primera instan-

⁸² Ministerio de Salud, Resolución exenta 527, del 6.04.2004.

cia. Con todo, dado el carácter irretroactiva de la ley penal, Spiniak y los otros inculpados son juzgados por las leyes anteriores a la modificación de enero de 2004. A continuación detallamos un caso, de violación impropia, es decir de tener relaciones sexuales con una menor sin que haya mediado engaño, abuso, fuerza o amenaza.

Se trata del caso de un hombre de 34 años que fue absuelto en primera instancia y condenado en la apelación, se discurre sobre la violación impropia. La Corte no se pregunta si lo relevante en el caso es la diferencia substancial de edad entre la menor, de 13 años y el hombre, sino que independiente de la edad del imputado cualquier acto sexual con menor de 14 años debe ser penalizado⁸³.

El juez de garantía en primera instancia razonó que el imputado había iniciado una relación de amistad con la joven, quien tenía apariencia de 16 o 17 años, sin jamás preguntarle. Que de la amistad la relación mutó a una de carácter afectivo sentimental, y que con ello iniciaron relaciones sexuales. De hecho, la niña ya se había iniciado sexualmente con una pareja anterior. Así, el imputado no tuvo conciencia del ilícito, "si el imputado se hubiera representado la ilicitud de su conducta no se habría exhibido con ella en lugares públicos ni menos haberla besado en dichos lugares"⁸⁴. Por ello, habría un error sobre la prohibición, pues además el imputado desconocía la modificación a la ley, es decir "no tenía conciencia de la antijuricidad, eliminando la culpabilidad y por ello el delito"⁸⁵.

El Ministerio Público apela de la decisión señalando que nadie puede invocar el desconocimiento de la ley, en virtud de que ella se presume conocida desde su publicación en el Diario Oficial⁸⁶. La Corte de Apelaciones de Puerto Montt revoca la sentencia señalando que:

"Décimo Primero. En cuanto al argumento que la menor tenía un desarrollo normal promedio, en su límite superior, lo que importa es la edad de la víctima, sin atender a su desarrollo mental [...] y no podría ser de otro modo, de lo contrario no habría certeza jurídica. También es irrele-

⁸³ "José Eduardo Ochoa Zambrano, delito de violación impropia, Causa RUC 0400337233-8, RIT 386-2004, Juzgado de Garantía de Puerto Montt, 4 de octubre de 2005.

⁸⁴ Op. cit. Considerando 9º letra d.

⁸⁵ Op. cit.

⁸⁶ Considerando 9º, "José Eduardo Ochoa Zambrano, delito de violación impropia, rol 384-2006 RPP, Corte de Apelaciones de Puerto Montt, 21 de diciembre de 2005.

vante el consentimiento de la menor, ya que en la hipótesis del artículo 362 del Código Penal, la ley considera que los menores de 14 años no están capacitados para consentir válidamente la realización de comportamientos de índole sexual⁸⁷.

A su vez señala que no es posible considerar que el error hubiera sido invencible, ya que de hecho, al inicio de la relación el imputado reconoció que le apareaba ser mayor que la menor y que la familia de ésta no se enteró de la relación. Se le condenó a la pena de 300 días de presidio sin beneficios atendido el tenor de la modificación por la Ley 19.617 tratándose de un delito del artículo 362 del Código Penal.

3.4. POLÍTICAS PÚBLICAS

El SENAME es la institución del gobierno que ha desarrollado en mayor grado un marco general de orientaciones técnicas para el diseño y la ejecución de las intervenciones en todas las modalidades de explotación sexual comercial infantil y adolescente. Entre su áreas de trabajo se encuentran los siguientes temas referidos a menores: adopción, maltrato, oficina de protección de derechos (OPD), responsabilidad juvenil, diagnóstico, prevención, protección, drogas, trabajo infantil, niños de la calle y ESCI. Sus áreas de acción, incluye áreas de investigación, sensibilización, incluida la opinión pública, capacitación a distintos actores; intervenciones reparatorias y la contribución a la formulación de políticas públicas en que participe el conjunto de sectores que tienen responsabilidades tanto en su prevención como en su erradicación. Los principios aludidos son según SENAME (2005):

- El ejercicio y la movilización inmediata de los recursos públicos y privados disponibles, con el fin de interrumpir la situación de explotación.
- La incorporación y participación de la familia o vínculos protectores más cercanos, de modo que puedan asumir adecuadamente la responsabilidad de la integridad física y psicológica del niño/a.
- La adecuada intervención de redes e inserción en el ámbito territorial, que facilite la inmediata intervención y el uso de recursos, de manera de dar apoyo social a las familias y los niños/as.

⁸⁷ Op. cit. Considerando 11.

- El uso de un marco conceptual integral, ya que se trata de una problemática compleja que no se explica por causas únicas.
- El desarrollo de una intervención reparatoria integral (psicológica, social y legal), tanto en el diseño como en la atención de los casos, incluido el seguimiento.
- Enfocar la temática desde una óptica interdisciplinaria, ya que requiere de un ámbito de intervención jurídico, social y psicológico.
- Abordar el tema centrándose en el niño, niña y adolescente como eje de la intervención y con acciones complementarias con sus familias y entorno.
- Fortalecer el trabajo en redes intersectoriales y redes sociales como áreas estratégicas de intervención.

Dentro de los avances SENAME, se encuentra la conformación de un área investigación, producto del convenio con el Ministerio del Trabajo y el Instituto Nacional de Estadísticas, que cuenta con el apoyo de la OIT y el Programa Internacional de Erradicación del Trabajo Infantil (IPEC) es así como se creó durante el año 2003 un sistema de registro progresivo y de carácter nacional sobre *las Peores Formas de Trabajo Infantil, que incluye la explotación sexual comercial*. Se detectaron necesidades y percepciones de niños/as y adolescentes involucrados en la situación. Se ha avanzado en la leyes señaladas en el apartado anterior.

En cuanto a los programas y políticas desarrolladas desde el Servicio, está la ampliación de la oferta para la realización de nuevos proyectos de reparación en explotación sexual comercial de niños, niñas y adolescentes en las distintas regiones del país. Por otra parte, está la instalación de una línea telefónica, el 800 730 800, de 24 horas del día, con llamadas confidenciales y gratuitas desde cualquier punto del país. La atención está a cargo de la Unidad de Atención a Niños y Niñas Víctimas de Maltrato y/o Abuso Sexual, conformada por profesionales idóneos. El objetivo principal de esta unidad es contribuir a interrumpir situaciones de maltrato y abuso sexual infantil y facilitar el proceso judicial y terapéutico reparatorio.

Desde SENAME, existe un trabajo en coordinación permanente con Carabineros de Chile, principalmente con la 48ª Comisaría de Asuntos de

la Familia, la Policía de Investigaciones de Chile, Brisex (Brigada de Delitos Sexuales), Unidad de Menores de Interpol, Fundación Teletón, Juzgados de Menores, Juzgados del Crimen, Hospitales como Felix Bulnes, Sótero del Río, Exequiel González Cortes. También hay relación directa con la Corporación de Asistencia Judicial y el Ministerio Público, específicamente con la Fiscalía Nacional.

4. VIOLENCIA DE GÉNERO

La violencia es producto de la desigualdad y las estructuras jerárquicas generalizadas de la relación “*natural entre hombre y mujer*”. De esta forma las acciones de poder del *macho* sobre la *hembra*, toman sentido como parte del análisis de la construcción y consolidación del mismo, constituyéndose en lo *masculino* y lo *femenino* (Scott, 2003). Esto da cuenta de la constitución de un orden simbólico en la sociedad donde se construyen las ideas de cómo *debe ser* un hombre y una mujer. El género “como simbolización cultural de la diferencia sexual” produce efectos en el imaginario de las personas. Sin embargo, esta simbolización no sólo está ligada a la socialización e individuación, sino que además, según Lamas, incorpora el aparato psíquico y el lenguaje, ya que con ambos simbolizamos y hacemos cultura (Lamas, 2002).

La violencia contra las mujeres, se encuentra anclada en las construcciones de poder que ordenan las relaciones sociales entre mujeres y hombres, las que asociadas a las diferencias biológicas entre los sexos, naturalizan roles y funciones, posiciones y jerarquías sociales asignadas según la condición genérica. Se trata de un tipo particular de violencia que, arraigada profundamente en la cultura, opera como mecanismo social clave para perpetuar la interiorización y subordinación de las mujeres, en tanto el ejercicio del poder se considera patrimonio genérico de los varones (Maturana, et. al. 2004).

Rico reconoce que las violaciones de los derechos humanos afectan tanto a los hombres como las mujeres, no obstante, su impacto varía de acuerdo con el sexo de la víctima: “Los estudios sobre la materia permiten afirmar que toda agresión perpetrada contra una mujer tiene alguna característica que

permite identificarla como violencia de género. Esto significa que está directamente vinculada a la desigual distribución del poder y a las relaciones asimétricas que se establecen entre varones y mujeres en nuestra sociedad, que perpetúan la desvalorización de lo femenino y su subordinación a lo masculino” (Rico, 1996).

El concepto de “violencia” y específicamente el de “violencia contra la mujer” fue acuñado por Naciones Unidas y fue definido por la misma instancia como: “cualquier acto de violencia basada en género que tenga como consecuencia, o que tenga posibilidades de tener como consecuencia, perjuicio o sufrimiento en la salud física, sexual o psicológica de la mujer, incluyendo amenazas de dichos actos, coerción o privaciones arbitrarias de su libertad, tanto si se producen en la vida pública como privada” (Asamblea General de las Naciones Unidas, 1993).

Cabe señalar que el Estado chileno ratificó en el año 1994 la Convención Belem Do Pará, que declara que la violencia contra la mujer “incluye la violencia física, sexual y psicológica: que tenga lugar dentro de la familia o unidad doméstica o en cualquier otra relación interpersonal, ya sea que el agresor comparta o haya compartido el mismo domicilio que la mujer, y que comprende, entre otros, violación, maltrato y abuso sexual; que tenga lugar en la comunidad y sea perpetrada por cualquier persona y que comprende, entre otros, violación, abuso sexual, tortura, trata de personas, prostitución forzada, secuestro y acoso sexual en el lugar de trabajo, así como en instituciones educativas, establecimientos de salud o cualquier otro lugar, y que sea perpetrada o tolerada por el Estado o sus agentes, dondequiera que ocurra”⁸⁸.

En Chile las investigaciones realizadas sobre violencia de género en el ámbito intrafamiliar, han descrito e incluido manifestaciones de violencia a nivel de la pareja, el maltrato infantil en sus distintas manifestaciones, incluyendo el abuso sexual problemáticas que no son de exclusividad del país. De esta forma, se considera que la violencia de género engloba una serie de prácticas: “Las manifestaciones de esta violencia abarcan las agresiones físicas, la violencia sexual como relaciones sexuales forzadas u otro tipo de coacción sexual, los maltratos psicológicos y los comportamientos controladores, que limitan el ejercicio de los derechos de las personas. La violencia hacia

⁸⁸ Convención de Belem Do Para: Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer. Artículo 2º.

la mujer por parte de su pareja es una expresión evidente de violencia de género, ya que la mujer es especialmente vulnerable en sociedades en las que hay una desigualdad entre los sexos, rigidez en los roles sexuales y una tolerancia en la sociedad sobre el ejercicio del control y el poder por parte de los hombres en las relaciones de pareja” (SERNAM, 2003)⁸⁹.

El capítulo que se presenta a continuación se elaboró en base a cinco temáticas desarrolladas sobre la violencia de género que incluyen el estado de situación, las leyes, normativas y reglamentaciones, casos de jurisprudencia y las políticas públicas. Las temáticas abordadas fueron violencia intrafamiliar; violencia sexual; acoso sexual; femicidio, y otras manifestaciones de violencia de género como el caso de las mujeres inmigrantes.

4.1. VIOLENCIA INTRAFAMILIAR

4.1.1. ESTADO SITUACIÓN

La Violencia Intrafamiliar, se define como “toda acción u omisión cometida por algún miembro de la familia en relación de poder, sin importar el espacio físico donde ocurra, que perjudique el bienestar, la integridad física, psicológica o la libertad y el derecho al pleno desarrollo de otro/a miembro de la familia” (OPS, 2004). El SERNAM por su parte señala que la violencia intrafamiliar son *todas las formas de abuso que tienen lugar entre los miembros de la familia*. En este contexto el abuso es definido como *toda conducta que, por acción u omisión, ocasiona daño físico y/o psicológico a otro/a miembro de la familia*. Categoriza la problemática en cinco tipos de abusos:

1. Abuso o Violencia Física: es aquel abuso que provoca daño en el cuerpo de la persona.
2. Abuso o Violencia psicológica: es aquel abuso que mediante gestos o palabras busca atemorizar al otro, para controlar sus conductas, pensamientos o sentimientos; usar en contra de la persona palabras groseras, mentiras, sobrenombres, burlarse de ella, criticarla de mala manera,

⁸⁹ Este estudio fue realizado, por encargo del Departamento de Estudios y Estadísticas y el Área Mujer, Familia y Calidad de Vida del Servicio Nacional de la Mujer, por la Corporación DOMOS.

humillarla frecuentemente ante otros, amenazarla, prohibirle visitar a sus amistades o familia, vigilarla o amenazarla con arma por ejemplo: cuchillo, tijera, o cualquier otro objeto que pudiera servir para inferir daño físico.

3. Abuso Sexual: es aquel abuso por el cual se imponen actos de tipo o connotación sexual contra la voluntad o la comprensión de la otra persona, como pueden ser, por ejemplo: forzar a tener relaciones sexuales, obligar a realizar cualquier actividad sexual, someter a actos sexuales humillantes u obligar a presenciar actos de connotación sexual, sin la voluntad de la persona o en contra de ella.

4. Abuso Financiero: es aquel abuso que tiene por objeto controlar a otra persona, privándola de sus necesidades básicas, restringiéndola económicamente, o dejándola sin dinero para comer o salir de la casa, etc.

5. Abuso por Descuido o Negligencia: es aquel abuso que se refiere, especialmente, a niños, niñas, adolescentes y adultos mayores, respecto de quienes existe una obligación de atención y cuidado, y que se manifiesta en la falta de preocupación, cuidado y atención por ellos/as, tanto desde el punto de vista material como afectivo.

De acuerdo a lo señalado, el abuso financiero, puede ser considerado como violencia psicológica y el abuso por descuido o negligencia, puede ser considerado como violencia física o psicológica, según los efectos que el maltrato produzca en cada caso en particular.

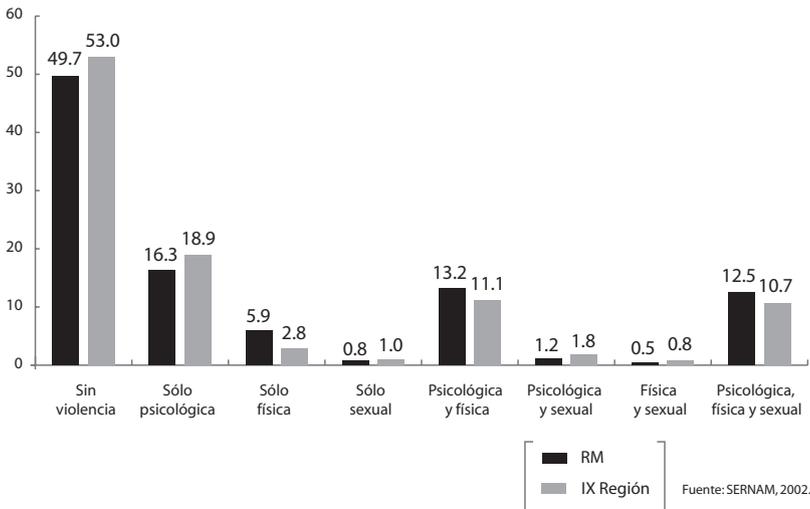
Diversos estudios sobre la violencia intrafamiliar se han realizado en Chile desde la década de los 90. Las estadísticas dan cuenta de una situación alarmante. Un estudio de SERNAM e INE (2001) mostró que en 1 de cada 4 hogares la mujer era golpeada físicamente, y en 1 de cada 3 sufría de violencia psicológica. Además reveló que, a mayor educación, inserción laboral y menor número de hijos, la violencia era menor.

Por su parte, el estudio de Prevalencia realizado por la Universidad de Chile mostró que el 50% de las mujeres han sido víctima de violencia por su pareja, mientras que un tercio ha vivido violencia física y sexual y el 42% de las mujeres ha sufrido violencia sexual antes de los 15 años (SERNAM, 2001).

Otro estudio realizado por SERNAM en el 2002 en la IX región (Araucanía) y la región Metropolitana, señala que alrededor del 50% de las mujeres de 15

a 49 años habían sufrido algún tipo de violencia en la pareja. En la región Metropolitana, el 50.3% de las mujeres entrevistadas había experimentado situaciones de violencia en su relación de pareja alguna vez en su vida, ya sea psicológica (16.3%) o física y/o sexual (34%) y en la Araucanía este porcentaje alcanzó el 50%. También mostró que la violencia física y/o sexual disminuye a medida que aumenta el nivel educacional del jefe de hogar. Mientras que el 47% de las mujeres casadas o convivientes con hombres con enseñanza básica completa había experimentado violencia, este porcentaje disminuye al 26.6% de las mujeres que viven con hombres con educación superior. A su vez las mujeres con enseñanza básica (44.7%) y media incompleta (40.2%) viven, con mayor frecuencia, situaciones de violencia intrafamiliar que aquellas que tienen educación media (29.1%) o cursaron estudios universitarios (28.5%). En el presente gráfico da cuenta de los principales hallazgos del estudio:

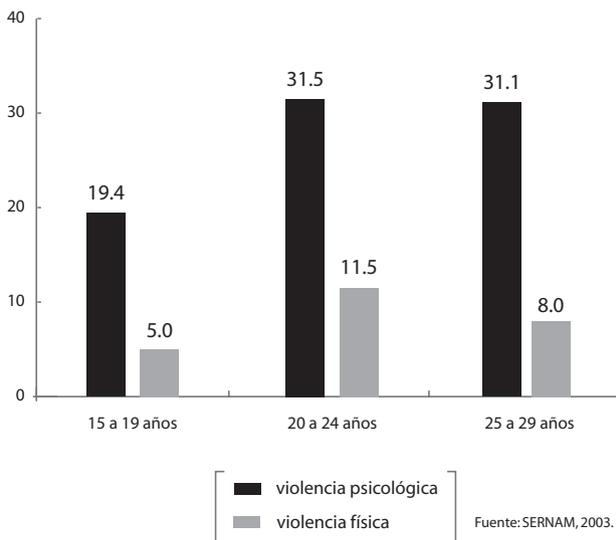
| GRÁFICO 1 |



En el 2003, SERNAM realizó un estudio de carácter cualitativo y orientado al análisis de la violencia en las relaciones de pareja entre jóvenes que concluyó: “El tema de la violencia en sus relaciones no surge espontáneamente como una preocupación de los y las jóvenes cuando hablan de la pareja; sin embargo, al ser consultados sobre la materia, en todos los grupos se mencionaron experiencias cercanas sobre violencia entre parejas de jóvenes independientemente de su escolaridad, nivel socioeco-

nómico y lugar de residencia. Así mismo, todos/as los/as jóvenes consultados desarrollaron discursos en torno al fenómeno” (SERNAM, 2003: 91).

| GRÁFICO 2 |



La situación de violencia en las relaciones de parejas jóvenes había sido cuantificada en el año 2000 por el INJUV a través de la Tercera Encuesta Nacional de Juventud (INJUV, 2001). El estudio mostró que dentro de estas relaciones predomina el daño psicológico (28.2%) frente al físico (12.4%). Un análisis más detallado de la situación, como lo muestra el siguiente gráfico da cuenta que las situaciones de violencia se concentran mayormente entre los tramos que van desde los 20 a los 29 años.

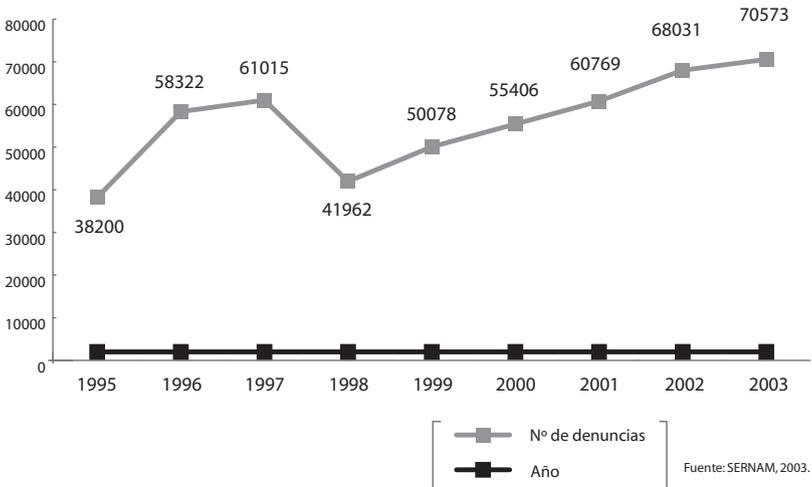
En la Cuarta Encuesta Nacional de la Juventud (INJ, 2003)⁹⁰ se señala que un 7.8% de los y las jóvenes manifestaron que dentro de sus familias, habían ocurrido situaciones de violencia Intrafamiliar durante los últimos tres meses, al mismo tiempo que el 13% manifestó que el mayor problema de la juventud era la violencia.

⁹⁰ En esta última versión de la encuesta, no se realizaron preguntas específicas sobre la violencia entre parejas.

En cuanto a las denuncias, a partir de 1994, año en que se promulga la Ley de Violencia Intrafamiliar (VIF) se produce una mayor sensibilización de la población frente al tema, esto permitió debatir y develar este problema en el ámbito público. Por ende, fue posible observar un aumento significativo de las denuncias por violencia intrafamiliar.

Según datos del SERNAM en el período entre 1995 y 2003, las denuncias realizadas en Carabineros e Investigaciones aumentaron de 38.200 a 70.523. Su variabilidad se puede observar en el siguiente gráfico:

| GRÁFICO 3 |



El Informe Anual sobre Derechos Humanos en Chile 2003 de la Universidad Diego Portales, señala que entre los primeros trimestres del 2001 y del 2002, las denuncias por hechos de violencia aumentaron en un 14% pero las detenciones disminuyeron en un 22%, lo cual constituye un dato alarmante, debido a que el sistema no está respondiendo a las demandas de la ciudadanía. Según este mismo informe la violencia intrafamiliar ocupa el segundo lugar en las cifras de seguridad ciudadana sobre comportamientos con connotación delictual (Universidad Diego Portales, 2003) ⁹¹.

⁹¹ Ver: Instituto de la Mujer (1995); Centro de Atención y Prevención de Violencia Intrafamiliar (1996); El Agua Consultores (1997); Dides y Pérez (2001); Casas, et. al. (2001).

El cuadro que se presenta a continuación posibilita la comparación del número de detenciones por violencia intrafamiliar según año y sexo del agresor y la víctima.

| TABLA 1 |

AÑOS Y AGRESORES	VÍCTIMAS				OTROS	TOTAL
	MUJER	HOMBRE	NIÑO/A	ANCIANO/A		
1997						
Mujeres	329	185	73	-	13	600
Hombres	4.636	295	110	11	47	5.099
2000						
Mujeres	1.187	68	81	5	33	1.374
Hombres	3.680	223	122	20	51	4.096
2003						
Mujeres	1.340	30	32	1	30	1.433
Hombres	1.710	176	79	9	70	2.044

Fuente: Anuario de Carabineros de Chile (2004)

Con estos datos queda de manifiesto que los estudios que revelan que la violencia intrafamiliar es provocada mayormente por la proporción hombre: mujer son certeros. Si bien existe un aumento casi equiparable en los últimos años entre los arrestos provocados por violencia ejercida sobre mujeres por parte de hombres y las mismas mujeres, queda de manifiesto que la proporción de violencia hombre: mujer y mujer: hombre es abismal.

Si observamos los datos del último año 2003, el número de personas arrestadas por ejercer violencia intrafamiliar alcanza a los 3.477 que al compararse con el cuadro anterior, es decir, el número de denuncias realizadas por el mismo motivo (70.753) durante el mismo año, comprueba que sólo el 4.9% de las denuncias terminan con detenidos por esta causa, lo que es consecuente con el análisis de los otros años.

EL MALTRATO Y ABUSO SEXUAL INFANTIL EN CHILE

El maltrato y abuso sexual infantil es una situación preocupante en Chile. Según UNICEF-Chile (UNICEF, 2000) que realizó un estudio comparativo que recogió cifras de 1994 y 2000, si bien durante ese período los maltratos físi-

cos graves disminuyeron (34% en 1994 y 26% en 2000), el maltrato psicológico al interior de la familia creció de un 14,5% a un 20%, mientras que el maltrato físico leve se mantuvo cercano al 28%. A pesar de los cambios registrados, el estudio concluyó que el 73,6% de niños y niñas, en el país, sufre algún tipo de maltrato al interior de su familia. La violencia psicológica, en sectores bajos, es de 15,6%; en sectores medios, de 22%, y en sectores altos, de 26,7%. La violencia física grave se presenta con 31% en sectores bajos, 23,5% en sectores medios y 16,3% en los altos. Por su parte, la violencia física leve es de 29% en niveles bajos, de 29% en los medios y de 25,8% en los altos. A cerca de las relaciones que establecen los niños/as con sus compañeros de curso, encuentra que el 20,4% de los encuestados responde que son regulares o malas y respecto de las relaciones con los profesores, el 23,2% reconoce que son malas (Fundación de la Familia y Ministerio de Justicia, 2004).

La alta prevalencia que exhibe el maltrato infantil lo sitúa como un problema psicosocial y cultural. Un dato ilustrativo sobre este aspecto lo entrega la Encuesta Sobre Intolerancia y Discriminación (Fundación IDEAS, 2002), que indaga en la actitud de los adultos hacia los niños. En este estudio se establece que el 34% de la población considera que “tratándose de temas importantes, la opinión de los niños no cuenta”, el 28% está de acuerdo con que “cuando se castiga a un niño, a veces es necesario pegarle para que no lo vuelva a hacer”. De tal modo, se concluye que los niños y las niñas concitan un alto nivel de intolerancia y discriminación, señalándose que “una sociedad que discrimina de modo preferencial a los niños, debe revisar autocríticamente sus códigos éticos”.

Respecto del abuso sexual en nuestro país, y de acuerdo con las estadísticas de Carabineros de Chile y de la Policía de Investigaciones de Chile, anualmente se denuncian cerca de 4 mil 500 delitos. Los datos disponibles indican que la mayoría de las víctimas son niños y niñas menores de 18 años, estimándose que representan cerca del 80% de los casos. De ellos, las más afectadas son las niñas. Sobre la relación entre la víctima y el victimario, los datos recogidos por el Servicio Médico Legal entre el 2000 y 2002, muestran que en el 79,9% de los casos el agresor sexual es un conocido de la víctima; de ese total, el 44,1% corresponde a familiares.

La preocupación mundial por este problema se ha expresado desde 1948, cuando la Asamblea General de las Naciones Unidas aprobó la Declaración Universal de Derechos Humanos que consideraba a los/as niños/as. Sin

embargo, a fin de dar respuesta a sus necesidades particulares, en 1959 este organismo aprobó la Declaración de los Derechos del Niño. No obstante, dado que ésta no representaba ninguna obligación legal para los países firmantes, en noviembre de 1989 la Asamblea General de Naciones Unidas adoptó la CDN, entrando en vigor en 1990. Como ya se señaló en el capítulo anterior Chile suscribió esta Convención, de carácter vinculante, el 26 de enero de 1990; se promulgó como Ley de la República el 14 de agosto del mismo año. En ella, los artículos 19 y 39 entregan al Estado la responsabilidad de proteger a los niños contra toda forma de maltrato, incluidos el abuso y la explotación sexual, a través de medidas legislativas, administrativas y educativas.

La investigación también señala que la implementación de políticas se ha centrado principalmente en el maltrato severo y en el abuso sexual, sin dar relevancia a otras formas de maltrato, como el emocional, el abandono y la negligencia. Además, se destinan menos recursos a programas de detección, intervención temprana y prevención. El estudio también indica que en la mayoría de las oportunidades las acciones de protección se traducen en la internación de la víctima en un hogar de protección, alejándola de su familia, barrio y escuela, aun cuando esta “institucionalización”, también es considerada como otra forma de maltrato (OPS, 1994).

4.1.2. LEGISLACIÓN, NORMAS Y REGLAMENTOS

SERNAM presentó el 30 de Agosto de 2001, a la Cámara de Diputados un proyecto de ley para modificar la anterior normativa aprobada en 1994 con el fin de salvar algunos vacíos y problemas de aplicación e interpretación, como las dificultades en las denuncias, los retrasos en las notificaciones, los problemas de acceso a defensa, la distorsión que se produce en la conciliación y la forma en que se han abordado las sanciones.

Finalmente, en octubre del 2005 es modificada la Ley de Violencia Intrafamiliar (LVIF) abordando la violencia en un sentido integral, estableciendo un explícito deber del Estado en la prevención, la protección de las víctimas y la sanción de los agresores. Esta Ley N° 20.066 establece que la Violencia Intrafamiliar es “Toda conducta que, por acción u omisión, ocasiona daño físico y/o psicológico a otro miembro de la familia”. Esta conceptualización significó una ampliación del concepto de VIF, considerando que es constitutivo de violencia intrafamiliar todo maltrato que afecte la vida, la integridad física y psíquica entre las personas que mantienen el vínculo de parentesco

que se señala en la ley, además del cónyuge y/o conviviente, como en la ley antigua, la nueva ley contempla a ex cónyuges, ex convivientes y a los padres de hijo común, aunque no haya mediado convivencia. Al mismo tiempo, se incluyen por igual a los parientes tanto de los cónyuges como de los actuales convivientes: toda la ascendencia, la descendencia y colaterales hasta la relación tíos/tías - sobrinos/sobrinas, por otro lado, cualquier otra persona que sea menor de edad, con discapacidad que se encuentre bajo la dependencia de cualquier integrante de la familia puede ser considerado/a víctima de violencia intrafamiliar.

Otra modificación importante es que se tipifica como delito el ejercicio de la violencia física o psíquica habitual, imponiéndose una pena de 61 a 540 días, salvo que haya delito de mayor gravedad, caso en que se aplica la pena de éste último.

La nueva Ley de Violencia Intrafamiliar se inserta tanto dentro de la Reforma Procesal Penal como de los Nuevos Tribunales de Familia. Dependiendo de la naturaleza de agresión y sus resultados, las denuncias son tramitadas en una u otra sede. En ambos casos, los jueces de garantía o tribunales de familia tienen atribución de disponer el decreto inmediato de medidas de protección a la víctima. Se pueden aplicar sanciones al agresor con multas que van aproximadamente desde los \$15.505 a \$465.150, además el victimario puede ser condenado a pagar los perjuicios patrimoniales y desembolsos a la víctima (bienes dañados, destruidos, gastos médicos, entre otros). Ahora bien, si el juez de familia constata habitualidad en el maltrato debe remitir los antecedentes al Ministerio Público, ya que sólo los jueces penales pueden aplicar sanciones privativas de libertad.

Tanto los jueces de familia como los penales junto con aplicar la sanción principal (multa o privación de libertad u otra salida según el caso), deben imponer medidas accesorias, es decir, pueden establecer medidas de protección a favor de la víctima, aún por un tiempo superior al cumplimiento de la sentencia (mínimo 6 meses hasta 1 año prorrogable sin límites).

En caso de quebrantamiento de las medidas de protección, el juez que corresponda remitirá los antecedentes al Ministerio Público para que se apliquen las normas de desacato (sanción de hasta 3 años). Además, la policía debe detener en caso de quebrantamiento flagrante. Otras medidas importantes de la Ley de Violencia Intrafamiliar es que se excluyen los acuerdos reparatorios para el caso de constatare estos

delitos, además se aumentó en un grado todas las lesiones, se eliminó la facultad judicial de calificar las lesiones constitutivas de violencia intrafamiliar como leves. La menor calificación de un delito de lesiones es de lesiones menos graves y se incorporó al conviviente dentro del delito de parricidio (artículo 390).

La Ley se comienza a aplicar una vez que la persona agredida (o algún testigo) realiza la denuncia en Carabineros, la Policía de Investigaciones o el Juzgado de Familia correspondientes al sector de residencia de la víctima, inclusive es posible dejar constancia en el Ministerio Público o el Juzgado de Garantía, las medidas de protección son exigibles desde el momento en que se deja la constancia. Hecha la denuncia serán citadas, la persona denunciada y la víctima a una Audiencia Preparatoria para un día y hora determinado. Esta Audiencia se lleva a cabo ante la presencia del Juez. El procedimiento es oral y la víctima deberá en esta audiencia ofrecer pruebas para demostrar la violencia que sufre (pueden ser videos, grabaciones, testigos, constancias, constatación de lesiones, informes psicológicos, informes sociales, etc). Si el Juez determina que está en presencia del Delito de Maltrato Habitual, los antecedentes del caso serán enviados al Ministerio Público para el castigo del agresor. Si esta no es la situación, luego de la Audiencia Preparatoria, tanto la víctima como el agresor serán citados a la Audiencia de Juicio. Esta audiencia también es oral y en presencia del Juez. En ella deberá presentar las pruebas ofrecidas. Al término de esta audiencia, el Juez dicta la sentencia.

Esta ley no está exenta de críticas, en el año 2004 (un año antes de la entrada en vigencia de las modificaciones a la ley) se daba cuenta a través de un estudio que el concepto de violencia intrafamiliar sustentado en las políticas públicas y las reformas legislativas efectúa una doble operación política de *reinvisibilización* de la violencia de género. Propone la invisibilización/disolución del sujeto mujer en un supuesto de beneficio del colectivo "familia", ubicando como iguales la violencia contra las mujeres, contra los niños, contra los ancianos y contra los discapacitados, sin mencionar las relaciones jerarquizadas y de poder al interior del núcleo familiar, así como el lugar de subordinación de las mujeres en relación a los hombres. Se elude así el origen de la violencia contra las mujeres y con ello los cambios necesarios para su erradicación (Maturana et.al., 2004).

4.1.3. JURISPRUDENCIA

En los escasos meses de funcionamiento de los tribunales de familia y de la nueva ley de violencia, existen algunos indicios de que la judicatura de familia está tramitando fundamentalmente los casos de violencia psicológica, mientras que la física es remitida al Ministerio Público, en atención a la nueva calificación de las lesiones bajo la actual ley. Algunos jueces son de la opinión de que la violencia psicológica entraña habitualidad, pero estiman que los tribunales de familia podrían estar mejor dotados que el Ministerio Público para manejarlos y parecen instar a su archivo⁹². Más aún, la mayoría de los casos son terminados por suspensión condicional de la sentencia, por lo cual las sentencias son escasas.

En materia penal, donde llegaría un importante número de casos, no es posible establecer el número de denuncias por violencia. En esta sede los fiscales tienen la posibilidad de aplicar salidas alternativas como la suspensión condicional del procedimiento, aplicar medidas administrativas, no continuar con la investigación o desestimar el caso.

A continuación, se muestran dos casos de mujeres víctimas de maltrato, que matan a sus parejas. En ambos casos se desestima la eximente de responsabilidad penal de la legítima defensa.

En el caso de una mujer de 40 años que mantuvo con un hombre, durante aproximadamente dos años, una relación marcada por la violencia tanto física como verbal por parte de su pareja⁹³. En diversas oportunidades, ella intentó poner fin a dicha relación, llegando incluso a mudarse de ciudad, pero su ex pareja la siguió, reanudándose luego su relación, y manteniéndose su carácter violento.

El 17 de agosto de 2003, la mujer se encontraba en un bar con una amiga de ella, y estaba también su pareja. Las mujeres se retiraron del local, y fueron seguidas por él, procediendo a golpearla, ante lo cual ella le enterró un cuchillo que portaba, sin herirlo mortalmente. Seguidamente, ella se levantó y siguió caminando, mas él insistió en seguirla, golpeándola nuevamente

⁹³ C/Elizabeth del Carmen Rodríguez Apablaza; homicidio simple; Rol único 0300129634-4, Tribunal de Juicio Oral en lo Penal; Ovalle, 23 de junio de 2004.

⁹⁴ Op. cit. Considerando 9.

por atrás. Ella reacciona enterrándole nuevamente el cuchillo. Él cayó al suelo y al poco tiempo murió, fue acusada de homicidio simple.

Al conocer el caso, el Tribunal Oral Penal estimó que no concurrían todos los requisitos de la legítima defensa – alegada por el defensor público-, sosteniendo que:

“NOVENO: Que de igual forma, con la prueba de la defensa explicitada anteriormente, valorada por este tribunal, este tribunal ha llegado a la convicción, que respecto de la legítima defensa alegada sólo concurren dos requisitos a saber, agresión ilegítima y falta de provocación suficiente.

En cuanto a la agresión ilegítima, es un requisito indispensable para cualquier tipo de defensa, coloca al ofendido en la necesidad imperiosa de hacerse inmediata justicia personal, en defecto de otra posibilidad eficaz u oportuna que proteja el bien jurídico de su vida. Que, esta situación ha acontecido en la especie, toda vez, que es un hecho de la causa que el occiso, en una primera oportunidad agredió a la imputada por la espalda. Que de igual forma concurre el requisito de falta de provocación suficiente por parte del que se defiende, lo que se encuentra acreditado con los dichos de los testigos precedentemente referidos, que señalan que la acusada caminaba por la calle Tocopilla en dirección a Benavente siendo perseguida por Saavedra, desplegando la imputada más bien una conducta destinada a rehuir a la víctima. Que en lo que respecta a la racionalidad en el medio empleado, estos sentenciadores han concluido que este requisito no concurre, toda vez, que como consta en autos el elemento con que Elizabeth Rodríguez, causó las lesiones que luego causaron la muerte a Javier Saavedra, consistía en un cuchillo de aproximadamente 18 cm., elemento cuya lesividad resulta del todo mayor a la de los golpes de puño que le propinó la víctima, encontrándose esta última desprovista de cualquier tipo de arma. Por último de igual forma, se encuentra acreditado que la agresión de la cual fue víctima la imputada por parte de Saavedra era actual, ya que no medió tiempo entre la agresión ilegítima y la reacción de defensa de la acusada que permitiera a esta última adoptar otra medida para evitarla”⁹⁴.

De esta manera, el Tribunal estimó que el medio empleado por la acusada para defenderse de la agresión ilegítima a la cual estaba expuesta, careció

⁹⁴ Op. cit.

de racionalidad. Sin embargo, consta en los antecedentes del caso que Elizabeth había sido maltratada y abusada sexualmente por su padre, y, más aún, que “la acusada presentaba el síndrome de mujer golpeada, encontrándose con su pareja en un espiral de violencia que término con la muerte de Saavedra”⁹⁵.

No obstante lo anterior, el tribunal la condenó por el delito de homicidio simple, si bien aplicó una atenuante, quedando fijada la pena en tres años de presidio menor en su grado medio, y concediéndose el beneficio de reclusión nocturna, por el lapso igual al de la pena.

Otro caso en que no se da por acreditado que la mujer hubiera reaccionado ante un acto actual de violencia, por lo cual tampoco los jueces alcanzan la convicción de aplicar la legítima defensa. La mujer fue acusada de parricidio tras dar muerte a su cónyuge⁹⁶. A lo largo de su matrimonio, la acusada fue víctima de reiterada violencia física y psicológica por parte de su cónyuge. Dicha violencia culminó el día 1 de enero de 2005, en que ella se encontraba en la casa de sus padres, llegó su cónyuge, profiriendo insultos y rompiendo una ventana, ante lo cual la acusada intentó llamar a Carabineros – llamada que no culminó – desencadenándose luego una pelea entre los cónyuges, ya en la vía pública. En dicha oportunidad, la acusada procedió a enterrar un cuchillo, que había sacado de la casa de sus padres, en el pecho de su cónyuge, ocasionándole lesiones que provocarían luego su muerte.

El Ministerio Público la acusó de parricidio, ante lo cual el Defensor Público argumentó la configuración de la figura de legítima defensa. Dicho alegato fue, sin embargo, desestimada por el tribunal, el cual sostuvo que:

“La defensa invocó la eximente de responsabilidad penal de haber obrado la acusada en legítima defensa, pero no logró acreditar la concurrencia de las exigencias dicha eximente, que de conformidad al artículo 10 del Código Penal, son tres, a saber: agresión ilegítima; necesidad racional del medio empleado para impedirla o repelerla; y falta de provocación suficiente por parte del que se defiende.

En convicción de estos Jueces no concurre ninguna de tales exigencias.

⁹⁵ Op. cit.

⁹⁶ Claudia Isabel Subiabre González, Parricidio; RIT 42-2005, Tribunal de Juicio Oral en lo Penal; Punta Arenas, 19 de julio de 2005.

La primera se descarta, pues no se ha establecido que el occiso haya agredido a la acusada instantes previos a suscitarse los hechos, como tampoco a la hermana de ésta, ni a las demás personas que la acompañaban en la casa de sus padres. Si bien la defensa intentó acreditar lesiones que supuestamente avalarían esa agresión -que asevera- no fue posible concluir que correspondieran al obrar de la víctima Díaz González el día de los hechos, toda vez que el testigo César Barría señaló haber golpeado a la acusada en el brazo izquierdo, aludiendo que era para simular lesiones, y así poder ayudarla, pero dijo que estaba equivocado, pidió disculpas diciendo que no se explica por qué lo hizo; ello fue corroborado por la testigo Edith González Zúñiga madre de la imputada e inclusive por ésta, lo que obsta a darle credibilidad a esas lesiones que supuestamente habría ocasionado la víctima al suscitarse los hechos de la causa. Acorde a esto, si bien el médico legista Carlos Castro Aguilar señaló haber constatado el 4 de enero de 2005, en la acusada policontusiones, ya que presentaba equimosis de diversas fechas, por la evolución de su coloración, algunas de más de una semana, sus palabras no permiten concluir que exista certeza que haya ocasionado tales lesiones el occiso al suscitarse los hechos de la causa, teniendo presente la simulación de lesiones que pretendía la acusada y su cuñado César Barría quien la golpeó con dicha finalidad. A lo más, las equimosis que por la evolución de su coloración por el transcurso de los días, el legista alude que tendrían data anterior a los hechos de la causa, pueden avalar los malos tratos pretéritos de Díaz González para con su cónyuge, pero no la supuesta agresión ilegítima, en referencia.

Además, no se acreditó la existencia de evidencias o huellas de golpes de pie del occiso a la puerta de acceso; y la rotura del vidrio de la ventana, en convicción de estos sentenciadores, no corresponde a aquella agresión ilegítima a que se refiere la norma en referencia, no obstante afectar la propiedad de los padres de la imputada, como se pasa a explicar, pues ha quedado en evidencia que el occiso minutos antes de ser agredido mortalmente, había ingresado por la puerta del inmueble que le abrió Paula Subiabre, éste pidió dinero a la imputada y se retiró, después al regresar se desprende de los antecedentes que sólo deseaba ingresar a dicha casa, ya que no se ha probado que quisiera acceder al inmueble para agredir a alguien. Si hubiera tenido esta última intención, queda claro que no le habrían abierto la puerta para enfrenarlo, pues Paula, la hermana de la acusada, sale a increparlo y lo golpea con un tubo de aspiradora, el occiso no entra al inmueble, estaba neutralizado, pues si hubiera insistido en entrar, por su contextura física, no habría sido mayor impedimento el tubo de aspiradora que tenía Paula en sus manos.

Siguiendo la secuencia, Díaz González se va retirando, esto es, ya no existe agresión de parte de éste, que deba ser repelida, en ese instante también deja de tener trascendencia para los efectos de esta eximente la rotura del vidrio -en el evento extremo que se hubiera considerado agresión ilegítima- lo que fue descartado, tampoco se avizoraba otra agresión actual o inminente de parte de él, pues huía del lugar, máxime si fue seguido por más de 50 metros por su cónyuge Claudia Subiabre y detrás de ésta, iba Paula su hermana, hasta que se desploma herido de muerte. Es más, la testigo presencial Julieta Ojeda Hueicha, fue categórica al señalar que vio cuando la acusada le da la última puñalada con violencia en la pecho, aludiendo a la zona torácica, a la altura de la tetilla izquierda, lo que concurda, inclusive con los dichos de la imputada, y la testigo antes mencionada no observó ninguna agresión del occiso a la acusada ni a su hermana. Amén de lo anterior, el mencionado Díaz González ni siquiera contaba con anotaciones penales pretéritas, como se desprende de su extracto de filiación para atribuirle peligrosidad, en términos de arremeterse en su contra con arma blanca, cuando ya estaba neutralizado y se alejaba herido del lugar.

Así las cosas, no cabe sino concluir que no hubo agresión y mucho menos se puede sostener que de haber existido, haya sido ilegítima” [...]

El tercer requisito, de la falta de provocación suficiente por parte del que se defiende, no resiste mayor análisis, pues la hechora no se estaba defendiendo, ya había sido neutralizado el occiso, acorde a lo que se viene refiriendo, tampoco su hermana se defendía, pues esta última -en lenguaje corriente- estaba “correteando” a Díaz González, como lo señaló la testigo Jessica Tejerina, logrando que saliera del antejardín hacia la calle, premunida del tubo de aspiradora, con el que lo golpeaba, ya que se le negaba un nuevo acceso a la casa, si se considera que instantes previos, a él se le había permitido entrar voluntariamente al inmueble. De manera que en el contexto en que se suscitan los hechos, el estado en que se encontraban la acusada y occiso, con ingesta alcohólica, considerando también, como se acaba de decir, que se le negaba un nuevo ingreso al inmueble, para Díaz González lo más probable es que ello constituía una provocación, -lo que también haría caer esta exigencia- si se tiene presente que en el interior estaban sus hijos menores y su cónyuge, y se le prohibía la entrada.

Así las cosas, queda en evidencia que la imputada debió insistir en el llamado telefónico a Carabineros, dándoles el número de la casa, que el sentido común indica que se le pedía para verificar la seriedad de la comunicación,

pudo inclusive habérselo consultado a su hermana que estaba junto a ella, si no se acordaba de él o no lo sabía.”⁹⁷

En razón de dichos argumentos, el Tribunal desestimó la alegación de legítima defensa hecha por el Defensor, condenando a la acusada por el delito de parricidio. No obstante, sí juzgó procedente aplicar la atenuante de haber obrado bajo un estímulo tan poderoso que naturalmente produjo un actuar con arrebató y obcecación. En efecto, sostuvo que:

“En este contexto, no se pueden desentender ni menospreciar los estímulos tan poderosos que enfrentó la hechora, como los malos hábitos por años del occiso, en especial su afición a las bebidas alcohólicas, reiteradas agresiones físicas y psicológicas por años a su cónyuge, lo que desencadenó la destemplada reacción de ésta, de premunirse de un cuchillo y con arrebató, en forma obcecada, agredir a su cónyuge, con funestas consecuencias, realidad que no se puede desconocer por estos sentenciadores que el común de las personas expuestas a estímulos tan poderosos, como los aludidos, difícilmente podrían haberse sobrepuerto o haber evitado un obrar como el de la acusada, con arrebató y obcecación”⁹⁸.

Por lo tanto, si bien el tribunal reconoció que el haber sido víctima de reiteradas agresiones físicas y psicológicas por parte de su cónyuge bien produciría en ésta un actuar arrebatado y obcecado, no consideró que dichos antecedentes bastaban para configurar los requisitos propios de la legítima defensa. En consecuencia, la acusada fue condenada de parricidio, estableciéndose una pena de siete años de presidio mayor en su grado mínimo.

Otra situación acerca de la cual se han pronunciado los tribunales dice relación con la determinación de existir violencia mutua entre las partes. Los criterios, sin embargo, que sirven de base para determinar dicha reciprocidad en la violencia no dejan de ser inciertos y desiguales. Ejemplo de ello es el caso de Claudia Marta San Martín Bravo con Luis Leif Lonis Pizarro.⁹⁹ Las partes contrajeron matrimonio el año 2003 y, a los pocos meses de contraído, el demandado comenzó a ejercer violencia física y psicológica en contra

⁹⁷ Op. cit. Considerando decimotercero.

⁹⁸ Op. cit. Considerando décimo sexto, párrafo segundo.

⁹⁹ Claudia Marta San Martín Bravo con Luis Leif Lonis Pizarro, Rol 4171-05, Corte de Apelaciones de Antofagasta, 11 de abril de 2005.

de su cónyuge, llegando a provocarle dos abortos producto de sus golpes, y llevándola a renunciar su trabajo debido a sus escenas de celos. Ante ello, la actora realizó una primera denuncia por violencia intrafamiliar, en la cual se decretó que ambas partes debían acudir a orientación familiar, la cual fue abandonada por el demandado. Al repetirse los incidentes de violencia y en atención al peligro en que la situaban, la actora realizó una nueva denuncia, respecto a la cual el tribunal de primera instancia sostuvo que:

“Decimosegundo: Que, ahora bien, de todos los antecedentes reunidos en estos autos, declaraciones testimoniales y confesionales, y especialmente, de los peritajes psicológicos practicados a las partes, apreciados conforme las reglas de la sana crítica, surgen presunciones judiciales que son suficientes para tener como hechos de la causa los siguientes: Que las partes constituyen un matrimonio desde el 02 de mayo de 2003 y que desde a lo menos algunos meses después de la celebración de dicho matrimonio, existen actos de violencia intrafamiliar que el demandado profiere a la actora, los que estarían constituidos por malos tratos de palabra, y por la imposibilidad de acceso de la demandante a una independencia económica que le permita satisfacer sus necesidades materiales con plena libertad.

Decimotercero: Que estos hechos constituyen actos de violencia intrafamiliar en la medida que el demandado, con sus acciones, ha afectado la salud psicológica y el estado anímico y emocional de su cónyuge, y reuniéndose los demás requisitos señalados en el artículo 1° de la ley 19.325, se deberá acoger la demanda de fojas 8, y disponer como sanción para el denunciado, la asistencia obligatoria a un programa terapéutico en el Programa de Derechos Humanos, Salud y Violencia del Hospital Regional Antofagasta, con el propósito de que pueda desarrollar habilidades vinculares adecuadas e instaurar mecanismos de expresión de los afectos y la agresividad”¹⁰⁰.

No obstante, la Corte de Apelaciones de Antofagasta, al conocer de la causa, determinó que:

“Que de la prueba rendida, inequívocamente aparece que los actos de violencia intrafamiliar han sido recíprocos, lo que se desprende de la testimonial de ambas partes y de las continuas separaciones que tuvieron, por lo que no corresponde tomar medidas para evitar este tipo de

¹⁰⁰ Op. cit. Considerando décimo segundo y décimo tercero.

actos sólo respecto de una parte, más todavía si la violencia proviene de las relaciones interpersonales que surgen de una pareja que adoptó la decisión de casarse con un proyecto común y compromiso afectivo que los obliga a auxiliarse mutuamente¹⁰¹.

De este modo, la Corte pareciera restar valor a los actos de violencia cometidos en contra de la actora, esgrimiendo el compromiso asumido al contraer matrimonio.

En el mismo sentido se pronunció la Corte de Apelaciones de Santiago en causa Rol 5308-2000¹⁰², en la cual expresó que:

“3°.- Que, en las condiciones anotadas corresponde concluir que de acuerdo con le mérito que fluye de todos los antecedentes que rolan en estos autos, se ha establecido la ocurrencia de hechos constitutivos de violencia intrafamiliar, que afectan por igual a la salud psíquica de la denunciante, denunciado e hijos comunes.

Del mismo modo, de esos elementos de juicio, analizados todos de acuerdo con las reglas de la sana crítica, es fuerza también concluir que hay evidencia en el presente caso que ambos cónyuges tienen responsabilidad en los hechos de violencia intrafamiliar que les afectan, lo que hace necesario que los dos sean sometidos a un tratamiento psicoterapéutico a fin de impedir la repetición de esas conductas y a propendar por una relación de pareja menos traumática y en lo posible, más armónica¹⁰³.

Con este razonamiento, la Corte equipara la manera en que los distintos integrantes de la familia viven la violencia, invisibilizando las causas y efectos particulares que tiene en las mujeres.

4.1.4. POLÍTICAS PÚBLICAS

En el plano de las políticas públicas, junto con las modificaciones a la ley de violencia intrafamiliar, el SERNAM es el principal agente encargado desde el gobierno de velar por la disminución, prevención y castigo de este flagelo. En este contexto el rol y las funciones de SERNAM están dictaminadas por:

¹⁰¹ Op. cit. Considerando primero.

¹⁰² Corte de Apelaciones de Santiago, Rol 5308-2000 25 de octubre de 2000.

¹⁰³ Corte de Apelaciones de Santiago; Rol 5308-2000; Santiago, 25 de octubre de 2000; Considerando tercero.

proponer al Presidente/a un Plan anual de Acción en VIF y las políticas públicas en la materia, recomendar medidas legales para prevenir y erradicar la VIF, dar asesoría técnica en la materia y promover en los medios de comunicación su contribución a erradicar la VIF y respeto a la dignidad de las mujeres. A su vez, SERNAM, en casos de delitos constitutivos de VIF, en casos calificados, y a requerimiento de la víctima, podrá asumir su patrocinio y representación, para ello podrá celebrar convenios con entidades públicas y privadas.

Desde el año 2000 comienzan a operar los Centros de Atención y Prevención de la VIF, actualmente llamados Centros de la Mujer, son 29 a lo largo del país, los cuales se inscriben en la determinación de SERNAM de implementar un programa para avanzar en la erradicación de la VIF y dar una respuesta a las mujeres que se encuentran viviendo una situación de violencia por parte de su pareja. Entre sus objetivos destacan el brindar contención, protección y estabilización emocional a las mujeres que viven violencia, mediante un trabajo integral en los ámbitos legales psicológicos y sociales; impulsar la promoción y formación de grupos de autoayuda, con las mujeres que reciben atención en los Centros; generar y/o fortalecer los recursos existentes en la comunidad que permitan la instalación de la acción de prevención de la violencia intrafamiliar, a través de la participación y coordinación de organizaciones, instituciones y redes presentes en el territorio y diseñar e implementar estrategias comunicacionales para informar a la ciudadanía de la política de SERNAM respecto al tema, mejorar el acceso de la ciudadanía a la atención y promover conciencia y participación ciudadana en la reducción del problema (SERNAM, 2006).

Por su parte, el Servicio Nacional de Menores-SENAME, aborda la VIF desde la perspectiva de los derechos de los niños. La magnitud de la problemática de los y las niñas queda de manifiesto en un estudio realizado por UNICEF el año 2000 con alumnos de 8º básico de seis regiones y de todos los grupos socioeconómicos, que señala que más del 70% de niños y niñas han sufrido algún tipo de violencia por parte de sus progenitores. Por esta razón, el SENAME cuenta con proyectos especializados para atender a los menores y adolescentes que hayan sufrido maltrato grave o abuso sexual a lo largo del país, para ello dispone de psicólogos, trabajadores sociales, abogados, educadores y otros especialistas¹⁰⁴.

El Ministerio de Salud trabaja el problema de la VIF a través de los *Programas de Salud Mental*, en los que se ha establecido el *Programa de Salud Mental y*

¹⁰⁴ SENAME Recuperado: 19 de febrero de 2006 desde <http://www.sernam.cl>

Violencia, el cual ofrece atención integral a las niñas y niños afectados por maltrato; mujeres y adultos mayores afectados por violencia intrafamiliar y personas afectadas por la represión política ejercida por el estado en el período 1973–1990 (PRAIS) (Ministerio de Salud, 2004). No obstante, se visibiliza que si bien han existido sustanciales avances en la materia, lo cierto es que aún falta mucho por hacer en el ámbito de la salud¹⁰⁵. Cuando la mujer agredida ingresa al Programa de Salud Mental, se presentan tres tipos de situaciones:

- *Mujeres con conciencia del problema e iniciativa de cambio*: en primer término se realiza una asesoría legal, convidando a la mujer a realizar la denuncia en Investigaciones, Carabineros o la Fiscalía correspondiente. Al mismo tiempo, se evalúa si existen trastornos del ánimo y cuál es la magnitud del mismo; si son de leve a moderados, se deriva a tratamiento en el mismo Centro de Salud (médico general, psicólogos o asistentes sociales), si por el contrario, el trastorno del ánimo es severo, se deriva a los Centros de Atención de Salud Secundarios (CDT o CRS), ya que en estos lugares se encuentran los médicos especialistas (como neurólogos o psiquiatras).
- *Mujeres con conciencia del problema, sin iniciativa o resistente de cambio*: se evalúa si hay daño psicológico que requiera apoyo farmacológico y se deriva a Centros de Atención a la Familia (CAF) para trabajo grupal en concientización¹⁰⁶.
- *Mujeres sin conciencia del problema, sin iniciativa o resistente al cambio*: se evalúa las lesiones y tratamiento (si procede), se cita a entrevista con asistente social periódicamente, para seguimiento y sensibilización.

En 1991 el Ministerio de Salud formó la primera comisión para tratar el Maltrato Infantil. Cuatro años más tarde se constituyó el Comité Nacional

¹⁰⁵ Seminario "Violencia Intrafamiliar Desarrollo de Políticas y Estrategias Locales" convocado por la Corporación de Desarrollo de la Mujer, DOMOS y el Centro de Estudios para el Desarrollo de la Mujer CEDEM, en abril del 2003. Respecto a la atención en salud dentro de la Región Metropolitana, la Jefa (s) del Programa de Salud Mental, Alcohol y Drogas, del Centro de Salud Los Quillayes, de la comuna de La Florida, Viviana Aguirre, refirió que las mujeres agredidas que llegan a estos Centros, lo hacen generalmente por derivación del personal de salud de los Centros de Urgencias, ya que se trata de los lugares más cercanos a la residencia de la agredida. Por este motivo, señala, que la primera intervención generalmente, se hace en crisis, donde se valora la situación de la mujer (tanto familiar, como de redes sociales y evaluación de trastornos del ánimo asociados) se realiza contención, acogida y se cita a una entrevista formal.

¹⁰⁶ El CAF, es un organismo municipal, propio de la comuna de La Florida, en otras comunas como Conchalí, se trabaja con los Centros de la Mujer implementados por el SERNAM. La problemática de la Violencia Intrafamiliar, finalmente es apoyada por la decisión de cada gobierno municipal.

de Prevención de Maltrato Infantil, radicado en el Ministerio de Justicia. Inicialmente, los esfuerzos nacionales estuvieron centrados en el ámbito legal. Sin embargo, en el último período se ha planteado la relevancia de las acciones preventivas y de asistencia específicas, como asimismo acciones de capacitación y de sensibilización a nivel nacional.

Respondiendo al compromiso asumido por el país ante la CDN, el Gobierno de Chile elaboró una *Política Nacional a Favor de la Infancia y la Adolescencia*, con su respectivo Plan de Acción 2001— 2010. En ella se integra el trabajo de ministerios y servicios de manera coordinada y articulada. Como marco orientador, esta Política considera la sensibilización, la promoción y la difusión de los derechos de la infancia y de la adolescencia, el apoyo al fortalecimiento de las familias como principales responsables del desarrollo integral de sus hijos/as, la promoción y el fomento de la participación infantil, como así mismo la provisión de servicios especiales para la protección integral de los derechos de la infancia y de la adolescencia, en los casos de amenaza o vulneración de ellos.

En este escenario y haciéndose eco de esta Política, desde 2001 la Fundación de la Familia viene implementado el *Programa Nacional de Prevención de Maltrato y Abuso Sexual Infantil*. Su principal iniciativa, el taller de prevención “Me Conozco, Me Protejo”, llega anualmente a más de 17 mil niños y niñas de kinder a 5° básico, a sus padres, madres y docentes. La prioridad es intervenir integralmente en colegios con mayor Índice de Vulnerabilidad Escolar (IVE), indicador usado por JUNAEB para la asignación de suplementos alimentarios en el sistema escolar público. A su vez, la Fundación forma parte de las distintas instancias intersectoriales de elaboración e implementación de políticas al respecto, lo cual permite mantener contactos fluidos y elaborar estrategias con organismos de diverso carácter.

Por su parte, desde 1996 el Ministerio de Justicia coordina el Comité Intersectorial de Prevención del Maltrato Infantil, instancia encargada de diseñar políticas, formular recomendaciones y coordinar acciones en el ámbito público de los diversos sectores que intervienen en el tema del maltrato infantil. En el año 1999, este Comité elaboró un Plan de Acción, a petición del Comité de Ministros Sociales, a fin de incorporar sus lineamientos en la Política y Plan Nacional de Infancia y Adolescencia del decenio.

El INJ, por su parte, ha implementado desde el año 2003 el “*Observatorio de Juventud*”. Éste se dedica a levantar información y a generar conocimiento a través del procesamiento, el análisis integrado y la difusión de dicha información en las instituciones públicas que tienen que tomar decisiones

respecto de qué hacer y cómo trabajar con este grupo de edad (Instituto Nacional de la Juventud, 2006)¹⁰⁷. En el caso específico de la VIF y la violencia entre parejas jóvenes, las encuestas Nacionales de la Juventud han ayudado a cuantificar el problema en este grupo etario, al mismo tiempo se han destinado recursos en desarrollar estudios que tienen a la violencia como una de sus variables, ejemplo de ello es el *Informe Final: Situación de la Salud Mental de los jóvenes urbanos de los 90 (1999)* y el *Informe Final: Caracterización Diagnóstica de la Realidad de las Mujeres Jóvenes en Chile (1998)*¹⁰⁸.

Por último, en el MINEDUC la VIF, se ha centrado mayormente hacia la creación de manuales de apoyo a profesores y/o apoderados tendientes a exponer las formas de reconocer a los alumnos/as víctimas de VIF y las formas de enfrentar las problemáticas dentro de los centros educacionales. Entre estos esfuerzos destaca el *Manual de Apoyo para Profesores: Prevención del Maltrato y el Abuso Sexual Infantil en el espacio escolar* (Molledo y Miranda, 2004) en colaboración con el Ministerio de Justicia y la Fundación de la Familia, que actualmente se encuentra en proceso de rediseño, con el objeto de incluir la Ley de Violencia Intrafamiliar del 2005 y la entrada en vigencia en todo Chile de la Reforma Procesal Penal.

Es importante señalar que, por ley, los establecimientos educacionales tienen la obligación de actuar y de denunciar todo abuso a menores, donde se incluye la violencia intrafamiliar y el abuso sexual infantil, esta ley es extensible también a las policías, empleados públicos y de salud, fiscales del Ministerio Público, entre otros. Al mismo tiempo, cualquier persona que denuncia tiene protección en su calidad de víctima o testigo. El denunciante está obligado a declarar ante el fiscal y, de iniciarse una acusación formal, podría ser llamado a declarar en el juicio.

Las orientaciones que plantea el MINEDUC para los profesores/as, en el caso de corroboración del maltrato infantil y/o abuso sexual en la familia son las siguientes:

En caso de maltrato psicológico y/o físico con lesiones leves: El Centro Educacional, tiene la obligación de actuar. La Dirección debe contactarse rápidamente con la

¹⁰⁷ La Revista del Observatorio de Juventud contribuye a la difusión de esta sistematización y elaboración de información.

¹⁰⁸ INJUV Recuperado: 12 de marzo de 2006 desde <http://www.injuv.gob.cl/modules.php?name=Content&pa=showpage&pid=88>

red local de prevención y atención de maltrato y/o de abuso o, en su defecto, con profesionales de la salud (COSAM, Centros de Salud Familiar, Consultorios, SENAME regional, Oficina de Protección de Derechos de SENAME, Centros Regionales de Atención de Violencia Intrafamiliar, entre otros), a fin de programar los pasos a seguir. A través del estudio llevado a cabo por el MINEDUC (2004), se constató que cuando el maltrato no produce lesiones graves, los padres o adultos a cargo pueden estar más dispuestos a colaborar. En este caso, la escuela debe instar a la familia a buscar ayuda especializada. Si la red local está al tanto de la situación, es más probable que la familia siga un tratamiento especial.

Estos hechos también pueden denunciarse a las Policías o Tribunales Civiles (en caso de apoyarse en la Ley N° 20.066 de Violencia Intrafamiliar), sobre todo cuando no hay reconocimiento de la situación o colaboración por parte de la familia. En este procedimiento, el o la profesora debe entregar toda la información que posea (ausencias, comportamientos de los padres y/o adultos cercanos e indicadores detectados por la escuela). Si es necesario, el o la docente puede al mismo tiempo, entrevistar al alumno/a para recabar más información.

En caso de maltrato físico grave y/o de abusos sexuales: Si existe certeza de maltrato físico grave con resultado de mutilaciones, lesiones graves o menos graves y/o de abuso sexual en cualquier forma por parte de un familiar, la escuela debe denunciar los hechos a las Policías, al Ministerio Público o ante los Tribunales de Familia. Esto también procede si existe la sospecha de riesgo vital inmediato para el niño/a.

La información recabada debe ser entregada de manera clara y precisa a un profesional de la red local de prevención y atención, especialmente a las Direcciones Regionales del SENAME o a los Centros Regionales de Atención a Víctimas de Delitos Violentos de la Corporación de Asistencia Judicial, a fin de entregar los antecedentes para que los familiares y el alumno cuenten con una ayuda especializada y segura.

4.2. VIOLENCIA SEXUAL

La Organización Panamericana de la Salud ha definido la violencia sexual como una expresión extrema de violación de los derechos de las mujeres y por la misma razón ha sido ubicada como una de las prioridades en el abordaje de la violencia de género. Por su parte el Gobierno de Chile, a través

del Ministerio de Salud, la define como “toda actividad sexual no voluntaria, forzada mediante la violencia física, o por cualquier forma de coerción, agresión o abuso. Su práctica implica una relación de sometimiento en la cual la víctima ha rechazado el acto sexual o en que no ha tenido capacidad de consentir, esto último especialmente en el caso de niños pequeños. En el caso de los niños, es toda aproximación sexual, porque éste no se encuentra en condiciones de comprender y son inapropiadas para su desarrollo psico-sexual” (Ministerio de Salud, 2004).

4.2.1 ESTADO DE LA SITUACIÓN

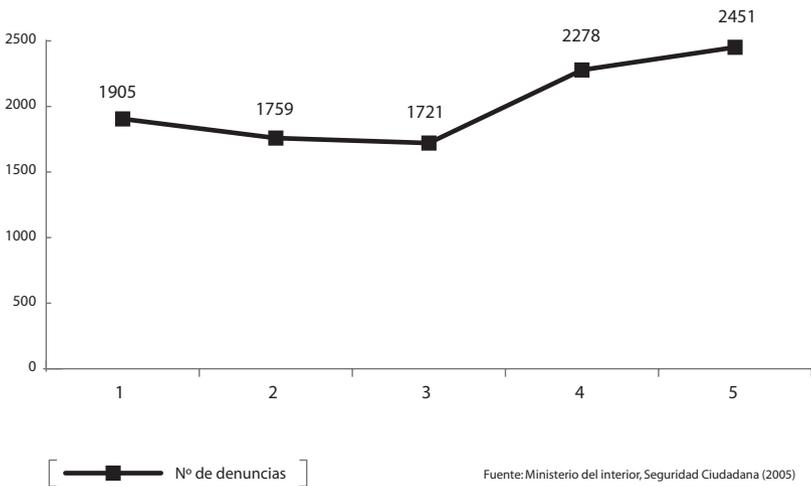
Respecto a la violencia sexual es sabido que la mayoría de las agresiones sexuales es perpetrada por personas conocidas por las víctimas y/o familiares. Un número importante se realiza contra niños y adolescentes, que en su mayoría son mujeres. La magnitud real de la violencia sexual se desconoce, ya que se estima que entre un 75 a 80% del total de los delitos sexuales no se denuncian. Las principales razones para no hacer las denuncias se deben a: vergüenza de la víctima o su familia, el agresor es un pariente o conocido y/o temor o rechazo a los interminables trámites que se deben realizar para iniciar un proceso judicial.

De hecho, una de las manifestaciones más invisibles de la violencia contra las mujeres al interior de la pareja es la violencia sexual (*o violencia sexual conyugal*) la cual se constituye por todos aquellos actos que implican la apropiación y el uso del cuerpo de las mujeres y puede ser ejercida a través de la fuerza, la amenaza o la manipulación para imponer una conducta sexual contraria a su voluntad. En efecto, uno de los mitos asociados a la violencia sexual, corresponde a que los lugares públicos serían potencialmente los espacios más peligrosos para las mujeres, pero lo cierto es que la mayor parte de las agresiones sexuales que las afectan son realizadas por sus parejas íntimas al interior de sus propios hogares. La violencia en la pareja es un tipo de agresión que suele ser perpetrada por parte de aquellas personas en que las mujeres han depositado su confianza y afecto para establecer una relación íntima, situación que sin duda hace más compleja esta problemática, ya que los agresores son precisamente aquellas personas a las que las mujeres se encuentran unidas por vínculos afectivos y por un proyecto de vida difícil de comprender como violento, siendo esta una de las razones que dificulta que las mujeres puedan deconstruir los hechos y verlos como violencia, como asimismo detener o salir de la relación violenta en la que viven (Calvin, et. al. 2005).

En la Encuesta Nacional de Comportamiento Sexual en Chile (2000), se señala que un 7.2% de las mujeres entrevistadas fueron víctimas de violación, y en casi la mitad de los casos la violación constituyó su iniciación sexual. De las mujeres que declararon haber sido víctimas de una violación, el mayor porcentaje corresponde a mujeres de nivel socioeconómico bajo y de menor educación. La mayoría de las mujeres violadas (78%) reportan que el agresor fue un familiar, un conocido o su pareja. Un 1.8% de los hombres, declaró haber sufrido una violación (Ministerio de Salud, CONASIDA, 2000).

En el año 2005 el número de denuncias por este delito ascendió a 2.451 casos, en el siguiente gráfico se da cuenta del número de denuncias por violación entre el quinquenio 2001– 2005 (Ministerio del Interior, Seguridad Ciudadana, 2005):

| GRÁFICO 4 |



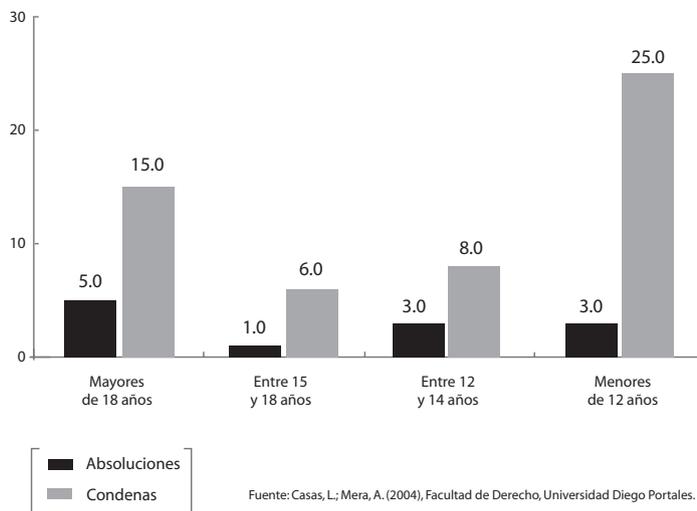
Cabe señalar que en el 2005 según el Ministerio Público fueron 12.521 casos los que ingresaron por delitos sexuales a nivel nacional, quedando la región metropolitana fuera¹⁰⁹.

Ahora bien, un estudio (Casas y Mera, 2004) donde se analizaba el nuevo sistema procesal y su relación con la violencia de género señaló que si bien

¹⁰⁹ [http://www.ministeriopublico/repositorioMinpu/boletin%](http://www.ministeriopublico/repositorioMinpu/boletin%20de%20informacion)

el número de causas que son llevadas a juicios orales en relación al número de denuncias es escaso, la cantidad de causas que terminan en condenas es alto, como lo señala el siguiente gráfico:

| GRÁFICO 5 |



Al mismo tiempo, el Anuario de Estadísticas Criminales 2004 (Sepúlveda, 2005), señala que ese año se investigaron un total de 2.155 causas referentes al delito de “violación”, 374 por “abuso sexual impropio” y 79 por “abuso sexual impropio infantil”, al mismo tiempo fueron indagados 217 denuncias por “violación al menor”, 4.409 por abuso sexual y 504 por “abuso sexual infantil”.

Respecto a la violación, el mismo anuario -que contempla estadísticas desde el año 1994 al 2003- señala que ese último año se puso a disposición de los juzgados con competencia criminal 432 personas por el delito de violación, superando todos los años analizados con anterioridad. En el año 2002 fueron 373 personas, mientras que el año 2001 se pusieron a disposición de los tribunales un total de 235 personas.

El análisis desagregado por oficio o profesión de las personas acusadas por delito de violación el año 2003, muestra que el 28.9% de los/as acusados/as manifestaron no tener oficio, el 21.8% se declaró obrero, el 13.9% comercian-

te y el 12.3% estudiante. Por su parte, los oficios menos mencionados fueron labores de casa 4.4%, otros oficios 3.9%, profesionales 2.3% y asesoras del hogar 0.7%. El estado civil de los acusados/as fueron mayoritariamente soltero, soltero anulado 44.4% y casados 42.8%, por otro lado, el grupo etario que más concentra las acusaciones por violación es el que va desde los 31 a los 40 años (28.2%). Finalmente, no deja llamar la atención que 79 personas, equivalente al 18.3% de las personas acusadas por violación el año 2003 fueran mujeres.

Según Doris Cooper - socióloga experta en trabajos de criminología, en entrevista a un diario capitalino - este fenómeno responde a una patología, que entra en el campo de las sicopatías sexuales que ha ido *in crescendo* en la medida en que las mujeres se dan más espacio para cumplir sus fantasías sexuales, algunas de ellas de marcado carácter delictual. Además, asegura que las principales víctimas de estas mujeres son menores de edad de ambos sexos, las que las transforman a su vez en pedófilas (Diario LasÚltimas Noticias, 2006). Sin embargo, en el libro "Femicidio en Chile" se denuncia que "la inexistencia de registros nacionales de violencia sexual constituye una grave falencia institucional en relación con el tratamiento de la violencia contra las mujeres" (Maturana et. al. 2004).

Prueba de lo anterior, es que pese a la infructuosa búsqueda, por parte del equipo investigador de encontrar cifras actualizadas donde los delitos sexuales fueran disgregados por sexo del agredido/a, sólo fue posible encontrar información del Servicio Médico Legal (SML) correspondiente a los peritajes en la Región Metropolitana en los años 2000, 2001 y de enero a junio de 2002. El promedio de atenciones entre los años 2000 y 2001 fue de 2053, que representan aproximadamente el 40% de todos los peritajes anuales que se realizan en el país.

A nivel nacional los peritajes realizados fueron en el año 2000, de 4.459 y en el 2001 de 4.862. De estos totales en el 78% las víctimas fueron de sexo femenino y en el 22% de sexo masculino. En cuanto al tipo de agresión sexual de acuerdo al sexo de las víctimas existen diferencias entre hombres y mujeres. Las mujeres son más víctimas de violaciones que los hombres con un 36,1% versus un 27,3%. Por otro lado, los hombres son más víctimas de abusos sexuales con un 72,4% versus un 63,4% de las mujeres, con respecto a los grupos de edad, la mayoría de los peritajes se concentran en los menores de edad representando un promedio de 73,7% de los peritajes en el período 2000-2002. Dentro de ese grupo de edad, el grupo de 5 a 9 años

es el más prevalente con un 29,3%. Si se considera el grupo de menores de 10 años, corresponden al 37,5%, es decir, a más de un tercio de todas las agresiones sexuales que se producen. Con respecto al tipo de delito sexual de que se es víctima en los diferentes grupos de edad, existen importantes diferencias. Un ejemplo de ello es la violación como delito cuya prevalencia se incrementa progresivamente en relación a la edad de la víctima. Mientras en el grupo de 0 a 9 años el 7,9% de los delitos son violaciones, en el grupo de 10 a 17 se incrementan a 41,7% y en el de mayores de 18 años, a 61%. Con respecto a la relación entre la víctima y el victimario, los datos muestran que en la inmensa mayoría de los delitos sexuales el victimario es alguien conocido por la víctima. Del total de peritajes realizado por el SML entre los años 2000 y 2002, el 79,9% de las agresiones habían sido producidas por una persona conocida por la víctima. De este total, el 44,1% son familiares¹¹⁰.

Otra forma de violencia sexual es el estupro el cuál esta definido como aquél “acceso carnal, por vía vaginal, anal o bucal a un menor de edad (mayor de 14 años y menor de 18 años), concurriendo cualquiera de las siguientes circunstancias: cuando se abusa de una anomalía o perturbación mental, aun transitoria; cuando se abusa de una relación de dependencia de la víctima; cuando se abusa del grave desamparo en que se encuentra la víctima; cuando se engaña a la víctima abusando de su inexperiencia o ignorancia sexual” (Molledo y Miranda, 2004). El estupro esta caracterizado como uno de los abusos sexuales de la infancia donde además se encuentran: la violación, el incesto, la sodomía, el abuso sexual y la pornografía infantil.

El *Anuario de Investigaciones 2004*, señala que ese año se iniciaron en nuestro país 124 causas por el delito de estupro, al mismo tiempo que fueron puestos a disposición de los tribunales 19 personas acusadas de cometer dicho delito. Por su parte, Carabineros en el *Anuario de Estadísticas Policiales: Carabineros de Chile 2004* señala que ese año se recibieron 75 denuncias por estupro (INE, 2004).

Por último, en lo que respecta al tráfico de Mujeres con fines de explotación sexual, un reciente estudio realizado por ONG's de mujeres (Corporación La Morada, 2004) concluye que es un fenómeno completamente invisible

¹¹⁰ Recuperado el 1 de abril de 2006 desde <http://72.14.203.104/search?q=cache:Y147VI7SOWJ:www.minjusticia.cl/campv2003/sermedleg.asp+Peritajes+por+abuso+sexual+Servicio+Medico+Legal+2003&hl=es&gl=cl&ct=clnk&cd=1>.

para los organismos del Estado: SERNAM, Ministerio del Interior, organismos policiales y judiciales. Si bien la llamada “trata de blancas” se ha tipificado como delito (Ley N° 19.409 –1995) prácticamente no se han iniciado investigaciones policiales al respecto, prueba de ello es que en el *Anuario de Investigaciones 2004*, se estipula que no se inició ninguna investigación por dicho delito ese año. El resultado del estudio mencionado muestra que no es posible cuantificar el fenómeno, debido a que la información estadística disponible es incompleta.

VÍCTIMAS Y VICTIMIZACIÓN SECUNDARIAS: CASOS EN CHILE

Como hemos visto, la violencia sexual en Chile es una problemática grave, compleja y profunda. Las violaciones a los Derechos Humanos ocurridos durante el período de la dictadura en Chile (1973–1990), también fueron causales para que dentro de este contexto apareciera muy relevantemente la violencia sexual, como se describe en el *Informe de la Comisión Nacional sobre prisión política y tortura llamado Informe Valech*.

En efecto, a tal punto llega la realidad de la violencia sexual ejercida contra la mujer que la Comisión consideró necesario destacar separadamente la situación que afectó a las mujeres detenidas. Es preciso subrayar que las mujeres fueron detenidas por sus ideas, sus acciones y participación política, no por su condición de tales. Sin embargo, la violencia ejercida sobre ellas utiliza su condición sexual, agravando el impacto sobre su integridad moral y psicológica.

Las entrevistas realizadas por esta Comisión no indagaron expresamente acerca de la violencia sexual ejercida contra las detenidas. Las situaciones que se registran fueron mencionadas espontáneamente por las declarantes. Esta Comisión recibió el testimonio de 3.399 mujeres, que corresponde al 12,5% de los declarantes. Más de la mitad de ellas estuvieron detenidas durante 1973. Casi todas las mujeres dijeron haber sido objeto de violencia sexual y 316 dijeron haber sido violadas. No obstante, se estima que la cantidad de mujeres violadas es muy superior a los casos en que ellas relataron haberlo sido, por las consideraciones anteriores y porque existen numerosos testimonios de detenidos que señalan haber presenciado violaciones, cometidas en una gran cantidad de recintos de detención. La tortura sufrida por las mujeres menores de edad y por aquellas que se encontraban embarazadas, subraya la brutalidad ejercida y la gravedad de las consecuencias que les han afectado. Cabe señalar respecto de estas últimas que 229 mujeres

que declararon ante esta Comisión fueron detenidas estando embarazadas y 11 de ellas dijeron haber sido violadas. Debido a las torturas sufridas, 20 abortaron y 15 tuvieron a sus hijos en prisión; 13 mujeres dijeron expresamente que quedaron embarazadas de sus violadores. De esos embarazos, 6 llegaron a término. Las consecuencias de estas agresiones y violencia afectaron a esas mujeres, a sus parejas y a sus hijos por muchos años, sino es que por toda la vida (Ministerio del Interior, 2004).

Por otra parte, la significación de “*victimización secundaria*” es planteada por Casas y Mera (2004). Las autoras señalan que la víctima de un delito sexual, ya por el hecho de denunciar ante la justicia y luego participar en el proceso de esclarecimiento (o eventualmente como testigo en el juicio) debe soportar una serie de situaciones que algunas veces solo son incómodas, pero muchas otras, son directamente lesivas a sus derechos y traumáticas. No obstante, revelan que la reforma procesal, es un gran paso para mitigarla.

Un caso emblemático en este sentido es el denominado “Alto Hospicio” ocurrido en la I región, aunque en este caso lamentablemente las jóvenes además de ser violadas, fueron asesinadas. Las familias de las víctimas fueron constantemente ignoradas en las denuncias por “presuntas desgracias” interpuestas por la desaparición de 7 menores entre 14 y 17 años, desaparecidas en un intervalo de aproximadamente un mes. Todas estas niñas tenían en común vivir en los sectores más pobres de Alto Hospicio: la Pampa y La Negra. Todas se perdieron cuando iban o venían del colegio y todas fueron doblemente víctimas del estigma social, que llevó a las autoridades policiales y políticas, como también a la prensa, a culpar a las jóvenes de prostitución incluso después de que estuvieran muertas. De este modo, cuando se empezó a operar frente a la desaparición de las niñas la policía tomó como base de la investigación, la culpabilidad de la menores. Por el mismo motivo, centraron sus diligencias sobre la tesis del abandono de hogar asociada con la prostitución, y bajo esta idea, se efectuaron diligencias en Perú y Bolivia, en busca de las jóvenes¹¹¹.

En el texto se describía cómo vivía cada una de las niñas. De una de ellas, por ejemplo, mencionaba que “era adicta a la pasta base y se prostituía por

¹¹¹ Ver: Silva Segovia, Jimena (2003).

dinero en las calles de esta ciudad". De otra agregaba: "Se presume que tenía problemas de convivencia con su abuela y había manifestado intención de abandonar el domicilio". Y de una tercera se pensaba que había hecho lo mismo "por sufrir violencia intrafamiliar, debido a que el conviviente de su madre había intentado abusar sexualmente de ella".

Al mismo tiempo, el sistema judicial actuaba de la misma forma. A pesar de la gravedad de la desaparición de siete niñas de una misma población y en intervalos de tiempo muy cortos, la Corte de Apelaciones de Iquique no acogió ninguna de las dos peticiones que se le formularon para que designara a un ministro en visita. Las razones que se dieron en ambos casos fue que el hecho no provocaba alarma pública, pese a la conmoción que había creado en una localidad de 60 mil habitantes.

Finalmente y gracias a que una de las niñas sobrevivió al ataque, se pudo dar con el psicópata que actualmente cumple cadena perpetua por 14 crímenes, dos violaciones y un homicidio frustrado. Sólo tras 20 años de de cárcel efectiva podrá optar a algún tipo de beneficio penitenciario.

4.2.2. LEGISLACIÓN, NORMAS Y REGULACIONES

La actual Ley 19.617 sobre delitos sexuales, modificada en 1999, reemplazó la palabra mujer por persona y amplió la definición de los delitos. Dentro de las modificaciones destaca una nueva definición de violación, que en su misma figura sanciona la violación de mujeres y hombres e incluye la penetración vaginal, anal y bucal. Al mismo tiempo, se eliminaron las expresiones alusivas a la honestidad sexual (por ejemplo, abusos deshonestos, buena fama, doncella), se definieron las conductas que se encuentran comprendidas en el delito de abuso sexual y se derogó la norma que permitía al violador quedar libre de toda responsabilidad criminal si se casaba con la joven o mujer violada.

También se amplió la forma para investigar estos delitos permitiéndose que los establecimientos de salud, y no sólo el Servicio Médico Legal, realicen exámenes y pericias, pretendiendo con ello evitar que la persona afectada deba someterse a innumerables e innecesarios exámenes. Se evita la confrontación con el agresor al impedir la realización del careo, salvo que la persona afectada lo autorice, se permite denunciar los delitos de violencia sexual a personas que antes estaban impedidas de hacerlo, como profesores/as, personal de salud y otras. Además, a partir de ésta Ley se sanciona

explícitamente la violación y el abuso sexual entre cónyuges y convivientes, no obstante la propia ley disponga que si no ha habido fuerza o intimidación, el juez no dará curso al procedimiento o dictará sobreseimiento definitivo, a menos que la aplicación de la pena sea necesaria en atención a la gravedad de la ofensa. Se permite además, que la afectada pueda solicitar el término del procedimiento criminal por estos delitos pudiendo el juez no aceptarlo por motivos fundados¹¹² (Foro Abierto de Salud y Derechos Sexuales y reproductivos, 2004).

En enero de 2004, se produce una nueva modificación a los delitos de violencia sexual (Ley Nº 19.927) que aumenta las penas y redefine algunos delitos para incluir conductas: se eleva la edad mínima de consentimiento sexual, de 12 a 14 años, se introducen algunas normas especiales de procedimiento para facilitar la investigación policial. Se destaca el cambio en el nombre del capítulo en que se agrupan los delitos *Crímenes y delitos contra el orden de las familias, contra la moralidad pública y contra la integridad sexual*, explicitándose por primera vez en la legislación chilena, la integridad sexual como un bien jurídico a tutelar (Foro Abierto de Salud y Derechos Sexuales y reproductivos, op.cit., p.31).

En el año 2003 se confeccionó un estudio sobre la Violencia de Género y su relación con la reforma procesal penal chilena (Casas y Mera, 2004). Para el mismo se realizaron entrevistas en las regiones donde operaba el actual sistema (II, III, IV, VII, IX) a la policía de investigaciones y Carabineros, Fiscales (especializados y no en delitos sexuales), personal de unidades regionales de atención a víctimas y testigos, médicos y matronas de los servicios de urgencia, médicos del Servicio Médico Legal y jueces de garantía. Su objetivo era examinar el funcionamiento del nuevo sistema procesal en lo que se refiere a las necesidades y las respuestas que otorga a las mujeres víctimas de delitos. Entre sus conclusiones se destaca la existencia de una serie de prejuicios tendientes a descreer la versión de las mujeres agredidas –sobre todo si se tratan de víctimas adultas o adolescentes– tanto por parte de la policía, como de algunos fiscales. Esta situación muchas veces puede incidir en que no se sigan adelante con los procesos.

Al mismo tiempo, el estudio señala que el porcentaje de juicios orales es muy escaso en materia de delitos sexuales en relación al total de causas

¹¹² Art. 369 inciso 3 del Código Penal.

terminadas, esto se debería, según las autoras, ha que se ha constatado una tendencia de parte de muchos fiscales del Ministerio Público a llevar a juicio oral solamente aquellos casos en que consideran que no existe mayor riesgo de perder, lo que a su vez redundaría en un muy alto porcentaje de condenas frente a sentencias absolutorias.

Según la Nueva Ley (de 1999) el núcleo esencial del delito de estupro es el abuso o prevalimiento del hechor respecto de la víctima; el bien jurídico protegido en esta figura legal es la libertad sexual de la víctima. El sujeto activo sólo es el varón y el sujeto pasivo cualquier persona entre 14 a 18 años. La acción típica es el acceso carnal anal, bucal o vaginal de una persona entre 14 y 18 años y se toman como referencia dos elementos básicos: el acceso carnal de la víctima y el prevalimiento mediante el cual dicho acceso se logra. La ley establece como estupro el abuso de una anomalía o perturbación mental del menor de la relación de dependencia de la víctima (cuidado, custodia, educación, relación laboral), del grave desamparo en que se encuentra la víctima y/o la inexperiencia o ignorancia sexual de la víctima. El estupro es penalizado con reclusión menor en sus grados medios a máximo, lo que equivale a una pena de reclusión que va desde los 541 días a los 5 años (Santa María et al., 2002).

4.2.3. JURISPRUDENCIA

En materia de delitos sexuales, cabe referirse al caso de la menor B.A.P.C.¹¹³. Los hechos del caso dan cuenta de que el padre de una niña fue sorprendido introduciendo el pene en la vagina de su hija, de 9 años de edad, por la madre de la menor en la cama y ambos con los pantalones en las rodillas. La prueba pericial rendida en juicio acreditó la existencia de la violación, señalando, además, que la niña tenía lesiones antiguas, de meses o años¹¹⁴.

La defensa solicitó la absolución del imputado, alegando que el delito no se encontraba acreditado y que el acusado solamente se estaba cambiando de ropa. Ante ello, el tribunal expresó:

“Que el tribunal rechazará las alegaciones de este interviniente, por cuanto la participación del acusado ha quedado acreditada con los elementos de juicio expuestos en el razonamiento cuarto del presente

¹¹³ C/Roberto del Rosario Pizarro Alfaro, violación; Rol único 20001201-2, Tribunal de Juicio Oral en lo Penal, La Serena, 30 de agosto de 2005.

¹¹⁴ Op. cit. Considerando tercero.

fallo. A saber, los testimonios de las peritos doña Katia Cabrera Briceño y Lilian Hammer Krawczyk quienes declararon lo que la víctima les contó, en el sentido de haber sido atacada sexualmente por su padre, lo que corroboraron con sus propias pericias y su declaraciones.

Con la declaración de la madre quien, si bien, no lo sorprendió en una actividad sexual, observó que el hombre tenía los genitales a la vista, mientras que la niña tenía los pantalones abajo, sugerentes de la conducta que se le imputa. Además, la niña llorando le aseguró que estaban ‘cachando’ en el dormitorio.”

El tribunal desestima la explicación que dio el imputado sobre el hecho de encontrarse desnudo, pues estarlo frente a los hijos, independiente de su edad, no es normal;

“la explicación que dio el imputado es que ambos se estaban vistiendo para salir, él en la cabecera y la niña a los pies, no obstante, haber reconocido que la casa tiene sólo dos dormitorios, uno de los niños donde tenían su ropa y la de los padres, carece de verosimilitud, ya que no es propio que un padre, con una siquis normal como lo señala el peritaje siquiátrico [...] se desvista delante de su hija, cualquiera sea su edad, más, si fue sorprendido por la madre con sus genitales al aire, reconociendo al ser contrainterrogado por la querellante, que los hermanos de Bárbara, en esos momentos, estaban jugando, por lo que ambos se encontraban solos. [...]

Por otra parte, no es efectivo que la víctima no haya dicho nada, toda vez que, expuso que el papá le hizo una cosa que considera mala. Al ser sorprendidos por la mamá, estaba sin ropas. Además, que no le dolía, lo que impresionó a estos sentenciadores en la forma ya descrita. Ahora bien, si antes abusó o no de otras personas es sola una suposición que excede el tenor de la acusación. Además, el testimonio de la hermana del acusado María Magdalena Pizarro Alfaro, nada aportó, ya que sostuvo que ignoraba todo lo relativo a los hechos, materia de la acusación, sin que sus restantes aseveraciones, en especial a la conducta anterior de su hermano, sean bastantes para exculparlo. También, se rechazará la petición de esta defensa de considerar el delito, por el cual se sancionará al sentenciado, en grado de tentativa, toda vez que, si bien no hubo una penetración completa, según lo afirmó la doctora Cabrera, el acceso carnal que requiere el tipo penal contemplado en el artículo 362 del Código Penal, consiste en la penetración del pene en

el orificio natural de la víctima, en este caso, la vagina, en forma de representar la cópula normal o un equivalente de la misma, sin que requiera de una penetración completa¹¹⁵.

Consecuentemente, el tribunal condenó al imputado por el delito de violación, estableciendo una pena de diez años de presidio mayor en su grado mínimo, además de la privación de la patria potestad sobre su hija, como de todos los derechos que por el ministerio de la ley se le confirieren respecto de la persona y bienes de la víctima, de sus ascendientes y descendientes.

Una de las innovaciones en materia de violencia sexual, fue la tipificación de la violación conyugal. Estos casos no son fáciles de comprobar. En este sentido, es interesante revelar cómo en el caso que sigue la acusación prosiguió en el Centro Integral de Atención a Víctimas de Delitos Violentos y no el Ministerio Público en que además se interpuso una indemnización de daños por \$15 millones de pesos. En efecto, la defensa señaló:

“Tercero: Que, en su alegato de apertura, la defensa solicitó derechamente la absolución del acusado, manifestando que lo sucedido guarda relación sexual entre cónyuges en el marco de doce años de matrimonio, tanto que el Propio Ministerio Público decidió no perseverar en la investigación del hecho, tanto es así, que ella tomaba anticonceptivos a la fecha de ocurrencia de los hechos, manifestando la defensa, que la víctima lo que realmente deseaba era huir de la casa donde vivía con su cónyuge, y por esta razón acusa a su marido de violación.

... la defensa en sus alegatos de clausura, sostuvo la defensa que debía absolverse al acusado pues quedó en evidencia que la víctima empezó la relación sexual al subirse encima de su marido e intentar tener con el sexo oral, cuestión que luego terminó en una relación sexual vaginal, expresando que se debe tener presente que la ofendida fue instruida por funcionarios de la Policía de Investigaciones que realizar la denuncia por violación debido a la rapidez del procedimiento para lograr el alejamiento de su cónyuge. Niega que haya existido fuerza en el actuar del acusado, pues esta para su configuración requiere violencia material destinada a quebrar la resistencia de la ofendida, haciendo presente en este punto, que en doctrina se exigía que la agredida opusiera una resistencia seria y energética a la conducta del ofensor, cuestión que no

¹¹⁵ Op. cit. Considerando sexto.

ocurrió, tanto es así, que el propio perito ginecólogo presentado por la parte acusadora, detalló que no existieron lesiones visibles respecto de la víctima en ninguna parte de su cuerpo. Luego explica, que tampoco existió intimidación respecto de la ofendida, esta entendida, como un acto de fuerza moral destinada a evitar la resistencia de la agredida, no tuvo la seriedad requerida, pues ella misma reconoció en estrados haber tenido en más de alguna oportunidad sexo por vía anal con el acusado y por tanto debía negarse lugar a la acusación. Finaliza advirtiendo que el estrés que fue descrito por los diversos peritos en el juicio, también pudo haberse ocasionado, según declaraciones de éstos mismos deponentes, por el significado que tiene para la víctima su ruptura matrimonial y no necesariamente por la supuesta violación sufrida.”¹¹⁶

Los jueces dieron por acreditada la violación,

1. Que el día 9 de Julio de 2.005, en horas de la madrugada, en el domicilio ubicado en calle...N° 1652, comuna de Quinta Normal, ...y su cónyuge doña ..., tuvieron una discusión debido a que ésta rechazó una argolla de matrimonio que aquél le entregó, como regalo de cumpleaños;

“2. Que la molestia del acusado se tradujo en un ‘pataleo’, que consistió en expresiones tales como que ‘ya no era una mujer’, que ‘no hacía nada motivante’ y ‘que podía ser el hombre más malo de este mundo’, lo que motivó que la víctima lo besaré en su boca y cuerpo hasta la altura de su pelvis con la intención de calmarlo, actuar que el acusado rechazó por estimar que su cónyuge, como otras veces, hacía esto sólo para tranquilizarlo, sin que existiera amor;

3. Que, en este contexto, el imputado quitó de encima a su mujer, le arrancó el sostén, muy molestó se subió sobre ella y le dijo que la penetraría por todas las partes, sujetándola de sus manos, para posteriormente penetrarla sin su consentimiento, con su pene por vía vaginal, mientras que ella lloraba a la vez que le pedía que se quitara de encima y que no le hiciera nada más, sin éxito, ya que su cónyuge siguió penetrándola, hasta eyacular dentro de la vagina.

4. Que lo hechos antes relatados, acaecieron dentro del contexto crónico de violencia intrafamiliar, caracterizado por el sometimiento de la

¹¹⁶ “NN” por violación, RIT: 17-2006, Cuarto Tribunal de Juicio Oral en lo Penal de Santiago, 25 de abril de 2006.

ofendida a los requerimientos de su cónyuge según los testimonios de la propia víctima, de los peritos psiquiatras y psicólogos rendidos en juicio de acuerdo a sus apreciaciones clínicas observadas en su labor cotidiana.

Estos jueces (voto de mayoría), han concluido en los términos expresados, fundados en que han dado crédito a los dichos de doña..., en orden a no haber otorgado su consentimiento en mantener relaciones sexuales con su cónyuge aquella madrugada, pues su relato se efectuó en una audiencia pública, en donde debió sobreponerse a que se ventilaran frente a abogados y público en general -que fue abundante-, antecedentes de su vida privada, entre ellos detalles de su vida sexual y del cuadro de violencia intrafamiliar al que estaba sometida. El tribunal estima que se trata de una testigo creíble, consistente en su relato y abonada, quien en su calidad de ofendida por el ilícito, conoció de primera mano los hechos materia de la acusación, los que narró posteriormente a los peritos que también atestiguaron en estos estrados. Sus dichos toman fuerza y se imponen por su contundencia, vivencia y credibilidad, los que resultaron del todo coherentes con lo expresado durante las pericias practicadas y a su propia hermana. Es así como la psicóloga Andrea Machuca San Martín, quien impresionó al tribunal por su preparación y profesionalismo, señaló que al cabo de cuatro entrevistas clínicas realizadas a la señora ..., y en relación al hecho materia de la acusación, ésta le describió el contexto en el cual comenzó el forzamiento sexual, que incluyó amenazas verbales y contención física..., también le indicó que mientras la agresión ocurría, ella sentía mucho miedo y lloraba evitando lo más silenciosamente posible, considerando que sus hijos estaban en la habitación contigua. Así, una vez consumada la acción el marido la dejó y se durmió, mientras ella se mantuvo en la cama llorando toda la noche¹¹⁷.

El tribunal estableció cómo se debería contextualizar en estos casos una agresión sexual entre cónyuges o convivientes:

“En la especie, ha quedado suficientemente claro el cuadro crónico de violencia intrafamiliar al que estuvo sometida en sus doce años de matrimonio la ofendida..., al punto que los peritos al referirse al hecho traumático de la agresión sexual por ella sufrida, expresan de mayor o menor manera, la aparición de síntomas angustiosos y depresivos,

¹¹⁷ Op. cit.

destacando en lo relativo a lo angustioso al 'miedo de carácter paralizante e inhibitor', a la expectación ansiosa o sensación de que algo peor va a ocurrir; asimismo se refieren a ella, como una persona con poca capacidad de oponerse a los requerimientos de su marido, al cual está muy condicionada en lo referente a las agresiones de que ha sido objeto durante su matrimonio, mostrando una escasa capacidad para defenderse, lo que evidencia la mínima reacción frente a su agresor, quien como se demostró en el juicio, conocía de éstas limitaciones y se aprovechaba de las mismas para forzarla a mantener relaciones sexuales”.

El hombre fue condenado a 5 años y un día, debiendo cumplir la pena al interior de un recinto penal y al pago de una indemnización de tres millones de pesos.

4.2.4. POLÍTICAS PÚBLICAS

El principal organismo encargado desde el Estado para la atención de personas víctimas de abuso sexual es el *Centro de Asistencia a Víctimas de Atentados Sexuales (CAVAS)*, dependiente de Investigaciones de Chile. Este surge en 1987 ante una recomendación hecha por las Naciones Unidas, de crear centros de asistencia a las víctimas de abuso sexual. Su función es la de informar, orientar y sensibilizar a la comunidad respecto de agresiones sexuales.

Dentro del CAVAS, existe un grupo de profesionales (psicólogos, siquiátras, asistentes sociales, entre otros) especialistas en el tema y que cumplen la función primordial de recuperación de la víctima. Atiende completamente gratis a las personas que acuden a él. Su único objetivo es entregar una atención policial, psicológica, jurídica y social, con independencia de la denuncia judicial. Esta característica lo hace único en su tipo en Latinoamérica¹¹⁸.

Por su parte, el Ministerio de Salud, establece normas que permiten que la atención de personas víctimas de violencia sexual tengan un trato igualitario en todos los servicios de urgencias existentes en el país, el cual se rige por la Ley N° 19.617 sobre Delitos Sexuales, la que supone una exploración

¹¹⁸ Policía de Investigaciones de Chile. Centro de Asistencia a Víctimas de Atentados Sexuales-CAVAS. Recuperado: 1 de abril de 2006 desde <http://www.investigaciones.cl/paginas/brigadas/CAVAS/CAVAS-01.HTM>.

clínica, el tratamiento (que incluye la prevención de embarazos y de ETS), la realización de un informe al servicio médico legal y la derivación y vinculación a recursos de ayuda (Ministerio de Salud, 2004).

4.3. ACOSO SEXUAL

El Acoso Sexual en el trabajo es un término nuevo que se usa para describir un antiguo problema, referido a conductas de naturaleza sexual u otros comportamientos basados en el sexo, que afectan la dignidad de la mujer y del hombre. La OIT ha definido el acoso sexual como “un comportamiento de carácter sexual no deseado por la persona afectada que incide negativamente en su situación laboral provocándole un perjuicio”¹¹⁹. En Chile la Ley 20.005 de Acoso Sexual fue publicada en el Diario Oficial el día 18 de marzo de 2005.

No obstante, la clasificación del “acoso sexual” es un tema complejo, debido a lo complicado que resulta probar o desestimar las denuncias. Por esta razón se han hecho intentos por categorizarlo, uno de ellos realizado por el abogado Sebastián Hamel (1995 APUD Gómez y Farias, 1999), sostiene que la doctrina reconoce dos tipos de acoso sexual: por chantaje y por intimidación. El primero, se expresa a través de la exigencia formulada por un superior a un subordinado suyo para que se preste a una actividad sexual si quiere conseguir o conservar ciertos beneficios laborales (aumento de salario, ascenso, traslado o permanencia en un puesto de trabajo) implicando un abuso de poder. El segundo, acoso sexual por intimidación, puede consistir en invitaciones sexuales inoportunas, solicitudes indebidas u otras manifestaciones verbales, no verbales y físicas de carácter sexual, con la finalidad de coartar sin razón la actuación laboral de una persona o crear un entorno de trabajo hostil, de intimidación o abuso.

Esta distinción es importante, ya que según estudios realizados por la Dirección del Trabajo, en Chile prevalece el abuso por chantaje, lo que expresa una manera violenta y abusiva de relaciones de poder en el ámbito laboral (Gómez y Farias, op. cit.).

¹¹⁹ Extraído de: EL Acoso Sexual un problema de relaciones de poder. Recuperado: diciembre 2005 desde http://www.cinterfor.org.uy/public/spanish/region/ampro/cinterfor/temas/gender/doc/cinter/pacto/cue_gen/aco_sex.htm.

En cuanto a la caracterización de las mujeres víctimas de acoso sexual en el trabajo, la bibliografía existente señala que este comportamiento afecta con mayor frecuencia a mujeres jóvenes, con niveles de ingreso inferiores, con educación incompleta y que trabajan en tareas auxiliares de profesiones masculinas (secretarías, enfermeras, obreras, etc.). No obstante, hay casos de mujeres profesionales afectadas por este comportamiento, pero son los menos conocidos porque las consecuencias laborales y sociales de la denuncia son mayores cuando se trata de personas que ocupan cargos de responsabilidad (Gómez y Farias, op. cit.).

4.3.1. ESTADO DE LA SITUACIÓN

Pese a las complejidades existentes respecto de la recopilación de información estadística sobre la materia -y a la escasez de investigaciones respecto al tema-, una investigación realizada por el Centro de Estudios de la Mujer en 1993 revela pistas claras sobre la realidad del acoso sexual en Chile. Este trabajo, realizado sobre la base de una encuesta a 1200 trabajadoras del Gran Santiago en 1991, reveló que el 20% de las entrevistadas sufría acoso sexual en su trabajo y que el 84,3% reconoció que ese comportamiento existe en el ámbito laboral. En general, las entrevistadas coincidieron en declarar que el asedio sexual es una expresión de la discriminación contra la mujer, que se trata de un problema más personal que social y que es distinto a la seducción o la atracción. Un dato significativo revelado por este estudio es que el 80.5% de las encuestadas señaló que el asedio sexual “es disimulado y cuesta mucho comprobarlo” (Délano y Todaro, 1993).

En el 2004 la Dirección del Trabajo recibió 61 denuncias por asedio sexual y en todas las víctimas eran mujeres. De ellas, el 48% se registró en la región Metropolitana, al mismo tiempo, a este organismo fueron presentadas ese mismo año 1.943 consultas en la materia; 1.035 hechas por mujeres y 908 por hombres¹²⁰.

La Dirección del Trabajo, estableció que a tres meses de vigencia de la nueva Ley, ya se habían efectuado 70 denuncias por acoso sexual (más del 100% de las denuncias realizadas durante todo el año 2004), donde el 97.1% correspondieron a acusaciones realizadas por mujeres y sólo el 2.9% por hombres. La mayoría de las denuncias se concentraron en los sectores de comercio y servicios; por su parte, el promedio de edad de los afectados/as llegaba a

¹²⁰ Recuperado: 24 de marzo de 2006 desde <http://www.mujereshoy.com>.

los 30 años. Por último, 47 de las 70 denuncias fueron hechas en la Región Metropolitana, mientras que las 23 restantes fueron realizadas en el resto del país, no existiendo diferencias significativas entre las regiones (Gómez y Farias, 1999).

4.3.2. LEGISLACIÓN, NORMAS Y REGLAMENTOS

El 8 de marzo de 2005 –coincidente con el día Internacional de la Mujer– fue promulgada en Chile la Ley N° 20.005 que tipifica y sanciona el acoso sexual, esta ley fue aprobada por unanimidad en el senado, no obstante, su tramitación haya durado 13 años. Se define al acoso sexual como un “*requerimiento unilateral*” por cualquier medio, de carácter “*sexual y no deseado*” por la persona afectada, que le produzca un perjuicio o amenace sus “*oportunidades en el empleo, en su situación o normal desenvolvimiento laboral*”, lo que excluye las relaciones afectivas que surjan por mutuo consentimiento. Estipula que las empresas con más de 10 empleados deberán crear un reglamento interno en el que se especifique la acción a seguir en casos de acoso u hostigamiento con fines sexuales, al mismo tiempo, la normativa dictamina dos procedimientos a elegir: una investigación a cargo de la empresa o la intervención de la Dirección del Trabajo.

El procedimiento de la investigación consiste en reunir todos los antecedentes, con un plazo máximo de 30 días en el cual el empleador tiene que tomar medidas para proteger a las personas involucradas tales como separar los espacios físicos de trabajo de denunciante y denunciado y redistribuir las jornadas de trabajo para minimizar los encuentros de ambas partes. Una vez entregadas las conclusiones, el empleador tiene 15 días para actuar en consecuencia. Si se comprueba el acoso, el responsable puede ser despedido sin indemnización y la víctima queda habilitada para iniciar demandas civiles si lo considera pertinente. Si es el jefe o jefa quien acosa a alguna trabajadora o trabajador, la víctima puede terminar el contrato de manera unilateral y exigir una indemnización 80% superior a la que le correspondiera en caso de renuncia. Esto tampoco suprime la posibilidad de demanda civil y pedido de otra indemnización por daños morales o psicológicos.

La ley establece además la protección de la privacidad de las personas que presenten denuncias, para asegurar su veracidad se solicitarán pruebas -por ejemplo certificados médicos que acrediten trastornos físicos o psicológicos originados por el acoso- y se pedirán declaraciones de testigos. Si se comprueba que hubo una denuncia falsa, con el propósito de lesionar la

honra de la persona demandada, él o la responsable deberán hacerse cargo de una indemnización.

En cuanto a los trabajadores/as del sector público la ley establece modificaciones tanto en el Estatuto Administrativo como en el Estatuto Administrativo para Funcionarios Municipales, de tal manera que se agrega el acoso sexual como comportamiento prohibido para todos los funcionarios públicos, conducta que expresamente se entiende en los términos establecidos en el Código del Trabajo. Además, se añade el acoso sexual como causal de destitución del funcionario público lo que trae como consecuencia que no podrá reingresar a la administración pública sino cumplidos cinco años desde la fecha de expiración de funciones¹²¹.

4.3.3. JURISPRUDENCIA

No existe un cuerpo de jurisprudencia en esta materia que pueda informar sobre los criterios que utilizan las Cortes dado el escaso tiempo en que ha operado. No obstante, antes de su dictamen los tribunales y Cortes conocieron casos de acoso. Un juez estimó:

“Que no le parece al Tribunal que se produzca incumplimiento grave de las obligaciones contractuales por el solo hecho de tener una relación de amistad o afectiva con una empleada, la que puede ser una relación seria y respetuosa; sin perjuicio de que en ese caso sería conveniente que uno de ellos se trasladara de local, por razones de jerarquía”¹²².

Por su parte, un tribunal estimó que el acoso sexual podía subsumirse como una causal de despido por incumplimiento grave de las relaciones del contrato, por falta de probidad y conducta inmoral grave en conformidad con el artículo 160 N° 1 del Código del Trabajo¹²³. Los hechos que constituían la falta de probidad y conducta inmoral grave, según dio por acreditado el tribunal de primera instancia, eran el acoso sexual por parte del demandante a empleadas de la empresa.

¹²¹ Recuperado: 29 de diciembre de 2005 desde <http://www.emol.cl>

¹²² “Máximo Enrique Amaya Nieto contra Empresa Santa Isabel S.A.”, Rol 6688; Juzgado de Letras de Valparaíso, 24 de noviembre de 1994.

¹²³ “Juan Alejandro Milla Bórquez contra Compañía Chilena de Tabacos SA”, Rol 5006-T, Juzgado de Letras de Casablanca, 1 de octubre de 2002.

En efecto, se recibieron quejas de que él les hacía gestos obscenos, les tocaba las piernas y los pechos, les daba agarrones, las invitaba a moteles, además de advertirles que debían aceptar si querían permanecer en su trabajo. Ante este acoso, las empleadas presentaron querrela criminal por el delito de toques deshonestos, cuestión de hacer presente la situación a la gerencia.

El tribunal de primera instancia dio por acreditados estos hechos, afirmando:

“Que ponderadas las pruebas rendidas en su contexto general y específico según las reglas de la sana crítica, no cabe duda que la cuestión queda circunscrita exclusivamente a evaluar la conducta del actor, frente a compañeras de trabajo y durante el desempeño de sus funciones en la empresa, porque los testigos y los documentos de fs. 42, 43, 77 y 78, permiten determinar que hubo por parte del demandante una conducta reñida con la moral y que aún deslinda en lo ilícito y ello constituye la gravedad exigida por el Código del Trabajo para estimar que el actor obró con falta de probidad incluso vía de hecho en su trabajo y respecto de otras funcionarias de la compañía, por lo que obviamente el término del contrato se ajusta a la causal invocada por la demandada del N° 1 del artículo 160 del Código del Trabajo y consecuente con ello se negará lugar a la demanda sin costas, por estimar el sentenciador que hubo motivos plausibles para demandar”¹²⁴.

En este caso, el despedido argumentó que no se configuraba la causal, y la Corte de Valparaíso señaló que por ser una razón que compromete la honra del afectado, la acreditación de ésta debía ser con precisión, y al no estar debidamente verificado, revocaba la sentencia argumentado:

1.- “Que la causal invocada por el empleador para poner fin al contrato de trabajo del demandante ha sido la del N° 1 del artículo 160 del Código del Trabajo, esto es “falta de probidad y conducta inmoral grave”.

2.- Que dicha causal es, sin lugar a dudas, la que reviste mayor gravedad para el trabajador, pues no sólo significa el término de la relación de trabajo, sino que además afecta su honra. De allí entonces que el legislador haya exigido que la falta de probidad y la conducta inmoral en que

¹²⁴ Op. cit. Considerando octavo.

pueda incurrir el trabajador, debe ser de carácter grave y debidamente probada, lo cual supone una exacta precisión en cuanto a los hechos invocados que constituyan dicha causal, en cuanto a la fecha de su ocurrencia, época y demás circunstancias que no dejen lugar a dudas en cuanto a la existencia de los mismos.

3.- Que la carta de despido remitida por la demandante al demandado, ordenada por el artículo 162 del Código del Trabajo, que corre a fs. 8 de autos, no señala en forma precisa los hechos que justifiquen la causal invocada, en cuanto a la época, lugar y circunstancias de los mismos, limitándose a decir que la decisión de despedir al demandante “se ha adoptado por molestar y perturbar a trabajadoras del personal de contratistas de la empresa, en los recintos de la empresa y durante la jornada de trabajo”.

No se señala por lo tanto los hechos precisos que permitieran calificar la actitud del demandante ni la época y sitio preciso en que ellos ocurrieron [...]

Que, ponderadas por esta Corte las pruebas rendidas, de acuerdo con la sana crítica, no es posible imputar al demandante hechos precisos de abuso sexual en contra de trabajadoras ni establecer fechas en los cuales estos hechos pudieran haber ocurrido”¹²⁵

De la sola lectura de este párrafo queda en evidencia la escasa comprensión de la Corte respecto al concepto y naturaleza del acoso sexual, así como su diferenciación necesaria del abuso sexual, el cual parece tomar como términos equivalentes. La Corte Suprema confirmó la sentencia de la Corte de Apelaciones¹²⁶.

4.3.4. POLÍTICAS PÚBLICAS

En el ámbito de las políticas públicas, la Organización Internacional del Trabajo (MIDEPLAN, 2005) recomienda a los países, que frente al acoso sexual, es imperante la incorporación de medidas para combatirlo y evitarlo a fin de progresar en la igualdad. El acoso sexual, refiere la OIT, es considerado una violación de los derechos fundamentales de los trabajadores; cons-

¹²⁵ “Juan Alejandro Milla Bórquez contra Compañía Chilena de Tabacos SA; Rol 160-03, Corte de Apelaciones de Valparaíso, 14 de enero de 2004; considerando primero a tercero, inclusive.

¹²⁶ Juan Alejandro Milla Bórquez con Compañía Chilena de Tabacos SA; Rol 918-04, Corte Suprema, 21 de julio de 2005..

tituye un problema de seguridad y salud, un problema de discriminación, una inaceptable situación laboral y una forma de violencia que se ejerce principalmente contra las mujeres. Bajo esta perspectiva este organismo recomienda para las políticas públicas y la práctica al interior de las empresas: establecer criterios básicos; establecimiento de un procedimiento de denuncia adaptado al acoso sexual que respete la confidencialidad; sanciones disciplinarias progresivas; implementación de una estrategia de formación y comunicación; y protección contra las represalias.

En este contexto la Ley N° 20.005, vino a llenar los vacíos legales existentes en la materia. Como vimos en el acápite anterior, esta ley cumple con los requerimientos básicos estipulados internacionalmente.

Formalmente la Dirección del Trabajo es la institución del Estado encargada de hacerse cargo de las denuncias sobre Acoso Sexual, ya que como servicio público su misión es velar por el cumplimiento de la normativa laboral y promover el desarrollo de relaciones laborales armónicas y equilibradas entre trabajadores/as y empleadores/as, por lo tanto, su objetivo es abordar el tema del acoso sexual tanto en su trabajo diario como en lo que se refiere a la formulación de propuestas de políticas públicas en la materia (Gómez y Farias, 1999).

Por lo reciente de la Ley, el gobierno -a través de los distintos ministerios-, ONG's y empresas privadas, han realizado diversos seminarios, encuentros y capacitaciones, con el fin de dar a conocer tanto los alcances de ésta, como las implicaciones que conlleva¹²⁷.

4.4. FEMICIDIO

El Femicidio es el asesinato de mujeres como resultado extremo de la violencia de género que ocurre tanto en el ámbito privado como el público.

¹²⁷ Prueba de ello son el "Seminario sobre acoso sexual para funcionarios del sector público", organizado por SERNAM y la OIT; el Foro – Panel, para el Consejo de Usuarios (empleadores y dirigentes) "Nueva Legislación sobre Acoso Sexual y Experiencias Comparadas", organizado por el mismo Consejo de la Dirección del Trabajo de la zona sur de Santiago o la Capacitación llevada a cabo en Talca organizada por el Consejo de usuarios de esa región, en conjunto con el SERNAM. Recuperado: 7 de abril de 2006 desde <http://www.dt.gob.cl/1601/article-84569.html>

Comprende aquellas muertes de mujeres a manos de sus parejas, ex parejas o familiares, mujeres asesinadas por acosadores, agresores sexuales y/ o violadores, así como aquellas que trataron de evitar la muerte de otra mujer y quedaron atrapadas en la acción del femicida (Maturana, et. al. 2004).

En el libro *Femicidio en Chile*, se categorizan 3 tipos de ocurrencia:

- Femicidio íntimo: comprende los asesinatos cometidos por hombres con quién la víctima tenía o tuvo una relación íntima, familiar, de convivencia u otros afines.
- Femicidio no íntimo: se refiere a los asesinatos cometidos por hombres con quienes la víctima nunca tuvo relaciones íntimas, familiar, de convivencia u otros afines.
- Femicidio por conexión: hace referencia a las mujeres que fueron asesinadas en la “línea de fuego” de un hombre tratando de matar a una mujer.

4.4.1 Estado de la situación

En Chile, la denuncia del *femicido* es reciente. Los principales esfuerzos por dar visibilidad a este fenómeno han sido realizados – como parte de la campaña regional “Por la vida de las mujeres: Ni una muerte más” – por la Red Chilena contra la violencia Doméstica y Sexual y las diversas organizaciones sociales y ONG’s que la integran.

Según el Informe Mundial sobre Violencia y Salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS), maridos, ex cónyuges, novios, convivientes, son responsables de la mitad de las muertes violentas de mujeres en el mundo. Este Informe hecho público en Bruselas, en octubre del 2002, indica, que sólo el 5% de las muertes de hombres se debe a ataques de sus parejas, un 20% de las niñas y más del 5% de los niños sufre abusos sexuales, casi siempre por familiares o conocidos. En algunos países, el porcentaje de mujeres asesinadas por sus parejas actuales o pasadas llega al 70%, según destaca el informe. Entre las mujeres adultas, al menos una de cada cuatro sufrirá un ataque sexual por parte de su pareja a lo largo de su vida, dice la OMS.

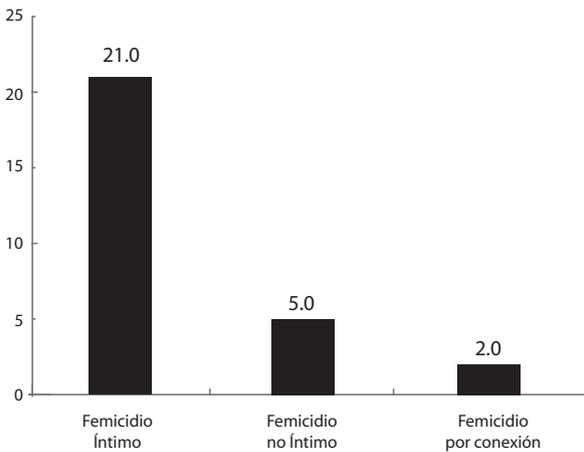
Según el Observatorio de equidad de género en salud de la OPS en Chile, se señala que no existe un sistema de registro que pueda identificar el número

de asesinatos de mujeres, cometidos por hombres con quien la víctima tuvo una relación íntima, familiar de convivencia u otras afines. Sólo ha sido posible aproximarse a través de una investigación de prensa, que explora muy inicialmente el llamado *Femicidio en Chile*, en la cual se revisó una muestra de los expedientes judiciales y la prensa escrita, en particular, el diario La Cuarta, lo que permitió identificar los asesinatos de mujeres siendo posible establecer, que la mitad de ellos corresponden a feticidio. Si bien el texto es publicado el año 2004, el trabajo se centró entre los años 2001 - 2002.

Al mismo tiempo fue posible establecer que en Chile la forma más común del feticidio es el "íntimo", donde 20 de los 29 casos registrados en el período estudiado corresponden a parejas o ex parejas de la víctima:

Las principales conclusiones del estudio señalaron que:

| GRÁFICO 6 |



Fuente: Feticidio en Chile (2004)

- El feticidio, como manifestación extrema de la violencia de género, existe en Chile y carece de visibilidad pública.
- Las mujeres no cuentan con medidas de protección eficaces ni de redes institucionales de apoyo que resguarden su integridad física y su vida (aunque teóricamente esta situación estaría cambiando gracias a la Nueva Ley de Violencia Intrafamiliar, que entró en Vigencia en octubre

del 2005, por el poco tiempo transcurrido no es posible hacer un análisis de su real impacto en la vida de las mujeres maltratadas).

- La legislación y las políticas públicas adoptadas en el país en los últimos diez años han sido insuficientes para prevenir la violencia contra las mujeres y evitar las muertes derivadas de su posición subordinada en la sociedad.
- Los actuales sistemas de registro no consignan ningún tipo de datos relativos al femicidio.
- La caracterización del femicidio como 'crimen pasional' y la existencia de atenuantes (*obrar por estímulos tan poderosos que naturalmente hayan producido arrebatos y obcecación*) para su juzgamiento son expresión de la naturalización de los crímenes de género.
- El reconocimiento del femicidio vuelve a poner en el debate la violencia de género contra las mujeres como una violación de derechos humanos fundamentales aún pendiente de resolver en la sociedad chilena.
- En más de la mitad de los femicidios íntimos hay antecedentes de violencia intrafamiliar.

Estadísticas más recientes ponen de manifiesto que en el año 2004 hubo más de 80 mil denuncias de mujeres sobre violencia intrafamiliar, al mismo tiempo que se contabilizaron más de 70 casos de femicidio.

El femicidio como tal no está incorporado en la legislación penal. No obstante, se aplican normas generales del Código Penal que agravan o atenúan la pena dependiente del grado de parentesco entre víctima y victimario. En el caso del homicidio, se establece la figura agravada de parricidio. De esta manera, es posible considerar que la forma de femicidio íntimo está contemplada parcialmente en la legislación, pero sólo en la medida en que las personas estén unidas por algún vínculo matrimonial.

Desde las políticas públicas, no se advierte que las autoridades del Ejecutivo o judiciales hayan establecido siquiera una línea de trabajo que les permita conocer la magnitud del problema o la generación de información dura que permita adoptar medidas preventivas.

Cabe señalar que no existen en Chile ni legislación ni políticas públicas para erradicar el Femicidio.

4. 5. OTRAS MANIFESTACIONES DE VIOLENCIA DE GÉNERO: EL CASO DE LAS MUJERES INMIGRANTES

La Agrupación Peruana por la Integración Latinoamericana (APILA) ha denunciado la situación de violencia psicosocial en la que se encuentra la mujer inmigrante en Chile. Un estudio (APILA, 2005) realizado en la comuna de Estación Central, en Santiago, por el Área Mujer y Trabajo de dicha agrupación, reveló que la mujer inmigrante llega con grandes expectativas de un recibimiento laboral, social y económico. No obstante, al poco tiempo de llegar a destino, comienza la realidad causando frustración en sus aspiraciones, y la urgente necesidad de subsistir, obligadas a ser víctimas de la violación de sus derechos básicos, por no contar con la regularidad de una documentación que le acredite su estadia para trabajar en éste país, se encuentran desprotegidas por la ley, razón para ser víctimas de los abusos laborales, malos tratos, explotación laboral, teniendo que trabajar más del tiempo estipulado por ley y sometidas a ser relegadas al empleador conocedor del estado irregular en que sus ellas se encuentran en el país y que esta al tanto de la invalidez del contrato verbal.

Además de ello, se produce la invisibilidad del papel de la mujer inmigrante como el agente progresista de su propio proyecto migratorio ya que no existen censos de la población inmigrante femenina, desconociendo también la parte migratoria lo que causa el no reconocimiento social de todas las actividades económicas realizada por las mujeres. Cuando comprueban que lo esperado es diferente, desean regresar a su destino, pero ya se encuentran comprometidas en deudas de viaje, obligadas a continuar en esta ardua labor, consumidas en graves momentos de ansiedad y tristeza que aumenta con la soledad y la nostalgia de haber dejado atrás lo poco que sí les pertenecía.

La discriminación, la desinformación sobre el papel de la mujer en una sociedad diferente y con ello la invisibilidad de la labor histórica y actual, conlleven la devaluación de las cualidades y potencialidades que cómo mujeres traen consigo. A su vez, su situación se ve agravada con los consabido costos sociales, sanitarios y económicos, configurándose uno de los mecanismos sociales mediante los cuales se las coloca en una posición de subordinación, no solo frente al hombre (su pareja), sino también a sus pares y a la sociedad.

En este nuevo contexto de soledad y nostalgia -concluye el estudio- en sus deseos por reconstruir sus vidas afectivas, y lazos de amistad no está ausente la violencia física de sus parejas, la violencia psicológica de sus familias (presión económica) que dejaron en su país, además de la descalificación y estigmatización de la sociedad en la que intentan insertarse.

5. UNIONES Y PARENTALIDAD

El capítulo que se presenta a continuación muestra las temáticas de matrimonio civil y divorcio; filiación y adopción; postnatal masculino; y el proyecto ciudadano de unión homosexual. Para cada tópico se incluye el estado de situación actual, la legislación, normativa y reglamento y en algunos casos jurisprudencia y políticas públicas.

5.1. MATRIMONIO CIVIL

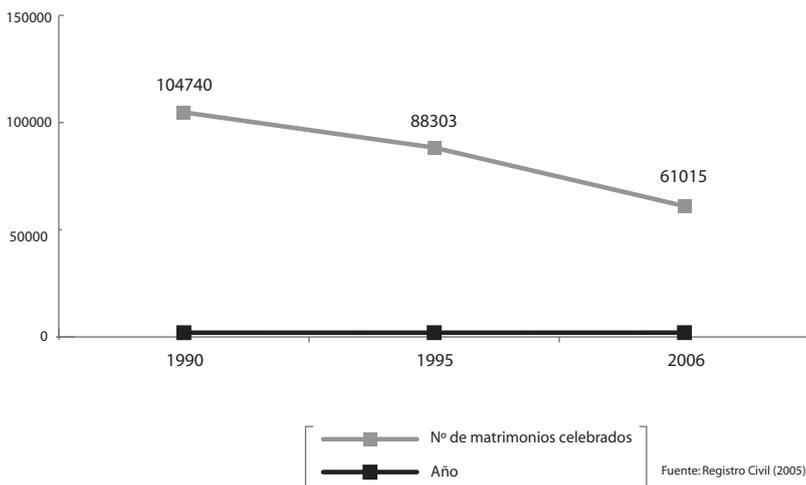
Tanto la Nueva Ley de Matrimonio Civil, como la de filiación y adopción, han sido pasos importantes tanto para la igualdad entre hombres y mujeres, como para los derechos de los niños y niñas, nacidos dentro y fuera del matrimonio o adoptados. No obstante, aún queda camino por recorrer, sobre todo si se observan los tratados internacionales suscritos por Chile y el compromiso que asumió en la Conferencia Internacional Sobre Población y Desarrollo, El Cairo, en 1994.

5.1.1. SITUACIÓN ACTUAL

Hasta el año 2004, Chile era el único país en el mundo que no contaba con una ley de divorcio que regulara las rupturas matrimoniales (Fundación Chile 21, 2001). Esta ausencia de regulación obviaba la realidad de nuestro país y no reconocía los cambios en materia de nupcialidad ocurridos en las últimas décadas instando a la

búsqueda de respuestas para resolver las rupturas a través de resquicios legales tales como la declaración de nulidad del matrimonio. Así por ejemplo, desde la década de los '90 se registra una fuerte tendencia a la disminución de los matrimonios civiles. El Servicio de Registro Civil e Identificación (2005) indica que en el año 1990 se realizaron 104.740 matrimonios; en 1995 decayeron a 88.303 y en el 2004 se celebraron sólo 35.791, como lo muestra el siguiente gráfico:

| GRÁFICO 1 |



El Censo 2002, da cuenta que mientras solteros/as y viudos/as mantienen casi los mismos porcentajes respecto al Censo del año 1992, las categorías de separado y, en especial de conviviente/pareja, experimentan un alza importante durante el decenio, en desmedro de los casados que, de 51,8% en 1992 bajan a 46,2% en 2002 (INE, 2003).

Estas transformaciones hicieron evidente la urgencia de contar con una legislación que regulara el término de los matrimonios, especialmente dado el número de niños que nacían fuera de uniones reconocidas por el derecho.

5. 1. 2. LEGISLACIÓN, NORMAS Y REGLAMENTOS

En el año 2004, tras años de debates parlamentarios se promulga una nueva Ley de Matrimonio Civil (19.947) que reemplazó a la ya existente que databa del siglo XIX (1884). Esta Ley fue más conocida como la “Ley de Divorcio”, ya que además de

regular el matrimonio, los requisitos para poder contraerlo, quiénes pueden casarse, ante que autoridades, por primera vez se regulan las condiciones para su fin¹²⁸.

Los principios que orientaron la creación de la nueva ley de matrimonio civil fueron: la valoración de la institución familiar y el matrimonio; la valoración pública de las distintas visiones existentes en la sociedad respecto del matrimonio; el reconocimiento de la función social relevante de las organizaciones de la sociedad civil; el interés superior de los hijos y del cónyuge más débil y la ruptura matrimonial como un hecho social negativo que afecta a la comunidad y legitima su intervención¹²⁹.

La promulgación de esta ley significó largos años de debate parlamentarios, cuyos avances fueron obstaculizados muchas veces por la influencia que ejerce la Iglesia Católica en los representantes del sistema político en Chile. Por la cercanía del tema a toda la ciudadanía le era muy importante el hecho de legislar a favor de una ley de divorcio, sin embargo, no se sucedieron grandes debates de parte de ciudadanos laicos sino incipientes –y débiles– esfuerzos por parte de organismos que apuestan a políticas ciudadanas y de derechos con representación de libertades laicas. En cambio, los representantes de diversas iglesias fueron convocados por el ex Presidente Ricardo Lagos (2000–2006) a participar del debate.

En 1884, y durante gran parte del siglo XX, se sucedieron diversas iniciativas que pretendieron, sin éxito, abordar el problema social de las rupturas matrimoniales. Tanto a favor como en contra de la idea de legislar, se pronunciaron valiosos y respetables argumentos, los que derivaron en no pocas ocasiones en posiciones distanciadas, invocando valores fundamentales que aparecían en abierta contradicción unas con otras. Tal es el caso de la defensa de la familia fundamentada en el matrimonio, por un lado, y la valoración de la libertad individual como una garantía ciudadana básica, por el otro (Opiniones, Informativos, 2004).

¹²⁸ Esta Ley regula todo lo relacionado con el matrimonio: su significado, los requisitos para casarse, quiénes lo pueden contraer, los deberes y derechos que implica, qué autoridad realiza el matrimonio, la forma en que éste se termina y las vías para resolver los conflictos que se producen. Establece que el matrimonio termina debido a la muerte natural de uno de los cónyuges, por muerte presunta de uno de los cónyuges, por sentencia firme de nulidad y por sentencia firme de divorcio. Universidad Diego Portales, Facultad de Derecho (2004). Recuperado: 15 de marzo de 2006 desde <http://www.udp.cl/comunicados/0604/18/matrimonio.htm>

¹²⁹ Biblioteca del Congreso Nacional. Regímenes Patrimoniales (s/f) Recuperado: 15 de marzo de 2006 desde <http://www.bcn.cl/pags/ecivica/repatri.htm>.

El proyecto de la nueva ley de matrimonio civil, se originó en una moción parlamentaria, la cual luego de obtener la aprobación en la Cámara de Diputados, se paralizó durante un período prolongado. Frente a esta circunstancia, el Gobierno decidió intervenir y generar un diálogo profundo con representantes de las principales corrientes de opinión sobre el tema, propiciando un encuentro con las iglesias, organizaciones filosóficas y morales, organizaciones académicas y grupos parlamentarios. Luego de este período, se incorporaron nuevas visiones y proposiciones en una indicación del Ejecutivo que finalmente motivó la pronta tramitación en el Senado. Prueba de lo dificultosa que resultó la tarea en nuestro país son las palabras de la entonces Ministra del Servicio Nacional de la Mujer, Cecilia Pérez, quien al iniciar la discusión en el Senado en agosto del 2003 señaló: “pocos temas de la agenda pública han sido más cercanos al interés de toda la ciudadanía, y a la vez más debatidos y controversiales como es el referido al ordenamiento jurídico de las relaciones de pareja y sus efectos en la familia” (Pérez, 2003).

Desde la mirada de la Iglesia Católica, la ley fue observada con preocupación, en particular, por la incorporación del divorcio vincular, lo que provocó un abierto rechazo, tanto por razones religiosas -el carácter sacramental del matrimonio- como por estimar la Conferencia Episcopal que la ley introduce una vía para desestabilizar la familia. La ocasión fue propicia para que la Iglesia afirmara el carácter indisoluble atribuido al vínculo matrimonial. La Iglesia Católica valora la aceptación del matrimonio religioso y las normas que apuntan a preparar el matrimonio y a intentar salvarlo, como los procedimientos referidos a conciliación y mediación.

Por su parte, las Iglesias Evangélicas afirmaron la necesidad de la ley, incluyendo la posibilidad del divorcio vincular. Sin perjuicio de considerar como un hecho negativo el divorcio, consideran que el Estado no puede impedir una decisión que es propia de los cónyuges por razones de índole religiosa.

Los sectores laicos, por otro lado, enfatizaron el respeto a la opción de conciencia y la separación del ámbito religioso de la esfera de lo público, como ha sido su histórica posición en estas materias.

Aún cuando sólo en el 2004 se realiza una modificación sustancial de la legislación relativa al matrimonio y el divorcio, ya en el año 1994, se establecieron algunas modificaciones con el objetivo de ampliar las posibilidades

de contraer matrimonio bajo distintas modalidades o regímenes patrimoniales. Los regímenes patrimoniales son sistemas que regulan las relaciones económicas al interior del matrimonio, al cual optan libremente los interesados cuando se casan. Desde la promulgación de la Ley 19.335 en 1994 existen tres sistemas patrimoniales, los cuales se distinguen por la forma en que se administran los bienes y por cómo se protege a los/as esposos/as en situaciones de deuda, en otras palabras es “el conjunto de normas jurídicas que regula los intereses pecuniarios de los cónyuges entre sí y de éstos en relación a los terceros” (Aguad, s/f).

La actual legislación sobre regímenes patrimoniales del matrimonio permite tres sistemas distintos. La regulación inicial en esta materia sólo contemplaba el régimen de sociedad conyugal.

El primero de estos regímenes “**Sociedad Conyugal**” se crea con el Código Civil en 1855 e implica que el marido es el jefe de la sociedad y es el único que puede administrar los bienes que la integran, salvo impedimento declarado judicialmente. Para cualquier operación relativa a los bienes conyugales, necesita de la autorización de la mujer. Son parte del matrimonio los bienes adquiridos durante y antes de contraer el vínculo, si se termina el matrimonio, se liquidan los bienes quedando cada uno con la mitad. Sin perjuicio de estas disposiciones, la ley (artículo 150 del Código Civil) establece que la mujer que se casa en régimen de sociedad conyugal y que trabaja remunerada e independientemente del marido goza de un patrimonio reservado que administra como si fuese separada de bienes.

El segundo “**Separación de Bienes**” promulgado en 1934 propone que hombre y mujer son independientes para administrar sus bienes, el patrimonio de cada cónyuge queda protegido en caso de que uno tenga problemas con acreedores y en caso de fallecimiento cualquiera puede dejar a través de un testamento una mejora en la situación del cónyuge sobreviviente.

Por último en 1994 es decretado el régimen de “**Participación de los gananciales**”, el cuál puede ser aplicado a través de dos formas: (a) “*sistema de modalidad diferida*”, mediante el cual los cónyuges están separados totalmente de bienes y por tanto administran y actúan libremente respecto del patrimonio de cada cual; pero en el caso que durante el matrimonio estos patrimonios hayan crecido, una vez finalizado el vínculo se forma una comunidad efímera, limitada en el tiempo, con los aumentos producidos y para el sólo efecto de ser liquidada y dividida por mitades entre los cónyuges o sus herederos. Cada cual

tiene, entonces, un derecho real sobre la mitad que le corresponde. Por otro lado, el (b) “*sistema de compensación de beneficios o de modalidad crediticia*” implica que mientras está vigente, el régimen opera del mismo modo anterior. Pero al terminar el régimen, los cónyuges siguen separados de bienes sin formar comunidad. Cada cónyuge adquiere un crédito contra el otro, los que se compensan hasta el de menor valor. Este sistema se ha criticado aduciendo que su efectividad es menor que el de comunidad en que los cónyuges adquieren un derecho real y no un derecho personal o crédito, de otro lado. Se destaca la ventaja de proteger mejor el interés de los terceros que contratan con los cónyuges (Aguad, op. cit.). Los cónyuges estando casados, por distintas razones, pueden pasar de la Sociedad Conyugal a la de Separación de Bienes o a la Participación de Gananciales pero no a la inversa. En tanto, sí pueden cambiar de Separación de Bienes a Participación de Gananciales y viceversa. Todos los posibles cambios son a cuenta de los interesados, tanto en escrituras como abogados (Opiniones, informativos, 2004).

A consecuencia de la promulgación de la Ley 19.335 de participación de los gananciales, el Servicio del Registro Civil e Identificación, desde el año 1994 registra cambios en los regímenes patrimoniales de los matrimonios celebrados. En el año 1995 se cambiaron 5.168 regímenes patrimoniales, mientras que en el año 2004 lo hicieron 5.226 matrimonios (Registro civil, 2005).

5.1.3. DIVORCIO

5.1.3.1. SITUACIÓN ACTUAL

Como se indicó antes, Chile sólo recientemente cuenta con una regulación jurídica que dé término a un matrimonio, posibilitando que las personas puedan volver a casarse. El divorcio está regido por la Ley N°19.947, de Matrimonio Civil, publicada en mayo de 2004.

Antes de la introducción del divorcio vincular, una de las formas de término de los matrimonios era a través de un resquicio legal de la “nulidad del matrimonio”, esto es, la declaración de que el acto de matrimonio tenía un vicio en su forma, por lo cual debía ser declarado nulo. El vicio se acreditaba estableciendo que el oficial de registro civil era incompetente para celebrar el matrimonio.

La nulidad procedía sólo si ambos cónyuges estaban de acuerdo, y pese a que se verificara “el vicio” a través de la prueba testimonial, la

sentencia que declaraba nulo el matrimonio debía ser confirmada por la Corte de Apelaciones respectiva. Todo ello generaba criterios disímiles entre jueces, algunos de los cuales no declaraban nulo el matrimonio porque entendían la nulidad como una especie de fraude a la ley, otros no lo otorgaban sin señalar razones para ello y un tercer grupo que confirmaba la nulidad. Todo ello con la consiguiente incertidumbre de los matrimonios que recurrían a este mecanismo para romper el vínculo matrimonial Opiniones, Informativos (2003). En el año 2003, antes de ser promulgada la actual ley, 6433 matrimonios accedieron a este resquicio legal para poner término a su unión (Instituto Nacional de Estadísticas, 2004). El Instituto Nacional de Estadísticas refiere que son los matrimonios con más de 20 años de casados quienes acceden en mayor proporción a la anulación, al mismo tiempo son las personas de 30 a 44 años quienes optan en mayor medida por esta opción (Instituto Nacional de Estadísticas, 2005).

La promulgación de La Nueva Ley de Matrimonio Civil, y por ende la existencia de una Ley de Divorcio fue considerada por tanto como un triunfo a las libertades de las personas, prueba de ello, es que la ex Ministra del Sernam, Cecilia Pérez, señaló en dicha ocasión: “Es un orgullo para mí... concurrir esta mañana a la germinación del fruto de tantos años de duro trabajo ... (ya que) es una ley que nos aleja de la mentira, nos aleja de la iniquidad social, nos aleja del abandono y nos aleja de una concepción que no reconoce a las personas el derecho a construir y reconstruir sus vidas afectivas en libertad. Es una Ley que nos acerca a la verdad, nos acerca a la protección del individuo y nos acerca a la igualdad entre hombres y mujeres. Una ley que deja de negar la realidad y comienza a reconocerla... es una buena ley para las mujeres porque establece la figura del divorcio vincular y, de esta manera, genera un marco adecuado para normar las rupturas matrimoniales en condiciones adecuadas” (Pérez, 2004).

Según la Ley N° 19.947 se pueden advertir tres categorías de divorcio: divorcio-culpa, divorcio por mutuo consentimiento y divorcio remedio. Así, la ley permite la solicitud de divorcio cuando exista violación grave de los deberes y obligaciones en el matrimonio que tornen intolerable la vida en común, por ejemplo: atentados contra la vida, maltrato psíquico contra el cónyuge o los/as hijos/as, conducta homosexual (artículo 54 de la Ley 19.947). Existe el divorcio por mutuo acuerdo, cuando ambas partes solicitan el divorcio y han acreditado, entre otros, el cese de convivencia por un lapso superior a un año (artículo 55 de la Ley 19.947) o se está frente al divorcio-remedio, cuando

uno de los cónyuges demanda el divorcio habiendo acreditado el cese o separación de los cónyuges de tres años (artículo 55 de la Ley 19.947)¹³⁰.

Se ha considerado, además como causales de divorcio el mutuo consentimiento de los ex-cónyuges con un período de reflexión de un año pasado el cese de la convivencia, la existencia de violencia al interior del matrimonio, el adulterio, la infracción grave o reiterada de los deberes de auxilio y protección, la adopción de conductas que contradigan gravemente los fines del matrimonio y el abandono injustificado del hogar común de modo permanente.

Esta ley entró en vigencia en noviembre de 2004, fecha en que aún no entraban en operación los Tribunales de Familia. Entre la entrada en vigencia y el funcionamiento de los Tribunales de Familia en octubre de 2005, estos casos fueron conocidos por tribunales civiles. Esta medida se considera *moderna* ya que crea un organismo especializado en la resolución de los acuerdos y/o conflictos derivados de un divorcio o de otros asuntos que comprometen a las familias y las relaciones entre sus miembros. También se considera *moderna* la nueva ley en cuanto a que introduce aspectos de la experiencia de otros países en la materia, introduciendo instituciones como la mediación y en general los métodos no controversiales de solución de conflictos, y la especialización de los tribunales de familia para atender este tipo de acciones legales.

En el caso del divorcio solicitado por separación de los cónyuges, los Tribunales de Familia deberán iniciar un procedimiento, llevado por un juez, llamado "audiencia de conciliación", sea para reunir a la pareja o para que ambas partes lleguen al mejor acuerdo posible en lo relativo, por ejemplo, a la tuición de los hijos, pensiones alimenticias y régimen de visitas. De no resultar esta vía, la pareja puede someterse a un proceso de mediación el cual es una estrategia de intervención que tiene como fin conseguir una salida pacífica a los conflictos generados en la convivencia familiar. En este proceso, las partes en disputa pretenden resolver sus diferencias negociando con la ayuda de una tercera persona, el o la mediador/a, quien facilita la búsqueda de soluciones, permaneciendo neutral y sin ejercer ningún tipo de poder en las decisiones que se adoptan (Corriente de opinión, 2003).

¹³⁰ Congreso Nacional (s/f) El Ciudadano/En la Familia/Matrimonio Civil/Divorcio. Recuperado el 15 de febrero de 2006 desde <http://www.bcn.cl/pags/ecivica/eldivo.htm>.

Otra característica de la Nueva Ley de Matrimonio Civil, es la existencia de la figura de “compensación económica” hacia el cónyuge que por haberse dedicado al apoyo de los/as hijos/as o a las labores propias del hogar común no desarrolló actividad remunerada o lo hizo en menor medida, esta compensación es válida en los casos de anulación y divorcio, los cónyuges, pueden ponerse de acuerdo si habrá o no compensación económica, cuánto se pagará y de qué forma. Este acuerdo debe hacerse por escritura pública o en Acta de Avenimiento, estos documentos deben someterse a la aprobación del Tribunal que tramitará la nulidad. Si no existiera acuerdo, será el o la jueza quien determine si corresponde pagarla y la forma como ésta se pagará, para llegar a esta resolución el o la jueza determinará si hubo menoscabo económico atendiendo las siguientes variables: la duración del matrimonio y la vida en común de los cónyuges; la situación económica de ambos; la buena o mala fe, la edad y estado de salud del cónyuge beneficiario; la situación en materia de beneficios previsionales y de salud del cónyuge beneficiario; la calificación profesional del cónyuge beneficiario y sus posibilidades de acceso al mercado laboral y la colaboración que el cónyuge beneficiario hubiere dado a las actividades lucrativas del otro cónyuge (Gobierno de Chile, 2004).

5.1.3.2. JURISPRUDENCIA

No es posible aún establecer un corpus de jurisprudencia en la materia ni tener claridad sobre los criterios con que los tribunales de familia declaran el divorcio y determinan, por ejemplo, la procedencia de la compensación económica. Las sentencias son aún escasas en tribunales de familia y ellas no han sido confirmadas por los tribunales superiores de justicia. Sólo como ejemplo citamos a continuación el caso, en que la parte demandada de divorcio unilateral solicitó la modificación de la causal invocada, al mismo tiempo que demandó reconventionalmente de compensación económica¹³¹. Así no sea claro, en efecto, quedó establecido:

“Que en la audiencia la parte demandada contesta solicitando se modifique la causal de divorcio invocada, por la establecida en el artículo 54 No. 2 de la Ley de Matrimonio Civil, esto es la trasgresión grave y reiterada de los deberes de convivencia, socorro y fidelidad propios del matrimonio y asimismo, demando reconventionalmente de compensación económica, fundado en los artículos 61 y siguientes de la ley 19.947, ello en

¹³¹ “Maya con Maya” RIT C-491-2005; 1 Juzgado de Familia de Santiago.

atención a que no pudo desarrollar una actividad remunerada, como consecuencia de haberse dedicado al cuidado personal de los hijos. Por lo expuesto [la mujer] demandó a título de compensación económica la suma de \$30.600.000, con expresa condenación en costas. En efecto, sostuvo que el demandante no dio cumplimiento en forma reiterada a su obligación de proveer de alimentos a su cónyuge e hijos¹³².

Para acreditar la procedencia de la compensación económica, la parte interesada presentó un conjunto de documentos, como también prueba testimonial, la de un hijo mayor de edad quien señaló que:

“sus padres están separados hace más de 25 años, como fecha del cese el año 1979, la vida matrimonial fue un desastre, por las agresiones del demandante debido al alcoholismo, el quiebre matrimonial se produjo por agresión, excusa para ocultar un romance con compañera de trabajo, después de la separación no prestó ayuda económica a la familia, la madre se dedicó al cuidado de los hijos, trabajando esporádicamente realizando primeros auxilios, que no cumplió su padre con el deber de fidelidad, que le otorgó alimentos a su madre con posterioridad, no teniendo actualmente capacidad laboral ni salud; que su madre con ayuda de un tío [quien] le pagó [la educación en] el Liceo de Aplicación¹³³.

No obstante ello, el tribunal declaró, sin prestar fundamentos claros que:

“(...) Este tribunal en virtud de la prueba rendida, no se logró formar la convicción necesaria a fin de acreditar los presupuestos que hacen procedente la compensación económica en los términos del artículo 61 de la Ley de Matrimonio Civil, por lo que procederá a rechazarlo¹³⁴.

Como se ve, el tribunal sólo estima que no alcanzó la convicción de que procediera razonar sobre los supuestos en que descansa la compensación. Este caso fue apelado sin un resultado definitivo aún.

¹³² Op. cit. Considerando sexto.

¹³³ Op. cit. Considerando décimo tercero, párrafo segundo.

¹³⁴ Op. cit. Considerando décimo séptimo.

5.1.3.3. POLÍTICAS PÚBLICAS

Funcionamiento de Tribunales de Familia en torno a matrimonios y uniones

Con la Ley N° 19.968 que creó los Tribunales de Familia, en octubre de 2005 comenzaron a funcionar 60 tribunales, repartidos por todo Chile, a cargo de 258 jueces especializados que tratan temas como matrimonio civil, adopción, violencia intrafamiliar, maltratos, tuición y regímenes de visita, entre otros. En los lugares en que no existan Tribunales de Familia, serán los Juzgados de Letras los que tengan las competencias en dichos casos (Biblioteca Congreso Nacional, 2005).

El gobierno señaló que los Tribunales de Familia van a contar con un equipo multidisciplinario de especialistas (como psicólogos/as y asistentes sociales) y, en una de las características más importantes de su funcionamiento, el juez deberá estar presente en las audiencias y diligencias. De esta manera se eliminan los intermediarios entre las partes y la justicia, haciendo los trámites más expeditos.

Asimismo, será política de estos tribunales el buscar soluciones de conciliación y avenimiento, reduciendo tiempo (una causa no puede demorar más de 60 días), costos para los involucrados y asegurando una mayor participación de las personas en la resolución de los conflictos. Por ejemplo, en casos de tuición los menores serán considerados parte válida y el Juez de Familia puede solicitar su opinión. El presupuesto para esta iniciativa fue de 58.500 millones de pesos, que serán destinados a infraestructura, capacitación y contrataciones, con el objeto de que los Tribunales de Familia estén totalmente operativos en el año 2007.

No obstante lo anterior, la expectativa creada sobre los tribunales de familia generó un “colapso” debido a la alta demanda existente en el país, de esta forma el 24 de enero de 2006 la Cámara de Diputados acordó por unanimidad investigar y proponer la asignación de los recursos económicos y humanos necesarios para resolver el tema. Diversos medios de comunicación dieron cuenta de esta situación, de esta forma si bien el sistema estaba pensado para resolver las causas en tres meses, actualmente se han registrado casos de personas cuyo primer comparendo está registrado para nueve meses más tarde desde la fecha de registro de la demanda. La principal causa, para el “colapso” como ya se refirió esta dada por la alta expectativa

generada en la población, lo que hizo que incluso personas con causas pendiente hace tres o cuatro años (como lo refirió el ex Presidente Ricardo Lagos) esperará el inicio del nuevo sistema para iniciar los procesos, lo que genera además la falta de recursos tanto humanos como del sistema mismo, como lo denunció Miriam Palma, funcionaria del 4º Tribunal de Santiago, en conferencia de prensa.

CUIDADO DE LOS/AS NIÑOS/AS: RÉGIMENES DE VISITAS Y PENSIÓN DE ALIMENTOS

De acuerdo a la Ley, en caso de separación de los padres, el cuidado de los/as hijos/as corresponde a la madre, no obstante, mediante escritura pública (ante un Notario Público), o acta extendida ante cualquier oficial del Registro Civil, subinscrita al margen de la inscripción de nacimiento del hijo/a dentro de los treinta días siguientes a su otorgamiento, ambos padres, actuando de común acuerdo, podrán determinar que el cuidado personal de uno o más hijos/as corresponda al padre. Este acuerdo podrá revocarse, cumpliendo las mismas solemnidades, es decir por medio de otra escritura pública o de una sentencia judicial.

En todo caso, cuando el interés del/los hijo/s lo haga indispensable, sea por maltrato, descuido u otra causa calificada, el o la jueza podrá entregar su cuidado personal al otro de los padres, siempre y cuando éste hubiese contribuido al mantenimiento del hijo/a mientras estuvo bajo el cuidado del otro padre (Corporación de Asistencia Judicial región de Valparaíso, regiones III, IV y V, 2005).

En nuestro país, los casos donde los tribunales les concede la tuición de un menor al padre en desmedro de la madre, son escasos y responden generalmente a una comprobación efectiva y certera de que la madre se encuentra *“seriamente incapacitada de ejercer su rol”*, no obstante, la discriminación y el apego del conservadurismo de algunos poderes del Estado quedo de manifiesto luego que en un fallo inédito, la Cuarta Sala de la Corte Suprema (2004) revocó la sentencia de la Corte de Apelaciones de Temuco que había otorgado la tuición de sus hijas a la jueza lesbiana argumentando que las menores al vivir con su madre están en *“una situación de riesgo para su desarrollo integral”* (Derechos Humanos, 2004).

En lo que se refiere al régimen de visitas, éstas pueden ser acordadas por los padres del menor, para lo cual se efectúa una convención del régimen de visitas, que se somete a la aprobación del tribunal. Si no se logra un acuerdo,

se puede presentar una demanda, para hacer efectivo el derecho que la ley confiere. Puede, por tanto, demandar al padre o la madre, según sea el caso. El o la jueza pueden pedir informes a psicólogos y al personal idóneo, como asistentes sociales, que estime pertinentes, cuando proceda hacerlo. En la misma demanda, se puede “proponer” o pedir un régimen de visitas determinado. Finalmente, se establecerá no sólo el derecho semanal sino que -también- las vacaciones (de invierno y de verano), la forma de como éstas serán compartidas por los padres; y festividades o cumpleaños (Corporación de Asistencia Judicial región de Valparaíso, regiones III, IV y V, op. cit.).

En lo que se refiere a la pensión de alimentos la legislatura chilena reconoce dos caminos, el extrajudicial, donde las dos partes de acuerdo firman un contrato de Transacción, el cual posee la misma fuerza que una sentencia judicial, en tanto es autorizado por un notario o por el Jefe de la Corporación de Asistencia Judicial y es presentado ante el Juez de familia para que sea aprobado y el judicial donde el padre al cuidado del menor interpone una demanda al Tribunal de Familia y el juez determina la pensión correspondiente. Una vez obtenida la resolución la Ley 19.947 establece que el monto mínimo a asignar en el caso de un solo hijo/a es el equivalente al 40% de un ingreso mínimo mensual, en el caso de que la demanda sea por más de un hijo/a el monto mínimo alcanza al 30% de un ingreso mínimo mensual, por cada uno de los/as menores. Por otro lado, la misma ley establece que ya sea por uno o más hijos/as el monto máximo a asignar por pensión de alimentos no podrá sobrepasar el 50% del ingreso mensual del demandado/a.

No obstante lo anterior, el juez o jueza podrán determinar el monto de la pensión de acuerdo a los elementos probatorios y las circunstancias del caso.

Finalmente, la ley asiste en el caso de incumplimiento pudiendo el juez ordenar apremios tales como arresto nocturno, arraigo - el que se mantendrá vigente hasta que se efectúe el pago de lo adeudado -, pago solidario del o la conviviente del demandado/a y la constitución de garantías sobre los bienes de propiedad del demandado, de manera de asegurar el pago de la pensión fijada¹³⁵.

¹³⁵ República de Chile, Ley 14.908 sobre abandono de familias y pago de pensiones alimenticias y modificadas por la Ley 19741 y 19.968 sobre tribunales de familia.

POSTNATAL MASCULINO

A partir de la publicación en el Diario Oficial de la Ley 20.047 del 2 de septiembre de 2005 en Chile existe un permiso paternal en el Código del Trabajo, este permiso establece un post natal de cuatro días pagados para los padres (que pueden ser usados de forma continua o separadamente durante el primer mes) con el fin de que puedan compartir con sus esposas o parejas cuando nace un hijo/a o cuando lo adoptan, al igual que el pre y post natal de la mujer se trata de un derecho irrenunciable.

Esta Ley, supone un gran avance en cuanto a los derechos de la paternidad, no obstante ya se han alzado voces críticas en cuanto “hay que decir que cuatro días es un período ridículo frente al cúmulo de tareas que significa para los progenitores el cuidado de un recién nacido” (MUJERES HOY, 2005).

5.2. FILIACIÓN Y ADOPCIÓN

La filiación es el grado de parentesco o relación de descendencia que existe entre dos personas, una de las cuales es madre o padre. El origen de la palabra filiación viene del latín “*filus*” que quiere decir hijos.

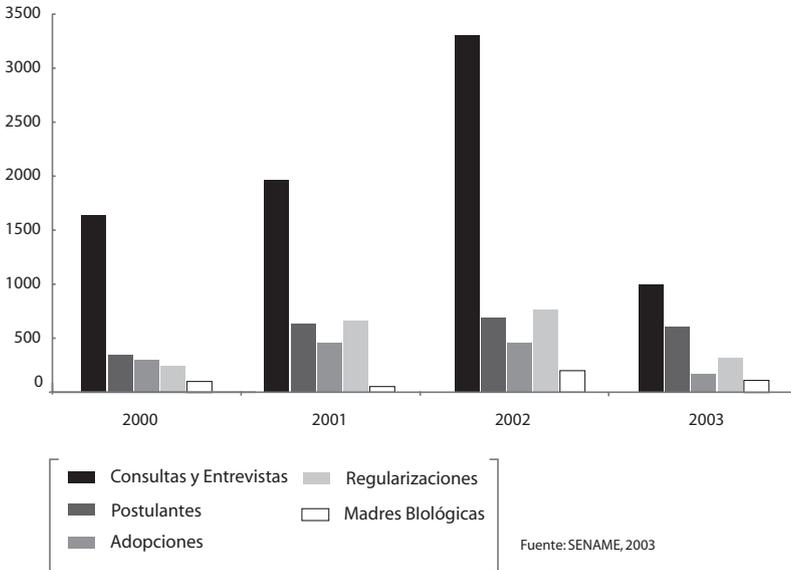
Para Sename el acto de adopción es una medida de protección a los/as niños integral, que se aplica cuando se han agotado todas las posibilidades para que un niño/a pueda reintegrarse o permanecer bajo el cuidado personal de sus padres o familia de origen. El objetivo de la adopción es proporcionar a un niño/a o adolescente en situación de abandono una familia estable en el tiempo, que le permita crecer y desarrollarse en forma saludable en un ambiente de protección y afecto. Con ello se espera reparar, en lo posible, el impacto que han tenido en él o ella las experiencias tempranas (SENAME, 2005).

5.2.1. SITUACIÓN ACTUAL

En Chile, en el año 2004 nacieron 240.011 niños/as incluyendo a los chilenos/as nacidos en el extranjero, mientras que en el año 1995 nacieron 320.952. En consecuencia se registra una creciente disminución en el número total de nacimientos (Registro Civil, 2005), siendo en porcentaje cada vez mayor quienes nacen fuera del matrimonio y de madres y padres adolescentes.

Con relación a la adopción, ésta se ha transformado en una respuesta efectiva para los/as niños/as que se encuentran en situación de abandono. Se han implementado en todas las regiones del país unidades de adopción (MIDEPLAN, 2003).

| GRÁFICO 2 |



5.2.2. LEGISLACIÓN, NORMAS Y REGLAMENTOS

Durante mucho tiempo en nuestro ordenamiento jurídico, se consideraron varios tipos de filiación, a saber: legítima, ilegítima, natural y adoptiva y dentro de ésta simple o plena. Sin embargo, a contar de octubre de 1999 rige en nuestro país, una nueva legislación relativa a la filiación y adopción, ley N° 19.585 y la ley N° 19.620 respectivamente. La promulgación de la nueva ley de filiación significó un gran cambio en el tratamiento jurídico y económico de los/as hijos/as, que cada vez en mayor medida nacían fuera del matrimonio, lo que se relaciona con la emergencia de nuevas formas de las relaciones de pareja y de la convivencia como modalidad legítima de conformación de familia, no obstante, el dar curso a esta Ley no fue tarea fácil, así ya en 1993 el ex presidente Patricio Aylwin, en un primer intento por reformularla refería frente al congreso "como es de vuestro

conocimiento el régimen de filiación actual es profundamente discriminatorio, en la medida que clasifica a los hijos en legítimos e ilegítimos, según si han nacido dentro o fuera del matrimonio, estableciendo marcadas diferencias de trato para una categoría y otra. Lo anterior transgrede abiertamente el principio constitucional que reconoce y asegura la plena igualdad de todas las personas ante la ley y viola el mandato contenido en la carta fundamental, que expresa que en Chile no se podrán hacer diferencias arbitrarias, ni por ley ni por autoridad alguna” (Aylwin, 1993).

LA NUEVA LEY DE FILIACIÓN EN RELACIÓN A HIJOS/AS NACIDOS DENTRO DEL MATRIMONIO

Si bien, con la aplicación de la nueva ley se eliminan del código civil y de toda su legislación las expresiones “legítimos”, “naturales” y “simplemente ilegítimos”, utilizadas para diferenciar a los hijos nacidos dentro del matrimonio de los nacidos fuera, y a los parientes de los primeros de los parientes de los segundos, se ha mantenido la diferenciación entre filiación matrimonial y no matrimonial para el sólo efecto de la determinación de la filiación. Esto se fundamenta en que la circunstancia del matrimonio otorga un principio de certeza a la filiación. Por ello, el matrimonio de los padres continuará facilitando la prueba de filiación y no se requerirá un reconocimiento expreso del padre o de la madre para darle por acreditada. Esto quiere decir, que la ley asume que todo hijo (a) nacido dentro de un matrimonio es hijo (a) del esposo de la madre.

LA NUEVA LEY DE FILIACIÓN EN RELACIÓN A HIJOS/AS NACIDOS FUERA DEL MATRIMONIO

La nueva ley, en caso de no existir filiación matrimonial, consagra el principio de la libre investigación de la paternidad y de la maternidad utilizando pruebas de ADN (Biblioteca Congreso Nacional, 2005). Previo a ello, no existía esta posibilidad, esta materia ha sido modificada recientemente por las dificultades de demandar bajo la Ley 19.585. En efecto, la ley exigía que para dar curso a la demanda de filiación, la demanda debía contener antecedentes plausibles para que el juez o jueza procedieran a la tramitación de la demanda. Ello significó en la práctica que se estableció una valla que las mujeres debían sortear para que su caso fuera resuelto. Esta Ley consagra el principio de la libre investigación de la paternidad y maternidad, contemplándose toda clase de pruebas, incluidas las biológicas, que serán practicadas por el Servicio Médico Legal o por los laboratorios médicos que el o la jueza designe. Si el presunto padre o madre se niega a la práctica de las pruebas decretadas por el o la jueza, se establece que su negativa injustificada será

presunción grave en su contra, que unida a otras pruebas, podrá servir para acreditar su filiación.

Por otro lado, en caso de que el presunto padre no pueda ser analizado, ya sea por su muerte o desaparición; el estudio de paternidad puede realizarse indirectamente a través de la reconstrucción del genotipo del padre presunto ausente. Para ello, es necesario el análisis de la mayor parte de familiares directos del presunto padre. Cuando la reconstrucción es total, las probabilidades de paternidad resultan tal cual como si se tratara de una paternidad tradicional, cuando esta no es posible el resultado será dependiente de la cantidad de información disponible (SERNAM, 2000).

FILIACIÓN DE HIJOS/AS CONCEBIDOS MEDIANTE APLICACIÓN DE TÉCNICAS DE REPRODUCCIÓN HUMANA ASISTIDA

Por otro lado, en lo que respecta a la filiación de hijos/as concebidos mediante aplicación de técnicas de reproducción humana asistida, el artículo 182 del Código civil, estipula que el padre y la madre del hijo/a nacido bajo estas técnicas son el hombre y la mujer que se sometieron a ellas. En Chile han nacido aproximadamente 1.139 niños y niñas a partir de dichas técnicas (SERNAM, op. cit).

Desde la presente normativa se puede desprender que las técnicas de reproducción asistida son empleadas por parejas heterosexuales, ya que supone el reconocimiento de un padre y una madre; que la ley establece perentoriamente que el padre y la madre del hijo/a serán quienes se sometieron a las técnicas de reproducción asistida y, que se impide el ejercicio de las acciones destinadas a impugnar la filiación resultantes de éstas técnicas así como aquéllas destinadas a reclamar una distinta. Es decir, al mismo tiempo que se consagra una verdad formal no biológica; se impide que se impugne la filiación así determinada y que los eventuales terceros donantes pudieran reclamar paternidad. Una consecuencia negativa de lo anterior es que el o la menor, bajo esta premisa, no tiene derecho a conocer su origen biológico, lo que implica desconocer su derecho a una identidad (SERNAM, op. cit).

LA NUEVA LEY DE ADOPCIÓN

Respecto de la adopción, el código civil señala que se trata del vínculo entre el adoptado y los adoptantes. La nueva Ley otorga igualdad con los

hijos biológicos según la Ley de adopción N°19.620 que rige a contar de octubre de 1999. Esta ley era profundamente necesaria y la discusión de su transformación ya era referida por el ex presidente Aylwin en enero de 1993 “(la) finalidad (de cambiar la ley) es subsanar los vacíos legales observados en la legislación vigente sobre adopción y al mismo tiempo, adecuar dicha normativa a la Convención sobre Derechos del Niño, promulgada con fecha 27 de septiembre de 1990” (Aylwin, 1993).

En efecto, anterior a la Ley de 1999, en Chile se reconocían dos tipos de adopciones, la simple y la plena. La adopción simple era una medida de protección a menores de 18 años que carecían de bienes y de otro sistema que los amparará, solamente se podía adoptar por una persona y el adoptado quedaba sujeto a la autoridad paterna y patria potestad, si es que no estaba sujeto a otra, y el adoptante contraía las obligaciones de dar alojamiento, sufragar los gastos de alimentación, crianza y educación del adoptado, esta adopción estaba contemplada en la Ley N° 18.703 y no confería derechos sucesorios. Por su parte, la adopción plena de la Ley N° 18.703, le otorgaba al adoptado la calidad de hijo legítimo de los adoptantes. Se constituía por sentencia judicial y sólo lo podía hacer un matrimonio a ciertos menores que se encontraban en alguna de las situaciones de hecho que la ley tipificaba: huérfano de padre y madre, ser de filiación desconocida, encontrarse abandonado, o ser hijo de cualquiera de los adoptantes. La adopción plena era irrevocable y exigía una diferencia de 20 años o más entre adoptantes y adoptado (Rodríguez, 1999).

Por su parte la nueva ley de adopciones reconoce un solo tipo de adopción (plena) y en su artículo primero señala que “la adopción tiene por objeto velar por el interés superior del adoptado, y amparar su derecho a vivir y desarrollarse en el seno de una familia que le brinde el afecto y le procure los cuidados tendientes a satisfacer sus necesidades espirituales y materiales, cuando ello no pueda ser proporcionado por su familia de origen”.

La nueva ley de adopción traza una estratificación en cuanto al tipo de personas que pueden adoptar; en primer lugar, se encuentran los cónyuges chilenos o extranjeros con residencia permanente en Chile que cumplan con los requisitos legales; en caso de no existir matrimonios residentes en el país interesados en la adopción de un niño/a podrán hacerlo cónyuges extranjeros no residentes en Chile y ante la falta de interés de las personas señaladas, pueden postular solteros/as o viudos/as, chilenos o extranjeros, con residencia permanente en Chile (SENAME, 2005).

Tanto la ley de adopción como la de filiación significaron un gran avance en términos de los derechos de los niños y niñas en nuestro país y el mandato de velar por su protección. Se consideró una gran innovación y adelanto en relación al conservadurismo manifiesto del sector político en nuestro país. Los debates que se sucedieron en el parlamento tuvieron como punto de discusión aspectos menores, relativos fundamentalmente a los mecanismos para determinar la filiación más que a obstáculos para legislar en pos de la igualdad de derechos de los niños nacidos dentro y fuera de los matrimonios.

5.2.3. JURISPRUDENCIA

Respecto a las normas del Código Civil que permiten aplicar presunción grave de paternidad en caso de que el requerido se niegue injustificadamente a realizarse el examen de ADN, la Corte Suprema se ha pronunciado expresamente acerca de la constitucionalidad de dichas normas, especialmente que el demandado se niegue la realización del ADN para la determinación de la filiación. En efecto, ha sostenido:

“8.- Que hoy en día, bajo la vigencia de la ley 19.585, de 26 de Octubre de 1998, que introdujo substanciales modificaciones a la legislación civil sobre filiación, se eliminó en el Código Civil la diferencia de hijos naturales e ilegítimos, quedando establecida solamente la filiación matrimonial y la no matrimonial.

9.- Que en los actuales artículos 186 a 203 del Código Civil se reglamenta la forma de obtener la determinación de la filiación no matrimonial, entre las cuales se encuentran las disposiciones objetadas por el recurrente.

10.- Que previo al análisis de las normas controvertidas, cabe señalar que los autores establecen que el nombre de una persona es un atributo de la personalidad, por el solo hecho de existir, que le permite diferenciarse de cualquiera otra y además, un derecho substancial de toda persona y que incluso se encuentra protegido por una norma penal, como es el artículo 214 del Código Punitivo que sanciona al que usurpare el nombre de otro.

11.- Que, adicionalmente a lo expuesto, cabe señalar que el artículo 7º de la Convención sobre los Derechos del Niño, aprobada por la Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas el 20 de Noviembre de 1989, y que es ley de la República (Diario Oficial de 27/Septiembre/1990), establece que el

niño será inscripto inmediatamente después de su nacimiento y tendrá derecho desde que nace a un nombre, a adquirir una nacionalidad y, en la medida de lo posible, a conocer a sus padres y a ser cuidado por ellos, agregando el artículo 8° que los Estados partes se comprometen a respetar el derecho del niño a preservar su identidad, incluidos la nacionalidad, el nombre y las relaciones familiares de conformidad con la ley sin injerencias ilícitas.

12.- Que el artículo 198 del Código Civil, en su redacción actual, establece que en los juicios sobre determinación de la filiación, la maternidad y la paternidad podrán establecerse mediante toda clase de pruebas, decretadas de oficio o a petición de parte, agregando su inciso segundo que no obstante, para estos efectos será in suficiente por si sola la prueba testimonial, y se aplicará a las presunciones los requisitos del artículo 1712. En consecuencia, para esta normativa se pueden admitir todos los medios probatorios, incluidos los periciales de connotación biológica, con la sola excepción de la prueba testimonial, que no es apta para acreditar, por si sola, la paternidad o maternidad reclamada, sin perjuicio de considerar que ellas puedan estimarse ya sea como base de una presunción judicial o una presunción judicial, conforme a lo establecido en los artículos 383 y 384 del Código de Procedimiento Civil.

13.- Que, por su parte, el artículo 199 del Código Civil dispone que las pruebas periciales de carácter biológico se practicarán por el Servicio Médico Legal o por laboratorios idóneos para ello, designados por el Juez. Las partes siempre, y por una sola vez, tendrán derecho a solicitar un nuevo informe pericial biológico, agregándose en el inciso segundo, que la negativa injustificada de una de las partes a someterse a peritaje biológico configura una presunción grave en su contra, que el Juez apreciará en los términos del artículo 426 del Código de Procedimiento Civil.

14.- Que como puede desprenderse de su sola lectura, la negativa del padre o madre para someterse a una prueba de carácter biológica, con las consecuencias probatorias que ello podría causar, no es cualquiera negativa, sino que debe ser una negativa injustificada, que, además, por si misma no ocasiona un perjuicio probatorio definitivo, sino que configura una presunción grave, que por si sola no acredita el hecho, (recuérdese que el artículo 198 establece que las presunciones en estos casos se rigen por las normas del artículo 1712 del Código Civil, que establece que ellas deben ser graves, precisas y concordantes) sino que permite al Juez, previa valoración, apreciarla para formar su convencimiento.

15.- Que de la manera que se ha razonado no se observa de qué forma estas normas infringen las garantías constitucionales del recurrente, y que él señala que estas disposiciones conculcan, puesto que está plenamente garantido en sus derechos procesales, como se ha establecido en el motivo precedente, y el legislador desechó obligar al demandado por medio de apremios a someterse a pericias determinadas, y sólo cabe señalar, que como se ha dejado establecido con anterioridad, que hay que pensar también en los derechos de la creatura que necesita un nombre para identificarse en la vida y para requerir auxilio de sus progenitores, derechos que están ampliamente reconocidos en la legislación civil y tratados internacionales aceptados por nuestro país.

16.- Que no está demás señalar que diversas disposiciones de nuestra legislación permiten sancionar procesalmente al incurso en una comparecencia, como en los casos de los artículos 284 y 394 del Código de Procedimiento Civil, respecto de la confesión en juicio; el artículo 349 del mismo Código anterior, respecto de los documentos a exhibir; el artículo 435 del Código citado respecto del reconocimiento de la firma o confesión de deuda para crear un título ejecutivo; el artículo 532 del mismo cuerpo legal que permite al Juez suscribir un instrumento o constituir una obligación por el demandado, si éste no lo hace dentro del plazo que le señale el Tribunal; el artículo 190 de la actual Ley de Alcoholes que establece que a la persona que se niega injustificadamente a practicarse el examen de alcoholemia, que, a su vez es una prueba biológica, el Juez podrá apreciar este hecho como un antecedente calificado, al que podrá dar valor suficiente para establecer el estado de ebriedad, y en ninguno de estos casos se ha pretendido sostener la inconstitucionalidad de dichas normas.

17.- Que por lo que se ha razonado no se observa que los artículos 198 y 199 del Código Civil sean contrarios a la garantía del artículo 19 N° 1 de la Constitución Política de la República, por lo que el recurso de inaplicabilidad deberá rechazarse¹³⁶

Así, ante la negativa injustificada de la parte requerida de practicarse el examen de ADN, cabe aplicar la presunción grave contemplada en la Ley. Tal como establece la Ley, para poder dar un efecto a la no realización del

¹³⁶ "Rodrigo Ramón Valenzuela Quezada contra Décimo Tercer Juzgado Civil de Santiago", Rol 2569-2004, Corte Suprema, 31 de marzo de 2006.

examen y presumir con ello la filiación, se requiere que existan otros elementos de prueba que acrediten este hecho. La mera negativa sin más antecedentes no puede constituir presunción, y así se ha determinado:

“Que esta “negativa”, para configurar la referida presunción, como todo acto jurídico, debe consistir en una manifestación de voluntad expresa o tácita. De la sola ausencia o no comparecencia del demandado al Servicio Médico Legal para el examen pericia de A.D.N. no puede presumirse legalmente dicha negativa: ninguna ley le atribuye tal efecto; tampoco el juez a quo puede deducir ese resultado de la simple inconcurrencia: el proceso no le proporciona antecedentes graves, precisos y concordantes para establecer la negativa.

La negativa es una presunción grave en contra del recurrente, pero esta negativa no puede conciliarse por otra presunción. Las presunciones no pueden basarse en otras presunciones”¹³⁷.

Otras situaciones que han debido resolver los tribunales son aquellas en que se impugna una filiación ya determinada. Esta situación se suscita toda vez que existe una filiación legal o social y otra biológica que no correspondería. Sobre esta materia, se ha advertido que:

“Así, pues, si la filiación -cualquiera que sea- está determinada, como en el caso de autos, para reclamar otra distinta, debe impugnarse la existente, lo que obliga a que sean interpuestas simultáneamente la acción de impugnación y la de reclamación, como lo establece el citado artículo 208, y ello es lógicamente explicable porque, obviamente, se ha querido evitar decisiones contradictorias; de este modo, resulta que el padre biológico está legitimado para reclamar la filiación que pretende, pero la ley le impone el deber de impugnar simultáneamente la que ya está determinada, sin que de ningún modo excluya el reclamar una filiación no matrimonial”¹³⁸.

Otra de las situaciones problemáticas de la determinación de la filiación, se trata de aquellos casos que habiéndose establecido una filiación, ella se impugne fuera de los plazos establecidos por la ley y que resulte en una filia-

¹³⁷ “NN contra Francisco Demetrio Mendoza Romero”, Rol 223-2005, Corte de Apelaciones de Valparaíso, 23 de septiembre de 2005, Considerando noveno.

¹³⁸ “Solabarieta Fernando contra Kozak Sergio Eduardo”, Rol 2050-2000, Corte Suprema, 5 de mayo de 2005, Considerando primero, letra d, párrafo 6.

ción biológica diversa a la social o de hecho. La Corte ha sostenido que no prima necesariamente la verdad biológica sino el estado notorio de Estado civil:

“Séptimo: Que descrita la situación fáctica se infiere que la menor Cintya Swanne Matamala nació después de los 180 días de celebrado el matrimonio entre el actor y su madre, la demandada, en consecuencia, se presume que su padre es Paul Swanne Day, conforme a lo previsto en el artículo 184 del Código Civil.

Dicha norma establece en su inciso final que “La paternidad así determinada o desconocida podrá ser impugnada o reclamada, respectivamente, de acuerdo con las reglas establecidas en el Título VIII”.

Por su parte, el artículo 212 del Código Civil establece que “La paternidad del hijo concebido o nacido durante el matrimonio podrá ser impugnada por el marido dentro de los ciento ochenta días siguientes al día en que tuvo conocimiento del parto, o dentro del plazo de un año, contado desde esa misma fecha, si prueba que a la época del parto se encontraba separado de hecho de la mujer”.

Octavo: Que en tales circunstancias no pudo prosperar la acción intentada por el actor, por cuanto constituye un hecho de la causa, inamovible para este tribunal de casación, que el actor no acreditó encontrarse dentro del plazo establecido por el artículo 212 del Código Civil para impugnar la paternidad determinada en la ley.

Dicha disposición legal, al contrario de lo que plantea el recurrente, ha sido correctamente aplicada por los sentenciadores puesto que la paternidad determinada en el artículo 184 del Código Civil sólo puede impugnarse por el padre, a través de la acción concedida en el artículo 212 del texto legal señalado, la que debe ser ejercida dentro de los plazos que la norma contempla, sin que sea posible considerar que la sola circunstancia de acreditar la verdad biológica a través del examen de A.D.N., constituye una excepción a la norma.

Sobre el particular, y a mayor abundamiento, no resulta efectivo que la ley 19.585 consagre como principio absoluto la verdad material por sobre la formal, como pretende estimarlo el recurrente, puesto que dicho estatuto legal contiene disposiciones, como el artículo 201 del Código Civil, que

prefiere la posesión notoria del estado civil de hijo por sobre la prueba pericial de carácter biológico, en caso de cumplirse determinados requisitos”¹³⁹

Así, los casos de impugnación y reclamación de filiación resultan especialmente interesantes por cuanto se juega el derecho del hijo/a a definir su identidad con determinación biológica la que no necesariamente prosperará atendido al estado civil notorio que esa persona haya detentado.

5.2.4. POLÍTICAS PÚBLICAS

En Chile existe una Política nacional a favor de la Infancia y la Adolescencia que contiene orientaciones éticas, valóricas y operativas con una perspectiva de garantizar el pleno ejercicio de los derechos fundamentales del 33.6% de la población del país –5.110.903 niños, niñas y adolescentes. El tema de la infancia ha sido relevado en la agenda pública social a partir de 1990, teniendo como marco de referencia los compromisos asumidos por Chile en la “Cumbre Mundial en favor de la Infancia” en 1990, y a partir de la suscripción de la Convención sobre los Derechos de los Niños (CDN), ratificada por nuestro país en ese mismo año.

Los Principios rectores generales de esta política se relacionan con el niño como sujeto de derecho especial; el interés superior del niño; responsabilidad primordial de los padres y la familia en la crianza de sus hijos, e igualdad entre la madre y el padre. Por su parte, existen principios específicos a saber: respeto a la vida y al desarrollo integral del niño en cada una de sus etapas; igualdad de derechos y de oportunidades; autonomía progresiva del niño en el ejercicio de sus derechos; no discriminación y respeto de la propia identidad; libertad de pensamiento y de expresión. Sobre el rol del Estado se estipula que éste, garantiza, promueve, asiste, y repara los derechos de los niños, niñas y adolescentes, mirando el interés superior del niño y brindando las condiciones para la plena efectividad en la aplicación de los derechos del niño (Gobierno de Chile, 2000). En relación a la adopción se ha implementado y desarrollado el Programa Búsqueda de Raíces, por parte del SENAME destinado a brindar asesoría y apoyo al adoptado que desea conocer sus orígenes. En el año 2002 se llevó a cabo la campaña de adopción de niños/as mayores, lo cual ayudó a desmitificar la adopción como tema asociado a lactantes, y la opinión pública tomó conciencia de la existencia de niños y

¹³⁹ “Swanne Day, Paul contra Matamala Jarpa, María Angélica”, Rol 4827-2004, Corte Suprema, 13 de junio de 2005.

niñas mayores que necesitan una familia. Las atenciones en las Unidades de Adopción aumentaron en un 1.000%, pasando de 265 mensuales a 2.753 (MIDEPLAN, 2003).

Como ya se ha mencionado la Ley N° 19.620 define al programa de adopción como el conjunto de actividades tendientes a procurar al niño o niña una familia responsable, las cuales deben ser realizadas a través de profesionales expertos y habilitados en el área de la adopción, comprendiendo principalmente el apoyo y la orientación a la familia de origen del niño/a, la recepción y el cuidado de éste/a, la evaluación técnica de los solicitantes y su preparación como familia adoptiva.

En esta perspectiva SENAME con su Programa de Adopción contempla actividades del ámbito psicosociales y jurídico que son desarrolladas por profesionales especializados en el tema. Estas funciones se realizan a través de tres subprogramas contemplados en la Ley (SENAME, 2005):

“a) De apoyo y orientación a la familia de origen del niño(a), cuyos objetivos son:

- Brindar orientación y atención profesional integral y sin ningún tipo de discriminación a la familia de origen del niño(a), que enfrenta un conflicto en el ejercicio de su rol y/o ha manifestado su intención de cederlo en adopción. Se trata de que esta familia pueda decidir de manera informada y con el mayor grado de conciencia y autonomía posible respecto al futuro de su hijo(a).
- Apoyar a la madre y/o familia de origen que ha decidido ceder a su hijo(a) en adopción, a través de una atención social, psicológica y legal que le permita asumir de la mejor forma posible las consecuencias de su decisión.
- Proporcionar apoyo social y psicológico a la madre biológica y/o familia de origen que ha decidido asumir el cuidado y protección de su hijo(a), en coordinación con los demás organismos de la comunidad que puedan contribuir a la consecución de este objetivo.

b) De recepción y cuidado del niño(a), cuyos objetivos son:

- Proporcionar atención integral al niño(a) susceptible de ser adoptado, con el fin de garantizar su bienestar. Si procede, se pone especial énfasis

en la superación de las carencias afectivas, físicas, psicomotoras y nutricionales del niño (a).

- Evaluar la situación biopsicosocial y legal del niño(a), para determinar su adoptabilidad y procurarle la familia más adecuada a sus características y necesidades o, en su defecto, buscar una solución definitiva al problema que lo afecta.

c) De evaluación técnica de los solicitantes y su preparación como familia adoptiva, cuyos objetivos son:

- Brindar al niño(a) una alternativa de familia capaz de garantizarle un adecuado desarrollo integral, como asimismo un cálido ambiente familiar, en el cual pueda encontrar la seguridad emocional que requiere, de modo de sentirse aceptado(a) y querido(a) tal cual es, con su historia familiar, características y necesidades.

- Evaluar técnicamente a los postulantes desde el punto de vista social, psicológico, moral y de salud, con el fin de acreditar su idoneidad para desempeñar el rol de padres adoptivos.

- Brindar asesoría y apoyo a los postulantes declarados idóneos para ejercer la paternidad adoptiva, en la etapa previa y posterior a la adopción.

Sin perjuicio de lo anterior, también se contempla el área de intervención “Búsqueda de Raíces”, que se conforma por el conjunto de actividades destinadas a apoyar, orientar y colaborar con jóvenes o adultos adoptados, que desean conocer su historia a través de la búsqueda de su familia biológica”.

5.3. EL PROYECTO DE UNIÓN CIVIL HOMOSEXUAL EN CHILE

La nueva Ley de matrimonio civil no incluye posibilidades para que las parejas homosexuales contraigan matrimonio. Es así como podemos indicar que la concepción del casamiento que sigue prevaleciendo en Chile, sigue siendo exclusivamente heterosexual, en tanto se estipula que se realiza entre un hombre y una mujer, y estipulando que uno de los objetivos del matrimonio es la procreación.

Bajo esta perspectiva y a partir de un trabajo realizado desde 1999 el Movimiento de Integración y Liberación Homosexual (MOVILH) junto al patrocinio de dos diputados, presentó el 2 de junio de 2003 el proyecto de Ley de unión civil entre personas del mismo sexo, éste (que aún se encuentra en trámite) se denominó *“Ley de Fomento de la no Discriminación y Contrato de Unión Civil entre Personas del Mismo Sexo”*.

Este proyecto, considera a la pareja homosexual como una familia, la cual debe ser protegida jurídicamente. En caso de su aprobación, el contrato de unión civil se efectuaría ante un notario y podría acogerse a la norma los mayores de edad que acrediten una convivencia mínima de dos años y cuenten con la compañía de dos testigos, como prueba de su unión las partes recibirán una escritura pública donde definirán el régimen patrimonial al cual desean acogerse, mientras una copia de ese documento será enviada al Registro Civil en un plazo de 30 días.

El contrato puede ser anulado por violencia intrafamiliar; de mutuo acuerdo, pero transcurrido un año de su celebración; por muerte de una de las partes; por muerte presunta; por separación de hecho superior a un año acreditado por testigos y por consiguiente matrimonio de una de las partes.

Los artículos más importantes del proyecto se refieren, sin embargo, a los derechos u obligaciones que tienen en la unión civil la pareja o una de las partes y las autoridades. En el primer caso, la pareja está obligada a auxiliarse mutuamente y en caso de abandono sin causa justificada donde una de las partes se encontrara en situación de necesidad, la otra está obligada a entregar una pensión alimenticia.

Para el contrato civil es aplicable además la ley de violencia intrafamiliar, en cuanto a sus procedimientos y sanciones, mientras en caso de muerte de una de las partes, el sobreviviente tiene derecho a ser beneficiado con una indemnización por cualquier daño moral o delictivo padecido por quien falleció y tiene prioridad por cualquier otro pariente para adquirir los bienes adquiridos en forma conjunta, sean viviendas o sus equipamientos.

En lo referido a las autoridades el proyecto estipula que estas no podrán impedir a ningún miembro de la pareja cuidar o visitar a sus hijos/as, en caso que los hubiera, mientras cualquier obstáculo puesto a la correcta aplicación del contrato civil se considerará “circunstancia agravante” (Cañón, 2003).

6. VIH/SIDA Y ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

6.1. VIH / SIDA

En 1981 se conocen los primeros casos –en el mundo occidental– de un *extraño mal*, que afectan a los homosexuales de Estados Unidos y Europa, la pandemia parece extenderse rápido y esto insta a las principales organizaciones científicas comenzar a investigarlo. Ya en 1984, se sabe que se trata de un virus que provoca la baja en el sistema inmunológico y la Comisión Internacional de Taxonomía lo bautiza como VIH (Virus de Inmunodeficiencia Adquirida). En 1986 la comunidad científica logra identificar las formas de transmisión del virus¹⁴⁰ quedando en evidencia que afecta tanto a hombres como a mujeres, sin distinción de raza, edad, conducta sexual o grupo socioeconómico, sin embargo, los “grupos” que habían sido señalados en un principio como principales “portadores”¹⁴¹ de la enfermedad, y que siguen siendo estigmatizados hasta hoy, son: homosexuales, trabajadores/as sexuales y consumidores de drogas endovenosas.

Actualmente, según el último informe anual del programa de las Naciones Unidas para la lucha contra el SIDA (ONUSIDA, 2004), existen en el mundo

¹⁴⁰ Las formas de transmisión del VIH/SIDA son: contacto sexual desprotegido con personas que viven con el virus; contacto directo con sangre contaminada y de la madre VIH+ al hijo/a durante la gestación, el parto o la lactancia.

¹⁴¹ Desde las Organizaciones de Personas Viviendo con VIH/SIDA, se ha realizado un constante trabajo para quitar de la terminología usual de la pandemia la palabra “portador”, ya que esta estigmatizaría a las personas al tratarlas como “portadoras de algo”.

38 millones de personas viviendo con el virus¹⁴², de los cuales 35.7 millones corresponden a adultos¹⁴³, donde la mitad son mujeres, vale decir, 17 millones. De esta cifra, 5 millones de personas adquirieron el virus durante el transcurso del año 2003, -dos millones fueron mujeres - mientras que 3 millones fallecieron producto de esta enfermedad durante el mismo período.

6.1.1. SITUACIÓN ACTUAL

Hasta diciembre del año 2003¹⁴⁴ se han notificado en nuestro país 12.574 personas que viven con el virus del VIH/SIDA (información parcial por latencia en la notificación). De éstas, 6.514 son VIH+ asintomáticas, es decir, viven con el virus pero no presentan síntomas de la enfermedad. Hasta la misma fecha se ha informado el fallecimiento por SIDA de 3.860 personas y un total de 214 fallecidos VIH+ (Ministerio de Salud, Comisión Nacional del Sida, 2003). Geográficamente las regiones más afectadas son la Metropolitana (70.5), Primera (57.0), Quinta (56.6) y Segunda (38.7)¹⁴⁵, por su parte aquellas que presentan una menor tasa de incidencia son las regiones Undécima (12.9); Duodécima (12.1); Tercera (10.7) y Sexta (10.4).

En Chile, el medio de transmisión más frecuente es la vía sexual, lo que además presenta una tendencia sostenida al aumento a través de los años, el 94.1% de las personas VIH+ declaran haber adquirido el virus mediante esta vía de exposición¹⁴⁶. Por su parte, la adquisición del virus por causa sanguínea sólo alcanza el 4.3%, cifra que tiende a disminuir fundamentalmente debido a que en nuestro país desde 1987, se realiza la "*Detección de Anticuerpos Anti VIH*" en todos los bancos de sangre, por lo mismo, las causas declaradas por esta vía se deben a prácticas asociadas a la utilización de drogas endovenosas, las cuales hasta el momento no se han masificado en el país¹⁴⁷. Sin embargo, si hubiese un cambio en las formas de consumo de droga en Chile, podría traer como consecuencia un alarmante aumento en

¹⁴² Los datos entregados por ONUSIDA, son sólo una aproximación, esto debido a que en algunas regiones la vigilancia epidemiológica, carece de tecnologías que permitan llevar una estadística actualizada. El margen de error para la cifra total de PVIH en el mundo varía de 34 a 46 millones de personas.

¹⁴³ Según ONUSIDA, las personas adultas corresponden a aquellas que tienen entre 15 a 49 años.

¹⁴⁴ 2003 es la última fecha con datos epidemiológicos oficiales entregados por CONASIDA, Ministerio de Salud.

¹⁴⁵ Tasas de incidencias acumuladas por 100 mil habitantes.

¹⁴⁶ El 7.2% de las personas que viven con el virus no declaran la forma de adquisición, por lo mismo la tasa de exposición declarada en casos de SIDA, se obtiene a partir del 100% de los medios declarados.

¹⁴⁷ Según CONACE solo el 0.37% de la población que alguna vez ha usado drogas, lo ha hecho a través de la vía endovenosa.

la prevalencia del virus por esta vía. Por su parte, la adquisición del virus por transmisión vertical alcanza al 1.6% ¹⁴⁸.

La preponderancia del virus se concentra en la exposición homo/bisexual, quienes acumulan el 69% de los casos notificados en el país. No obstante, esta tendencia año a año tiende a disminuir, por un lado, por el sostenido avance de los casos declarados por vía heterosexual, y por otro, la labor de las organizaciones homosexuales en la lucha contra el SIDA, quienes trabajan en la problemática desde que aparecieran los primeros casos notificados como seropositivos. Estos casos alertaron a la comunidad gay impulsando la prevención primaria ¹⁴⁹ del virus y posicionando el condón como el medio principal en las medidas de prevención de este grupo y de la sociedad en general (Barriga y Guajardo, 2005).

No obstante, el Ministerio de Salud a través de la CONASIDA -ha caracterizado la pandemia en el país con una tendencia hacia la *heterosexualización*, hecho que se explica a través de la declaración de las mujeres que expresaron exposición heterosexual en comparación a hombres que adquirieron la infección por la vía homo-bisexual. Esto indica un crecimiento relativo mayor de casos transmitidos por relaciones sexuales entre hombres y mujeres, comparados con los casos transmitidos por relaciones sexuales entre hombres. Por lo mismo, existe una tendencia hacia la feminización, esto significa que “existe un crecimiento relativo mayor de casos de SIDA en mujeres con relación a los hombres, durante los últimos 6 años e incluyendo todos los mecanismos de transmisión” (Ministerio de Salud, Comisión Nacional del Sida, 2003).

También se ha determinado una tendencia relativa hacia la *ruralización*, esto debido a que las notificaciones de personas que declaran vivir en zonas rurales han tenido un paulatino y constante crecimiento.

Otra característica de la pandemia es la baja tasa de escolaridad de los/as afectados/as. Las primeras notificaciones que se realizaron del virus correspondían generalmente a hombres con educación universitaria, no

¹⁴⁸ Esto es de la madre al hijo en periodos de gestación, parto o lactancia.

¹⁴⁹ Entendida como aquella destinada a entregar elementos para que las personas puedan evitar adquirir el virus del VIH, incorporando perspectivas de reducción de daños a partir de intervenciones tanto a nivel comunitario como a la sociedad en su conjunto. En las cuales tiene como objetivo principal para el primero, internalizar y para el segundo, visualizar la importancia del uso del condón. *Vivo Positivo* (2002).

obstante, actualmente se registra una disminución del nivel educacional en las personas que adquieren el virus. En las mujeres la mayoría declara tener educación básica, mientras que en los hombres predominan quienes poseen educación media.

En lo relativo a la ocupación, el 40.5% de las mujeres seropositivas se declaran dueñas de casa, mientras que las operarias representan el 32.1%. Analizando los casos declarados a través del tiempo se observa una baja sustantiva de mujeres profesionales que han adquirido el virus. En lo que respecta a los hombres también ha existido una baja en la notificación a profesionales.

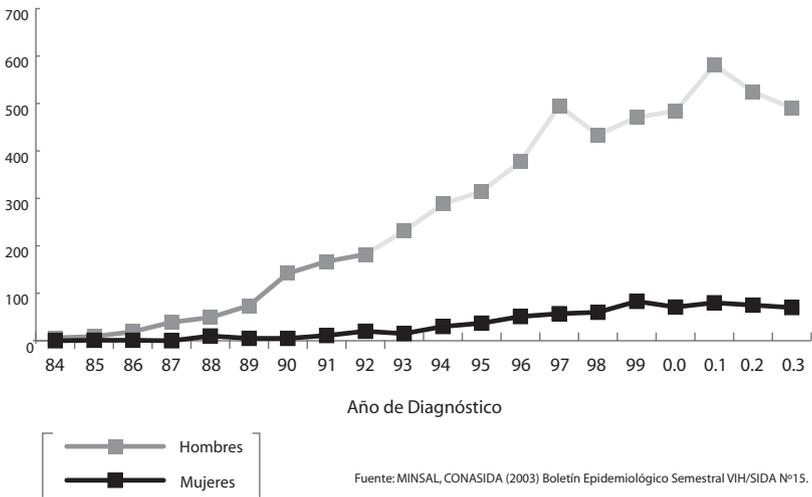
La *pauperización* es otra de las características socioeconómicas de las personas que viven con el virus en Chile. Es decir, que el virus se ha desplazado a niveles socioeconómicos más bajos, lo anterior se desprende del cruce de las dos variables señaladas.

La tendencia nacional refleja que el 84.7% de los casos notificados VIH+ corresponden a personas que tienen entre 20 y 49 años. Los menores de 20 años representan el 3.3% y los mayores de 50 el 12.3%, no existiendo diferencias significativas entre ambos sexos (Ministerio de Salud, Comisión Nacional del Sida, op. cit.).

EL VIH/SIDA EN LAS MUJERES CHILENAS

Actualmente, las mujeres representan el 11.3% del universo de personas viviendo con VIH. Sin embargo, cuando se analizan las notificaciones durante los últimos 6 años por sexo, las mujeres acentúan su representatividad respecto al hombre, obteniendo un promedio anual de incidencia de 4.7% en casos de SIDA y 7.3% en VIH versus al 3.0% de SIDA y 6.8% de VIH en los varones. Esto se debe, en gran parte a que a las mujeres chilenas el VIH/SIDA se presenta de forma violenta, debido a que en su mayoría se enteran de su serología positiva cuando su pareja cae en crisis e incluso cuando muere. El presente gráfico muestra la manera en que se ha acentuado la notificación en mujeres:

| GRÁFICO 1 |



La primera encuesta nacional realizada a mujeres viviendo con VIH/SIDA (Carrasco, et. al. 2004), demuestra la precaria situación en que actualmente se desenvuelven. Coexisten variables culturales, biológicas y sociales, que hacen a las mujeres más vulnerables frente a la pandemia¹⁵⁰. Un 34% de ellas manifestó tener un ingreso por hogar menor o igual a los 100 mil pesos (cerca de US\$ 182 dólares americanos), mientras que sólo un 23% sostuvo que el ingreso familiar superaba los 250 mil pesos (alrededor de US\$ 455 dólares americanos). Lo mismo ocurre con la educación donde el 49% de las mujeres declara poseer educación básica o media incompleta y sólo el 22% expresó contar con educación técnica o superior. En lo que respecta al estado civil de las mujeres el 30% se declara soltera, mientras que un 28% manifiesta estar separada de hecho¹⁵¹, el porcentaje de mujeres viudas alcanza un 21% del total de las entrevistadas, no obstante, la cifra se acrecienta a un 38% de quienes declaran haber tenido una pareja sexual que ha muerto a causa del SIDA.

¹⁵⁰ Como variable cultural podemos señalar el rol sexual -pasivo que se le asigna a la mujer-, imposibilitando la toma de iniciativas en temas como la negociación del condón, como vulnerabilidad biológica es sabido que la transmisión hombre/mujer es 2 a 4 veces mayor que la mujer/hombre (tanto del virus del VIH como de otras ETS) y como vulnerabilidad social tenemos las estadísticas que señalan que el ingreso de la mujer al campo laboral es menor y peor remunerado, al mismo tiempo que proporcionalmente tienen menor acceso a la educación y a la salud. Ver Barriga y Guajardo (2005).

¹⁵¹ Esto es mujeres casadas, que ya no mantienen relaciones de convivencia con el marido, pero que no han legalizado la situación ante los Tribunales de Familia.

Un estudio realizado en el 2003 desde una perspectiva de los derechos sexuales y reproductivos y la ética identifica que las mujeres que viven con el VIH/SIDA los reconocen a través de sus prácticas cotidianas en el ejercicio de la sexualidad y la salud. El derecho real a elegir, a informarse, a recibir apoyo y opciones terapéuticas, son parte del ejercicio que recién están comenzando a realizar. Uno de los hallazgos de éste diagnóstico es que la noción de derechos sexuales y reproductivos no es conocido por las mujeres que viven con VIH/SIDA. Más bien la adquisición del VIH las ha impulsado a reflexionar sobre sus libertades y derechos (Bravo, et. al. 2003a). Durante el mismo año se realizaron talleres de ética y derechos sexuales y reproductivos a mujeres viviendo con VIH/SIDA cuyo objetivo central fue fortalecerlas a través de la apropiación de la ética y los derechos en el ámbito de la sexualidad y reproducción para mejorar su calidad de vida y el empoderamiento de las mismas (Bravo et al., 2003b).

Por último, cabe señalar que una investigación realizada en el 2005 por FLACSO por encargo de CONASIDA plantea que el orden de género y la situación socioeconómica son las variables axiales para comprender los factores de vulnerabilidad y los riesgos a los que se exponen las mujeres, particularmente las dueñas de casa y trabajadoras de casa particular. El modelo dominante de *“ser mujer con pareja estable”* y de ser hombre, así como los libretos de ejercicio de la sexualidad en esta cultura impide que se incorporen prácticas de prevención y autocuidado. En esta perspectiva no se provee a las mujeres de habilidades para la negociación en el plano sexual, ya sea de su satisfacción como de la utilización del condón por parte de los hombres. Ello a pesar que la infidelidad, corolario del ejercicio de la masculinidad dominante en muchos hombres, es reconocida como habitual. *“Las limitaciones socioculturales que tienen las mujeres para implementar medidas de prevención y autocuidado con relación al VIH/SIDA y las ETS se relacionan con la escasa valoración que adquiere la satisfacción sexual y la vida sexual cuando ésta se experimenta en contextos de vulnerabilidad y riesgo como son la dependencia económica, las situaciones de violencia, la infidelidad y la falta de comunicación en la pareja”* (Valdés et al., 2005).

VIH/SIDA, ESTIGMATIZACIÓN Y DISCRIMINACIÓN EN LA SOCIEDAD CHILENA

Para caracterizar los tipos de discriminación que sufren las personas VIH se realizó un estudio (Vidal, et. al. 2002) durante el año 2002 de carácter cualitativo que contempló entrevistas a 38 personas seropositivas de Red Vivo Positivo en las 13 regiones del país, cuyos resultados destacaron la falta de

acceso a tratamientos antiretrovirales; discriminación en la asignación de fármacos; problemas de atención en los servicios de salud; situaciones discriminatorias en la atención en salud y vulnerabilidades a la ética médica.

En el 2003 se realizaron Talleres de empoderamiento a personas viviendo con VIH/SIDA en 6 Centros Hospitalarios de Santiago de Chile, en estas intervenciones las PVVIH identificaron situaciones de discriminación, estigmatización y autoestigmatización a través de la narración y la escritura “Una mujer sexy. Audaz, elegante, es como si tuviera electricidad....La pose que tiene la modelo, tiene una pose triste” (Guajardo, 2003).

En el 2005 otro estudio en la misma línea destaca que no se encontraron casos de personas viviendo con el virus sin acceso a tratamiento antirretroviral (Vidal, et. al. 2005), cuestión que contrasta con la situación encontrada en el año 2002, donde el acceso a tratamiento era parcial y se acusaba de criterios homofóbicos por parte del personal de salud, para su distribución. Por otro lado, las personas entrevistadas manifestaron mayor cercanía con la o el médico tratante, en el año 2002, las personas consultadas referían que sobre todo en el campo de la sexualidad, en algunos centros de atención la temática era tratada de manera represiva, en la actualidad si bien, la realidad no ha cambiado del todo, se observaron notables avances al respecto. No se encontraron mayores evidencias de personas despedidas por ser VIH positivas, ni tampoco la exigencia del test de Elisa para el ingreso a un trabajo, al mismo tiempo tampoco hubo denuncias sobre discriminación de niños/as o jóvenes en los centros educacionales. No obstante, los casos que se han litigado en este tema como se verá más adelante.

Los avances parciales en la materia, dieron cuenta que en algunos centros hospitalarios la disponibilidad y dispensación de los fármacos no resultaban expeditos. Al mismo tiempo, aunque no es un problema generalizado, la confidencialidad del estado serológico de las personas se ve interrumpida cuando éste/a es hospitalizado/a.

Entre los problemas que permanecen el estudio destacó la atención en salud fuera de los Programas de VIH/SIDA, en mayor medida esta situación se vio reflejada en la atención ginecológica y dental donde las/os entrevistadas/os quienes manifestaron que en gran medida son atendidos al final de todos los pacientes o directamente se les niega la atención. Al mismo tiempo en caso de ser hospitalizados o atendidos de urgencia denuncian, que en algunos centros de salud son objeto de criterios arbitrarios.

AGRUPACIONES DE LA SOCIEDAD CIVIL

Durante los inicios de la pandemia el Estado no realiza ningún esfuerzo consistente en informar sobre el VIH/SIDA, el gobierno militar no veía en esta enfermedad peligro alguno, para la sociedad chilena, prueba de ello son las declaraciones del Ministro de Salud de esa época, Winston Chinchón, quién declaró a la prensa que la enfermedad no representaba *"ningún motivo de preocupación desde el punto de vista de la salud pública"*¹⁵². En contraste, la sociedad civil comienza a organizarse para buscar estrategias para la prevención del virus. En 1987 empieza a formarse la Corporación Chilena de Prevención del SIDA¹⁵³. De esta forma se iniciaron trabajos preventivos dirigidos a la población homosexual, a los cuales se les educaba respecto al uso correcto del preservativo a través de talleres interactivos. Por otro lado, la Iglesia Católica comienza -desde su perspectiva- a hacerse cargo también de la problemática, comandados por el Padre Baldo Santi, presidente de Caritas Chile, iniciándose la atención a enfermos de SIDA (Carmona y Del Valle, 1999).

Fue en democracia, cuando un hito vino a hacer que las agrupaciones de personas viviendo con VIH/SIDA se reunieran bajo un objetivo común. En 1997, el Estado que por esa época proveía de 600 Biterapias decide, sin previo aviso, dejar de distribuirlas. Este hecho motivó el inicio de una serie de reuniones de las Agrupaciones de Personas Viviendo con VIH/SIDA (PVVIH), existentes a la fecha, en su mayoría vinculadas a los Servicios de Salud de la Región Metropolitana de Santiago. En su inicio, estas reuniones tuvieron como objetivo enfrentar y desarrollar estrategias que resolvieran el problema del desabastecimiento. Se realizó entonces el Primer Encuentro Nacional de Personas Viviendo con VIH/SIDA (PVVIH) donde se plantearon diversos aspectos asociados a la problemática de las y los seropositivos, así como también la propuesta de la formación de un movimiento nacional de Personas Viviendo con VIH. Como resultado de ese encuentro se dio origen a la Coordinadora por quienes viven y trabajan con VIH/SIDA: COORNAVIH, que en 1998 pasa a tomar su actual nombre: VIVO POSITIVO, Coordinadora Nacional de Agrupaciones y Organizaciones de Personas Viviendo con VIH/SIDA (Vivo Positivo, 2004).

¹⁵² Diario La Tercera, 2 de agosto de 1984.

¹⁵³ El funcionamiento de esta Corporación, no fue bien vista en un primer momento por la dictadura militar. Sólo después de arduas conversaciones con Ministerios, carabineros e investigaciones donde se aseguró que no se trataba de reuniones políticas, la Corporación pudo trabajar con mayor libertad.

Otro hito en relación a la visibilización de los derechos de las PVVIH en Chile ocurre en junio del 2001, donde en Sesión Especial de la Asamblea General de Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA, UNGASS, se llama a participar a los países pobres del mundo del “Fondo Global” donde las naciones que se adjuntaran a la propuesta tendrían acceso a ayuda en dinero de las Naciones Unidas para desplegar acciones en torno a la lucha contra la Malaria, la Tuberculosis y el VIH/SIDA. En el año 2002 Chile se adjudica este Fondo transformándose en una oportunidad para el país. El Fondo promueve tres áreas de intervención: la primera destinada a la prevención primaria del virus y que contempla la creación y despliegue de estudios, investigaciones, intervenciones y evaluaciones de acciones preventivas frente al VIH/SIDA hacia toda la población chilena. La segunda destinada a la prevención secundaria y terciaria del VIH/SIDA, tendiente a trabajar con las agrupaciones de PVVIH, sobretodo en empoderamiento y adherencia a las terapias, y una tercera, que trata sobre atención integral, que equivale a que todas las PVVIH que necesiten tratamiento antiretroviral, lo obtendrán de laboratorios internacionales.

La adjudicación del Fondo fue gracias a que Chile cumplía con uno de los requisitos fundamentales interpuesto por Naciones Unidas, esto es la asociación del Estado, la sociedad civil y las agrupaciones de PVVIH, en la lucha contra la enfermedad. De esta forma el comité tripartito desplegado por Chile fueron, la Asamblea de Organizaciones Sociales y ONG’s con trabajo en VIH/SIDA–ASOSIDA; las personas viviendo con VIH/SIDA a través de la Coordinadora Nacional de Personas Viviendo con VIH/SIDA – Vivo Positivo y el Ministerio de Salud representado por CONASIDA.

A su vez, Chile cuenta con el apoyo de Grupo Temático de ONUSIDA y Comité País entidades que han apoyado desde distintas perspectivas acciones preventivas convirtiéndose en soportes expertos, teórico-metodológicos y financieros, involucrándose activamente en el buen desempeño de las acciones preventivas impulsadas por el estado, la sociedad civil con trabajo en la prevención y atención integral a PVVIH (Fundaciones, ONG’s y organizaciones sociales de base) y el Fondo Global en Chile¹⁵⁴.

¹⁵⁴ El fondo global tiene una duración de 5 años.

6.1.2. LEGISLACIÓN, NORMAS Y REGLAMENTOS

El 4 de diciembre del 2001 fue promulgada la Ley 19.779, más conocida como Ley de SIDA. Esta Ley fue lograda gracias a la asociatividad de la sociedad civil PVVIH organizada, algunos miembros del Congreso y el gobierno chileno y norma por primera vez en el país cuestiones tan relevantes como la no discriminación, el rol del Estado frente a la prevención y la atención en salud¹⁵⁵. La idea matriz que inspiró la ley de SIDA se refiere a que “sólo una política que asegure los derechos de las personas que viven con el VIH y que, por tanto, los proteja contra la discriminación, permite generar los cambios conductuales imprescindibles para que la sociedad en su conjunto esté en condiciones de asumir una masiva actitud y conductas preventivas. Así, el derecho de los individuos a no ser discriminados ni restringidos arbitrariamente en su privacidad y libertad y el derecho a que se generen las condiciones sociales que permitan proteger la salud, han sido reconocidos como situaciones dependientes entre sí y no contradictorias” (Ministerio de Salud, CONASIDA, 2000).

Su primer artículo señala que la prevención, diagnóstico y control de la infección provocada por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), como la asistencia y el libre e igualitario ejercicio de sus derechos por parte de las personas VIH positivas, sin discriminaciones de ninguna índole, constituyen un objetivo sanitario, cultural y social de interés nacional, por lo mismo corresponde al Estado la elaboración de las políticas que propendan hacia dichos objetivos, procurando impedir y controlar la extensión de esta pandemia, así como disminuir su impacto psicológico, económico y social en la población. Esto constituye un gran avance en los derechos de las personas viviendo con VIH y al mismo tiempo establece por ley la obligación del Estado de hacerse cargo de la problemática más allá de los 5 años, que dura el Fondo Global.

De esta forma la Ley establece que la toma del test de Elisa para VIH debe ser siempre confidencial y voluntaria, por lo mismo la persona (o el o la representante legal) debe por escrito señalar el consentimiento para que

¹⁵⁵ Importante señalar que la apertura democrática, ha impulsado otras iniciativas de ejercicio ciudadano. El Proyecto de Ley Marco sobre Derechos Sexuales y Reproductivos, resulta ser un esfuerzo mancomunado de heterogéneas organizaciones sociales, fundaciones y ONG's, con un trabajo visto y validado en temáticas de salud sexual y reproductiva, el cual entra al parlamento el 19 de octubre del 2000, no obstante aún se encuentra en la Cámara de diputados, esperando para su discusión. (Ver Schiappacasse, et. al. 2004)

el procedimiento se lleve a cabo, al mismo tiempo el personal a cargo de la toma de muestra debe informar al interesado/a sobre las implicancias de realizarse el examen. Sin perjuicio de lo anterior, en caso de transfusiones sanguíneas, elaboraciones de plasma, trasplantes y cualesquiera otras actividades médicas que pudieren ocasionar transmisión del virus, el test de Elisa para VIH, debe realizarse siempre.

A partir de su promulgación, no es posible condicionar la contratación de trabajadores/as, tanto en el sector público como privado, ni la permanencia o renovación de sus empleos, ni su promoción, al resultado positivo de un examen de VIH. Al mismo tiempo pasó a ser ilegal exigir el test de Elisa para cualquiera de los efectos mencionados con anterioridad. Tampoco es posible dicha discriminación para estudiantes de cualquier centro educacional, ni para el ingreso o permanencia en un establecimiento de salud. No obstante, en el ámbito del trabajo la Ley establece que tanto Carabineros de Chile, Investigaciones, Gendarmería y las Fuerzas Armadas quedan al libre albedrío sobre exigir o no el test de Elisa, prueba de que aún en Chile existen instituciones que tienen facultades que van por sobre lo moralmente deseable.

Por su parte la Ley 19.996, más conocida como Plan Auge estipuló los reglamentos con los que contaría el Régimen de Garantías Explícitas y la atención en salud de las personas VIH positivas donde a partir de noviembre de 2004 se comienza a hacer efectiva con la normativa que describimos con anterioridad.

6.1.3. JURISPRUDENCIA

La situación de entrega de terapia a algunas de las personas atendidas en el sistema público de salud concitó un despliegue de acciones de movilización de las organizaciones de PVVIH, la que ya fue reseñada. Ella incluyó la exigencia de los medicamentos por la vía judicial desde marzo de 1999 como una estrategia de obtener cobertura universal.

Previo a ello, otra persona -jubilado de Carabineros- quien demandó unos meses antes al Hospital van Buren en Valparaíso el que había dejando de proporcionarles los medicamentos necesarios y atención médica.¹⁵⁶ En este caso, el afectado estaba cubierto por un sistema previsional distinto al otorgado por el Fondo Nacional de Salud y se planteaba un problema de compe-

¹⁵⁴ Recurso de protección, Corte de Apelaciones de Valparaíso, "Luengo Marcelo contra Hospital Carlos van Buren", rol 543-98.

tencias, puesto que se argumentó que la Caja de Previsión de Carabineros debía entregar los medicamentos y no el servicio de Salud. La Corte de Apelaciones argumentó que los dos sistemas son públicos y que era arbitrario dejar sin medicamentos a esta persona. La Corte Suprema confirmó este fallo, pero ello no fue su razonamiento en los casos que siguieron.

Como se dijo, las organizaciones de PVIH construyeron una alianza con la Clínica de Acciones de Interés Público de la Universidad Diego Portales la que litigó los casos en tribunales a través de las presentaciones de acciones de protección a la garantía constitucional del derecho a la vida recogido en el artículo 19N° 1 de la Constitución Política de la República. Igualmente también se argumentó que el Estado es responsable por las acciones u omisiones (falta de servicios) que vulneren derechos o libertades de las personas¹⁵⁷. El primer caso, fue declarado inadmisibles por la Corte la que sostuvo que la materia sobrepasaba los márgenes del procedimiento de protección¹⁵⁸. Este caso fue presentado ante la Comisión Interamericana de Derechos Humanos en favor de los tres recurrentes. En este caso, la Comisión ordenó como medida cautelar la entrega de los medicamentos ante el grave estado de salud de dos de los denunciantes.

Posteriormente se presentaron tres recursos en el año 1999 y 2000 que sumaron más de 24 PVIH¹⁵⁹. Este segundo set de casos pasó la admisibilidad y todos ellos fueron acumulados, es decir, tramitados conjuntamente. Todos ellos fueron rechazados bajo el siguiente razonamiento:

“Cabe precisar, desde ya, que en los recursos acumulados se formulan peticiones basadas en el ‘Derecho a la Vida’, aludiendo al numeral 1° del artículo 19 de la Carta Fundamental, que precisa la protección a la vida del que está por nacer, la restricción a la pena de muerte y la prohibición de aplicar apremios ilegítimos, o sea, su alcance alude a conductas que pongan en peligro la vida humana, sin que pueda estimarse como tales las omisiones que se atribuyen a los Servicios de Salud y al Ministerio respectivo, puesto que el peligro a la vida de los recurrentes deriva de la enfermedad de que, lamentablemente, padecen pero no de las autoridades sanitarias.

¹⁵⁷ Ver: Zúñiga (2005) p.284-299.

¹⁵⁸ Se trató de la acción de protección Corte de Apelaciones de Santiago, “García López con Servicio Metropolitano de Salud Sur Oriente y Ministerio de Salud”, 14 de junio de 1999.

¹⁵⁹ El ordenamiento jurídico chileno no establece la posibilidad de interponer acciones de clases o colectivas en casos de protección de derechos constitucionales, por ello se utilizó la vía de varias acciones para demostrar el carácter colectivo de la pretensión individual.

[...]

En cuanto a la carencia de un tratamiento eficaz para los recurrentes por parte de los servicios sanitarios, tal omisión de existir, no puede estimarse arbitraria o ilegal puesto que la ley ha condicionado el otorgamiento de las prestaciones. En efecto, la Ley 18.469, que regula el derecho constitucional a la protección de la salud y crea un régimen de prestaciones de salud, señala en su artículo 11 que las prestaciones comprendidas en el régimen “se concederán por esos organismos a través de los establecimientos, con los recursos físicos y humanos de que dispongan”¹⁶⁰

Por último, en otras acciones de grupos de afectados, la Corte de Apelaciones acogió los recursos señalando sobre la arbitrariedad de la decisión sobre a quién se le debe entregar o no los medicamentos:

“13° Que en relación con la falta de recursos: esta argumentación no es aceptable por cuanto, como ya se señaló, el derecho a la vida es un derecho de carácter absoluto, y al margen de toda posibilidad de negociación patrimonial. El establecer un orden de prioridad para que los portadores de inmunodeficiencia humana, (VIH) accedan a tratamiento farmacológico que les permitirá vivir, basado en razones técnicas pero determinado al fin por razones económicas, es jurídica y moralmente inaceptable pues establece, necesariamente, una discriminación arbitraria entre personas que se encuentran en una misma situación.

14° Que siendo un deber ineludible del Estado proteger la vida de las personas, dicho deber resulta desde luego ineludible para la administración de éste [...]

15° Que, siendo un principio rector dentro del ordenamiento jurídico chileno el que los órganos del Estado sometan su acción a la Constitución y a las normas dictadas conforme a ella, el no proporcionar a los recurrentes los medicamentos indispensables para existir, estando obligado a hacerlo de conformidad a lo dispuesto por el artículo 8° del Decreto Supremo N° 362 del Ministerio de Salud de 1984, constituye una omisión arbitraria a la Carta Fundamental que atenta contra los derechos fundamentales de los recurrentes”¹⁶¹.

¹⁶⁰ Considerandos 14 y 15 de la sentencia respectivamente, Corte de Apelaciones de Santiago, 6 de noviembre de 2000, rol 543-98.

La Corte Suprema, en la apelación revoca la decisión señalando:

“4º ...esta Corte [concluye] en los tres casos planteados en autos no ha habido ilegalidad en el proceder de los recurridos, puesto que existe una ley que regla con precisión el otorgamiento de prestaciones de las prestaciones requeridas, como se ha expresado, está dentro de sus facultades el decidir sobre el otorgamiento de lo que se pide y tampoco ha sido arbitrario el mismo proceder, habida cuenta de lo informado por los recurridos, puesto que la aplicación de un determinado procedimiento en el presente caso, lleva a evitar precisamente la arbitrariedad que se podría producir al preferirse, eventualmente, a otros pacientes o enfermos, en mejores condiciones de salud y en desmedro de los que están en peor estado. [...]

7º Que, por otra parte, la protección estatal a la salud se encuentra contemplada como garantía constitucional en el artículo 19 N°9 y de éste, lo único incluido en el recurso de protección es el inciso final, referido a que cada persona tendrá el derecho a elegir el sistema de salud al que desee acogerse, sea éste estatal o privado, lo que no es el caso de autos”¹⁶².

En materia de discriminación por VIH antes de la dictación de la Ley de SIDA, se encuentra el caso de una mujer que recurre en contra del funcionamiento de un albergue para PVVIH. Ella es víctima de la desinformación sobre la forma de contagio y por ello, reclama en contra de la acción del Servicio de Salud Valparaíso-San Antonio¹⁶³. Doña Gladys Mena recurrió de protección señalando que los vecinos de su sector se ven amenazados en su vida y en su salud porque se ha autorizado la instalación de un establecimiento destinado a los enfermos terminales de sida en el mismo sector donde vive la recurrente. Alega que por ese acto se vulnera su derecho a la vida y a la integridad física de las personas y el derecho a la salud.

¹⁶¹ Son las acciones constitucionales cuyos roles 3025-01 contra el Servicio de Salud Metropolitano Oriente y el Ministerio de Salud, 3026-01 contra el Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente y el Ministerio de Salud y 3027-01 contra Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente y el Ministerio de Salud. Corte de Apelaciones de Santiago, “Rojas, Náyade y otros contra Servicio de Salud Metropolitano Oriente (y otros), Ministerio de Salud”, 28 de agosto 2001.

¹⁶² Corte Suprema, rol 3599-01, 9 de octubre de 2001.

¹⁶³ Corte Suprema, “Mena Donoso, Gladys contra Servicio de Salud Valparaíso-San Antonio”, rol 24360, 12 de enero de 1995.

Al respecto, la Corte de Apelaciones de Valparaíso mantuvo:

3º) Que sobre tales bases y teniendo presente los informes respectivos de los Departamentos de Programas para las Personas y sobre el Ambiente, queda en claro que el inmueble que dará albergue a los enfermos de sida, no entraña por manera alguna un riesgo para la salud o la vida en las personas del vecindario, porque éste solamente existiría si se tienen relaciones sexuales con los infecciosos, o se comparten jeringas en una drogadicción endovenosa, de forma tal que, por el contrario, al estar perfectamente individualizados y albergados los enfermos, el riesgo es aún menor que si ello no ocurriese;

4º) Que, en cambio, la contrapartida de la pretensión de la recurrente, que como ya se ha dicho, está basada en temores infundados, lo constituye el derecho de los pacientes infectados por el VIH, a ser respetados en su condición humana, lo cual significa no ser tratados como excretas, que no otra cosa, implica expelerlos o segregarlos de un determinado territorio, localidad, sector o vecindario, como lo persigue el recurso;

5º) Que lo anterior, traducido a los términos de la legislación universal y de nuestra propia Constitución Política, se encuentra ya en el preámbulo de la Declaración Universal de Derechos Humanos, adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 10 de diciembre de 1948, en cuanto considera que la libertad, la justicia y la paz en el mundo tienen por base el reconocimiento de la dignidad intrínseca y de los derechos iguales e inalienables de todos los miembros de la familia humana;" [...]

7º) Que no está por lo tanto vulnerado ni amenazado el derecho de la recurrente contemplado en el artículo 19 N° 1 de la Constitución. Tampoco cabe invocar el derecho a la salud en este caso, puesto que el recurso de protección lo permite solamente cuando se impide a las personas el derecho a elegir el sistema de salud al que desea acogerse, sea estatal o privado, lo que no guarda relación ninguna con la situación que se pretende cautelar en el recurso.

En efecto, el artículo 20 de la Carta Fundamental, establece este recurso en relación únicamente con el inciso final del número 9 del artículo 19: cada persona tendrá el derecho a elegir el sistema de salud al que desee acogerse, sea éste estatal o privado;

8º) Que, finalmente, los enfermos de sida también tienen los derechos inherentes a todo ser humano. Los derechos humanos son la esencia

misma del hombre y quienes los transgreden niegan la condición de ser humano de sus víctimas y los mismos victimarios se degradan y retroceden en tal condición, porque olvidan que toda persona tiene derecho a un nivel de vida que le asegure vivienda, alimentación, asistencia médica, vestimenta y un techo digno de un ser humano y también derecho a no ser discriminado como un animal peligroso y contagioso”¹⁶⁴.

Otro caso de discriminación anterior a la Ley de SIDA es el de N.N. con Carabineros el que está en proceso de apelación en la Corte de Apelaciones¹⁶⁵. En este caso, un ex Carabinero interpuso demanda por indemnización de perjuicios, en contra del Consejo de Defensa del Estado, por haber sido dado de baja de Carabineros, la policía uniformada, luego de que la Institución tomara conocimiento de su condición de seropositivo. Para ello, la Institución sostuvo que el VIH constituía enfermedad invalidante, lo cual es, a su vez, causal de retiro absoluto.

Al conocer de caso, el Juzgado advirtió:

“Que, el Virus de Inmunodeficiencia Humana es aquel que destruye las células encargadas de la defensa del organismo dejándolo expuesto a adquirir y desarrollar enfermedades. El referido virus causa una enfermedad denominada Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) que se produce cuando el virus destruye los linfocitos T CD4, lo que paraliza el sistema inmunológico del paciente, provocando la aparición de enfermedades oportunistas.

Por lo antes expuesto, debemos claramente distinguir que una persona puede ser portador del VIH pero no encontrarse enfermo de SIDA, ya que la referida enfermedad puede tardar en desarrollarse en el organismo más de diez años y que mientras esto no suceda la persona puede mantener un estatus de vida normal. A esto, se debe agregar que los avances en las investigaciones médicas han permitido que los portadores del virus, al seguir un tratamiento adecuado, puedan vivir mucho más tiempo sin desarrollar la enfermedad o cuando ésta se encuentra presente fortalecer el sistema inmunológico y así evitar que enfermedades oportunistas puedan causar la muerte.

Lo señalado precedentemente se encuentra ampliamente avalado por estudios recientes respecto al tema efectuados por organismos compuestos por

¹⁶⁴ Corte Suprema, “Mena Donoso, Gladys contra Servicio de Salud Valparaíso-San Antonio”, rol 24360, 12 de enero de 1995.

¹⁶⁵ 13 Juzgado Civil de Santiago, “N.N. con Carabineros”, rol C-3921-2003, 27 de julio de 2005.

profesionales calificados y difundidos por diversos medios de comunicación, especialmente publicaciones en revistas médicas de fácil acceso para quien se interese conocer al respecto”¹⁶⁶.

A su vez, señaló,

“Que, a mayor abundamiento, recientemente se legisló en nuestro país al respecto, determinándose que no se pueden efectuar discriminaciones en razón de los resultados de examen de detección de VIH, ni para conseguir trabajo, permanecer en él, para obtener promociones, etc., por lo cual queda claro que el discriminar a una persona por padecer de VIH es atentatorio contra sus derechos, pese a que la comentada Ley 19.779, haya entrado en vigencia con posterioridad, sólo viene a plasmar una situación antijurídica en sí, y la cual no podía pasar inadvertida por más tiempo ante los ojos del legislador y de la sociedad toda.

Que, los bienes jurídicos afectados en el presente caso son la integridad psíquica de la persona, la igualdad de las personas y la libertad de trabajo, por cuanto al ser dado de baja aduciendo que padecía el actor una enfermedad inhabilitante, atenta contra su salud mental, se está estableciendo una diferencia arbitraria en su contra y es discriminado para desempeñarse laboralmente por una causal que no guarda relación con su idoneidad o capacidad personal, es más, se ha aplicado una norma fuera del contexto legal lo que conculcaría los preceptos contenidos en nuestra Carta Fundamental y eso se traduce en el Dictamen Médico ya referido”¹⁶⁷.

Consecuentemente, se acogió la demanda interpuesta por el actor, condenando al Fisco de Chile a pagar al actor la suma única y total de \$100.000.000, por concepto de daño moral.¹⁶⁸ Esta sentencia fue apelada por el Consejo de Defensa del Estado, apelación que se encuentra actualmente en tramitación.

Un tercer caso de discriminación esta vez bajo el amparo de la Ley es de Lubiú contra Comercial Franco Andesa Limita y el Club de Polo y Equitación San Cristóbal¹⁶⁹. El demandante fue despedido de su trabajo al conocerse su eventual condición de PVIH, tras lo cual el empleador exigió que se realizara el test

¹⁶⁶ N.N. con Carabineros; Rol C-3921-2003; 13 Juzgado Civil de Santiago; Santiago, 27 de julio de 2005; Considerando 7.

¹⁶⁷ Op. cit. Considerando 14 y 15.

¹⁶⁸ Op. cit. Considerando 27.

¹⁶⁹ “Lubiú Cristían contra COFRA Ltda y Club de Polo y Equitación San Cristóbal”, rol 19.812-7-2004 en el Tercer Juzgado de Policía Local de Las Condes, 18 de agosto de 2005.

para detectar el virus. Demandó una indemnización de perjuicios ascendente a \$115.000.000 (ciento quince millones de pesos entre daño moral y lucro cesante).

Los demandados reconocieron que tenían conocimiento de la situación seropositiva del demandante por compañeros de labores del demandante y que efectivamente el Directorio del Club de Polo exigió que el demandante se realizara la prueba con el fin de cumplir la normativa legal sobre manipulación de alimentos. El tribunal determinó con informes recibidos por la Corporación Nacional del SIDA que “se encuentra científicamente comprobado que el VIH se transmite a través de los fluidos corporales: sangre, semen, fluidos vaginales y leche materna y que no se transmite por actividades de la vida cotidiana tales como compartir utensilios, besar, o abrazar”; que como, el VIH no sobrevive fuera del cuerpo, por lo que requiere para la transmisión un contacto directo y de una cantidad mínima de virus y que una persona que adquiere el VIH puede mantenerse asintomático durante varios años y que ésta es apta para trabajar”. El tribunal concede una indemnización por \$20.000.000 además de las multas a beneficio fiscal establecidas en la ley.

La Corte de Apelaciones confirmó la sentencia, pero rebajó la indemnización a \$2 millones, “fijado prudencialmente por esta Corte”¹⁷⁰. El monto de indemnización equivale aproximadamente a US\$4.000.

6.1.4. POLÍTICAS PÚBLICAS

El primer caso de VIH/SIDA en nuestro país se conoce en 1984, no obstante, para finales de la década de los '80, solo la sociedad civil y la Iglesia Católica habían tomado iniciativas frente a la pandemia y el número de PVIH ya alcanzaba a los 206. Con el retorno a la democracia en 1990 se crea la Comisión Nacional del SIDA-CONASIDA¹⁷¹, donde se comienzan a tomar medidas estatales, con el fin de apoyar a las personas VIH positivas y visibilizar la problemática en la sociedad.

La estrategia de prevención desarrollada por CONASIDA incorpora diversas líneas de trabajo en tres niveles de acción: el nivel individual, que refiere al apoyo a la gestión de riesgo individual y entrega de información personalizada a través de la consejería directa y telefónica; el segundo nivel grupal-comunitario que trata de la socialización de aprendizajes entre pares en el contexto de proyectos con poblaciones vulnera-

¹⁷⁰ Corte de Apelaciones de Santiago, “Libui Cristian contra COFRA Ltda y Club de Polo y Equitación San Cristobal”, rol 7204-05, 16 de mayo de 2006.

¹⁷¹ La CONASIDA fue creada el 5 de mayo de 1990 como el organismo técnico responsable de la elaboración, coordinación ejecutiva y evaluación global del Programa de Prevención y Control del SIDA en Chile. Se encuentra integrada a la División de Rectoría y Regulación Sanitaria del Ministerio de Salud CONASIDA (2000).

bles al riesgo y proyectos sociales intersectoriales y un tercer nivel masivo, donde destacan campañas de comunicación social, eventos públicos y trabajo con comunicadores y medios de comunicación social (Ministerio de Salud, CONASIDA, 2002).

POLÍTICAS PÚBLICAS EN TORNO A LA PREVENCIÓN PRIMARIA DEL VIH/SIDA

Desde 1998 se comenzaron a realizar campañas preventivas a nivel masivo, orientadas a instalar el tema en las conversaciones familiares y sociales, disminuir la discriminación en contra de las personas afectadas por el VIH y que la población adopte conductas sexuales preventivas. Los mensajes centrales de estas campañas (hasta la del 2005) estuvieron centrados en la *Abstinencia sexual, Pareja única y Uso correcto del preservativo*. Sin embargo resulta preocupante la falta de periodicidad y permanencia en la realización de estas campañas masivas. En los últimos 8 años sólo se han realizado 3 campañas comunicacionales (entre el período citado, 1998-2005).

Cabe señalar que las campañas no han estado nunca exentas de polémicas, puesto que sectores conservadores de la sociedad, en conjunto con la iglesia católica, han intentado permanentemente desconocer el uso correcto del preservativo. Así en 1997, el caso de un grupo de ciudadanos en contra de Megavisión, la Corte determinó que el canal Megavisión ni el canal católico estaban obligados a pasar los spot, más aún la Corte señaló que "...los comerciales cuestionados constituían un grave atentado al honor de la mujer que es utilizada como un objeto sexual, exacerbando la masculinidad respecto de la pareja y alientan las relaciones promiscuas con el sólo propósito de alentar el uso del preservativo [y] respecto del uso de preservativo no existe certeza de su real efectividad, como lo señalan autorizadas opiniones nacionales e internacionales"¹⁷². Esta situación se ha repetido en los últimos años.

Cabe recordar la negativa de tres canales de televisión abierta del país ha programar los spots refiriendo que se basaba en factores editoriales¹⁷³. Al mismo tiempo, tanto canal 13, como canal 9 han optado en crear campañas paralelas a las oficiales, donde se promueve la importancia de la abstinencia sexual y la institución familiar como únicos medios efectivos para frenar la enfermedad invisibilizando el condón como medio de prevención. La última campaña nacional de

¹⁷² Corte de Apelaciones de Santiago, recurso de protección Castillo y otros contra Corporación de Televisión de la Pontificia Universidad Católica de Chile y Megavisión" rol 1427-97.

¹⁷³ Los tres canales son la Corporación de Televisión de la Universidad Católica de Chile, canal 13; La Corporación de Televisión de la Universidad Católica de Valparaíso, canal 5 y Mega, canal 9, ligada a los sectores más conservadores del país. En Chile existen 7 canales de televisión abierta, no obstante, sólo 4 de estos canales (donde se incluyen canal 9 y 13) concentran los más altos índices de audiencia.

prevención del VIH/SIDA, que corresponde a su séptima versión, impulsada por CONASIDA y lanzada en octubre del 2005 destacó por la variedad de sectores sociales a los cuales estuvo dirigida y por ser una de las más directas efectuadas hasta ahora, al punto que la iniciativa contempló numerosas posturas sexuales al estilo Kama Sutra, y se centró por primera vez, en el uso del preservativo. Teniendo por frases centrales *"Frente al sexo yo elijo mi postura"* o *"frente al Sida, yo tengo una postura"*¹⁷⁴, la campaña de 800 millones de pesos consistió en diversas gigantografías y avisos radiales que tuvieron como protagonistas a parejas heterosexuales y homosexuales, dueñas de casas, escolares y personajes públicos.

Desde el gobierno se valoró ampliamente la iniciativa, por ejemplo, el Ministro de Salud de la época, Pedro García, refirió el día del lanzamiento *"La postura hoy día frente al Sida y para los que tienen conductas o acciones que pudieran tener algún grado de riesgo es que efectivamente no hay otra alternativa que el uso del preservativo o condón"*. Por su parte, el ex Ministro secretario general de Gobierno, Osvaldo Puccio señaló en esa misma ocasión *"La campaña tiene dos elementos: el reconocimiento a la diversidad sexual y el otro es el reconocimiento y compromiso para el uso del preservativo"*¹⁷⁵.

Además de las gigantografías y los mensajes radiales, se lanzaron 4 spot de 15 segundos para la televisión abierta, los cuales nuevamente no fueron transmitidos por los canales 5, 9 y 13. La decisión reiterativa de estos canales hizo que el Movimiento Unificado de Minorías Sexuales (MUMS) interpusiera ante la justicia un recurso de protección contra éstas tres empresas de televisión (González, 2003). No obstante, más cuestionable aún resultó la postura del canal católico quién introdujo una campaña donde se promovía la realización del test de Elisa como forma de prevención del virus, esto atendiendo a que existe un período denominado "ventana" de tres meses donde el virus no es detectable en el cuerpo, la importancia de esperar este tiempo después de la última relación sexual desprotegida, no fue

¹⁷⁴ Otras frases de la campaña fueron "aunque creo en la lealtad he sido infiel, por eso mi postura es el condón", "cuando él se complica con el condón, yo se lo pongo", "encuentro súper entretenido el condón... desde que aprendí a ponerlo" y "por amor... siempre mi primera postura es el condón".

¹⁷⁵ El recurso de protección señalaba que la negativa a transmitir los cuatro cortos publicitarios de la campaña atenta contra el derecho a la salud de todos los chilenos y chilenas, considerando que el sida es una pandemia. Los canales cuestionados, por su parte, sostenían que los mensajes contravenían su línea editorial, ya que promovían el uso del condón y en uno de ellos aparecía acariciándose una pareja homosexual, pero el MUMS y otras organizaciones de la sociedad civil acusaron a las estaciones televisivas de actuar con doble estándar en este asunto, ya que en dichos canales, sobretudo en Mega, se transmiten programas de adolescentes ligeras de ropa y sketch cómicos con alto contenido sexual. Ver Ulloa (2005).

mencionada en el referido comercial, ayudando a la desinformación en la población.

A la oposición de los canales de televisión, se sumó además la Iglesia Católica y el partido político de derecha UDI, en efecto en el marco de la polémica desatada por la campaña, diputados de dicha colectividad, criticaron con crudeza la propuesta por no incluir la pareja única y la abstinencia sexual como mecanismos de prevención.

Por su parte Sidacción, organismo dedicado al trabajo en prevención en VIH/ SIDA, también se sumó a las críticas, el presidente de la organización señaló con motivo del lanzamiento de la campaña *este mensaje es válido para quienes tienen relaciones sexuales y no optan por pareja única, lo que según el organismo puede inducir al error, pues hace creer que en una relación de pareja única no hay riesgo de contraer el virus*. Además señaló que resulta negativo que la campaña no haya centrado *fuertemente* sus discursos en la población masculina, toda vez que la mayoría de los afectados por el virus son varones (Ulloa, 2005).

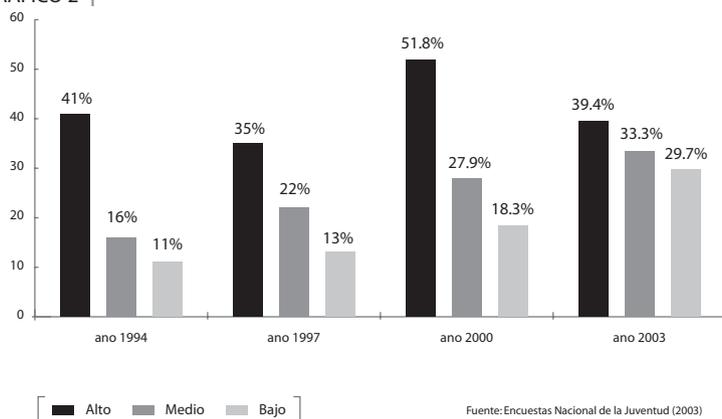
Una muestra de lo que fue la séptima campaña de prevención del VIH / SIDA se puede analizar en las imágenes que fueron desplegadas en distintos formatos y lugares (afiches, gigantografías, paraderos de locomoción colectiva, periódicos, en las estaciones de metros, y en espacios publicitarios de las ciudades del país).

La figura de una estudiante secundaria y de parejas homosexuales, todos mostrando preservativos, fue lo que más controversia causó en el país, suscitando declaraciones, como que la campaña resultaba *vulgar, que no se condice con la forma en que hay que enfrentar el tema de la sexualidad* o que Es una campaña a la que le sobra vulgaridad y le falta delicadeza, amor y respeto (referidas por parlamentarios de la UDI). El comunicado de prensa emitido por el Comité Permanente de la Conferencia Episcopal señalando que la campaña prescinde de *fundamentales consideraciones éticas*, porque entre otros, *reduce la solución del problema a una fórmula exclusiva -el preservativo- atentando así contra la libertad*, no se aleja mayormente a las críticas que permanentemente han acompañado las campañas de CONASIDA, donde diversos sectores de la sociedad intentan invisibilizar el uso del condón en pro de la pareja estable y la abstinencia sexual, no atendiendo a las estadísticas nacionales que refieren en la actualidad: la sexualidad por fuera del matrimonio, las múltiples parejas sexuales a lo largo de la vida y el inicio temprano de las y los adolescentes en la sexualidad; todos aspectos incuestionables.

Un ejemplo de lo anterior, es el Estudio Nacional de Comportamiento Sexual (Ministerio de Salud, CONASIDA 2000) que demostró que una amplia mayoría de las personas mayores de 18 años (94%), han iniciado su vida sexual, al mismo tiempo que dio cuenta que el número de parejas sexuales varía sustancialmente entre sexos. Mientras el 51.2% de las mujeres señaló haber tenido una sola pareja sexual durante su vida, sólo el 10% de los hombres manifestó esta categoría. Por otro lado, los varones que refirieron haber tenido dos o más parejas sexuales alcanzó el 85.7%, por su parte el porcentaje de mujeres llegó al 40.5%.

En lo que respecta al embarazo adolescente, la ex Ministra del SERNAM, Cecilia Pérez, señalaba en el Seminario: Promoción de la salud sexual y reproductiva en la reforma del sector salud” (Universidad de Chile, 2003), lo preocupante que resulta la comprobada relación que existe entre maternidad adolescente y pobreza. En el año 2000 el 16.2% de los embarazos correspondió a madres de este segmento etéreo, y de este grupo el 50% pertenecían a hogares ubicados en el primer quintil de ingresos y el 30% al segundo quintil, lo que implica que estamos hablando de que el 80% de los nacimientos adolescentes están bajo la línea de la pobreza. Lo que es conducente al análisis de las encuestas Nacionales de la Juventud, realizadas por el INJ (1994–2003) que muestra que si bien los sectores pobres de la sociedad han aumentado el uso del preservativo considerablemente entre estos años, aún están muy por debajo de los otros grupos socioeconómicos, y de una internalización generalizada del preservativo en la población, como lo muestra el siguiente gráfico (CONASIDA, 2004):

| GRÁFICO 2 |



Políticas Públicas en torno a las Personas que viven con VIH/SIDA

El 1° de julio de 2005 comenzó a funcionar en el país el plan AUGE (Acceso Universal con Garantías Explícitas en Salud) en el marco de la Reforma de Salud, donde desde el comienzo fue incluido el VIH/SIDA. Esto significa que en Chile toda *persona con diagnóstico positivo de VIH tendrá acceso gratuito a tratamiento según indicación médica*. Estas garantías explícitas certifican por ley que toda persona VIH positiva tiene derecho a:

- **Inicio y cambio precoz del tratamiento:** Esto significa que en no más de 7 días desde la indicación por parte del médico tratante en los casos que corresponde, la persona con diagnóstico positivo para el VIH tendrá acceso al inicio precoz del tratamiento, lo que garantiza los fármacos del esquema de primera línea. Si presenta problemas con el tratamiento, el o la paciente tendrán derecho a cambio precoz del tratamiento, en no más de 7 días desde la indicación.
- **Dentro de 7 días después de aprobación:** Los casos que no requieren inicio o cambio precoz de tratamiento, lo recibirán máximo en 7 días desde su aprobación por parte de la Subsecretaría de Salud Pública.
- **Prevención transmisión madre a hijo:** Toda mujer embarazada VIH positiva tendrá derechos a tratamientos con medicamentos para evitar la transmisión del virus del niño en gestación. La terapia se realizará a más tardar, a las 24 semanas de embarazo o después si el diagnóstico es posterior. El cambio en los tratamientos será dentro de los tres primeros días de haber sido aprobada la modificación.
- **A las 8 horas de nacer:** El recién nacido de una madre que vive con VIH/SIDA tendrá garantizado el inicio de tratamiento entre las 8 y las 12 horas de nacido (Ministerio de Salud, Superintendencia de Salud, Fonasa, 2005).

Ahora bien las indicaciones que el Ministerio de Salud realiza a las y los médicos para que se de inicio al tratamiento en VIH/SIDA, varía según la edad de las personas seropositivas y si las mujeres se encuentran embarazadas (Ministerio de Salud, 2005). En el presente cuadro se puede observar las diferencias en el manejo del tratamiento dependiendo de si se trata de personas adultas o niños/as:

| TABLA 1 |

NIÑOS/AS	ADULTOS
RESPECTO AL INICIO DE TRATAMIENTO	
<p>Todos los niños menores de 3 meses con infección VIH confirmada, salvo categorías N o A con CD4 altos y CV bajas</p> <p>Los niños de 3 meses a 3 años con manifestaciones clínicas de enfermedad (etapas B o C). En etapa B1, considerar tratamiento sólo si Carga Viral (CV) es alta</p> <p>Los niños de 3 meses a 3 años con evidencias de deterioro inmunológico (etapas 2 y 3). En etapas N2 y A2, considerar tratamiento si CV es alta y % CD4 bajo</p> <p>Los niños mayores de 3 años deben iniciar TAR si están en etapa C y/o en etapa 3 al igual que los adultos</p>	<p>18 años de edad y más</p> <p>VIH positivo/a confirmada por el Instituto de Salud Pública</p> <p>Sin uso previo de antiretrovirales</p> <p>Descartada la existencia de enfermedad oportunista activa no tratada susceptible de Síndrome Inflamatorio de Reconstitución Inmune (SIRI) grave con el inicio de la TAR</p> <p>Además es imprescindible una o más de los siguientes factores :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Antecedente de enfermedad oportunista de etapa C, con excepción de tuberculosis Pulmonar • Recuento de linfocitos CD4 menor de 200 células/ mm3 • Recuento CD4 entre 200 y 250 células/ mm3 con etapa B por Candidiasis orofaríngea, diarrea crónica, fiebre prolongada o baja de peso (menor de 10 Kgs) y/o declinación de CD4 mayor de 20 células/ mm3/ mes y/o CV > 100.000 copias/ ml.

NIÑOS/AS	ADULTOS
RESPECTO A LA CONTINUIDAD DEL TRATAMIENTO	
<p>En tratamiento antiretroviral por haber presentado criterios de inicio</p> <p>En TAR con esquema de tratamiento incluido en la Guía Clínica</p> <p>Con TAR exitosa por CV o bien aún no evaluada, sin toxicidad significativa.</p>	<p>En tratamiento antiretroviral por haber presentado criterios de inicio</p> <p>En TAR con esquema de tratamiento incluido en la Guía Clínica</p> <p>Uno o más de los siguientes factores: En TAR exitosa por CV < 400 copias/ ml y ausencia de toxicidad significativa En TAR aún no evaluada (inicio < 6 meses) y sin toxicidad significativa</p>
RESPECTO A LA CONTINUIDAD DEL TRATAMIENTO	
<p>Uno o más de los siguientes factores:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reacción adversa significativa a una o más drogas antiretrovirales • Fracaso clínico, inmunológico y/o virológico a tratamiento antiretroviral • Interferencia significativa de la TAR con la adherencia y/o la calidad de vida 	<p>Uno o más de los siguientes factores:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reacción adversa significativa a una o más drogas antiretrovirales • Fracaso virológico a tratamiento antiretroviral (más de 1 CV > 1.000 copias/ ml) • Interferencia significativa de la TAR con la adherencia y/o la calidad de vida

Fuente: MINSAL (2005) *Guía Clínica Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida. VIH/SIDA*, Santiago.

En el caso de embarazo en Chile desde 1996 funciona el “*Protocolo de Prevención de la Transmisión Vertical del VIH, ACTG 076*”, el cual se aplica a todas las mujeres embarazadas, a las cuales se les ha diagnosticado el virus. Este protocolo permite que las madres seropositivas tengan acceso gratuito a un tratamiento antirretroviral especialmente formulado para disminuir la probabilidad de adquisición del virus del niño/a en gestación durante el embarazo, además de contar con cesaría programada, entrega gratuita de sustituto de leche materna y dosis de medicamentos antirretrovirales para el/la recién nacido/a.

Este protocolo realizado de manera rigurosa permite disminuir a sólo un 2.5% (Vivo Positivo, 2004) la probabilidad de que el recién nacido contrai-

ga el virus. Los casos de nacimientos de niños y niñas VIH+ en Chile país posteriores a 1996 son atribuidos generalmente a negligencia médica, al no solicitar la realización del test de ELISA para la detección del VIH a las mujeres embarazadas (1º Encuentro de Mujeres Viviendo con VIH/SIDA, 2002).

Sin la utilización del protocolo las madres seropositivas tienen un alto porcentaje de dar a luz a un niño/a positivo; se ha estimado que durante el embarazo, existe hasta un 35% de posibilidades de transmisión, en el momento del parto este riesgo aumenta a un 65%, mientras que en el período de lactancia las probabilidades de transmitir el virus al niño/a alcanza hasta el 14% (Vivo Positivo, op. cit.).

El plan AUGE vino a ratificar este protocolo, indicando que el inicio del tratamiento debe comenzar cursando las 24 semanas de gestación o más, en caso de mujeres diagnosticadas con el virus previo el embarazo el tratamiento se dará curso independiente de la etapa clínica, el nivel de CD4 y/o de carga viral de la embarazada. En caso de que la mujer ya estuviese tomando tratamiento antirretroviral este continuará o se modificará según el riesgo de transmisión vertical. Además, el plan AUGE garantiza que la red de atención de pacientes VIH/SIDA debe estar organizada de manera de generar una derivación expedita de las personas con infección por VIH a los centros de atención terciaria para realizar el tratamiento antirretroviral y prevención, diagnóstico y tratamiento de enfermedades oportunistas en los casos que sea necesario. Por otro lado, establece que las y los pacientes que no requieren TARV deben controlarse en promedio al menos 3 veces al año en los centros de atención VIH para evaluar la evolución de su infección por VIH (Ministerio de Salud, CONASIDA et al., 2004).

Lo anterior, resulta trascendental en la búsqueda de una atención integral a las PVIH, no obstante, también es necesario proveer de información respecto a prevención primaria, secundaria y terciaria a estos pacientes, ya que la falta de conocimiento de la enfermedad y las consecuencias puede generar en las PVIH resistencia y poca adherencia a los TARV. Por esta razón, se valora sobremanera el trabajo desplegado por el área de Atención Integral de CONASIDA, quienes han realizado capacitaciones a proveedores de salud, sin embargo, creemos que además es necesario educación focalizada y personalizada para lograr una buena calidad de vida de las PVIH.

POLÍTICAS PÚBLICAS APOYADAS EN LA INTERSECTORIALIDAD

En el 2004, en el marco de la conmemoración del Día Mundial del Sida, el SERNAM y el MINSAL suscribieron un acuerdo de cooperación para trabajar los aspectos de prevención de la epidemia en la población femenina del país; así como la promoción del autocuidado en materia de sexualidad y salud sexual. Ambas instituciones se comprometieron a diseñar y ejecutar acciones conjuntas para la prevención del VIH/SIDA y las ETS en mujeres, basado en los principios de Gobierno de Descentralización, Intersectorialidad, Participación, Equidad Social y de Género (Gobierno de Chile, SERNAM, 2005). Dichas intervenciones se plasmaron en acciones preventivas de manera focalizada, entregando información de carácter gráfico distribuida en grupos naturales y organizados; y colectivas sensibilizando a través de seminarios y coloquios de representación pública. Actualmente, existen esfuerzos aunados entre el Ministerio de Salud, Ministerio de Educación y Servicio Nacional de la Mujer, quienes se han involucrado en las campañas de prevención del VIH, a partir de los lineamientos y posibilidades propias de cada estamento. Además, se han respaldado estrategias preventivas asociativas y de redes para enfrentar el virus del VIH en toda la población.

Importante es señalar que la participación de la sociedad civil y sus redes asociadas han sido crucial en la manera de enfrentar la prevención del VIH/SIDA en las mujeres. No obstante, a los esfuerzos desplegados coexiste una deuda a la equidad sexual y de género. Un ejemplo estimable es la imposibilidad de negociar el condón en las prácticas sexuales penetrativas androcéntricas, imperantes y “propias” de la sociedad chilena y latinoamericana.

6.2. ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL: ETS

Las enfermedades de transmisión sexual pueden ser causadas por bacterias, hongos o virus. En el mundo se han determinado más de 30 ETS distintas, no obstante, en Chile las más frecuentes son el virus de papiloma humano (o condiloma), la sífilis, la gonorrea y la vaginosis bacteriana.

No todas las ETS, presentan el mismo grado de gravedad, no obstante, uno de sus peligros, es que algunas de ellas no presentan síntomas, sobretodo en las mujeres y sólo son detectables mediante la realización de exámenes específicos, en otras ocasiones presentan síntomas pero leves o sin dolor, dificultando su detección. Por otro lado, algunas pueden ser transmitidas de

la madre al hijo, trayendo complicaciones al recién nacido/a. Además ciertas ETS, como la sífilis, aumentan las probabilidades de adquisición y transmisión del virus del VIH/SIDA por vía sexual, debido a la presencia de lesiones y secreciones en la piel y mucosas. Algunas ETS mal tratadas o no detectadas a tiempo pueden conllevar serios problemas a la salud (como el condiloma, la sífilis o la gonorrea), aunque la mayoría de ellas controladas en su oportunidad, no traen mayores efectos para la salud (Barriga y Guajardo, 2005).

6.2.1. ESTADO DE LA SITUACIÓN

Las ETS en nuestro país se encuentran incluidas dentro de distintas patologías definidas con el rótulo de *"notificación obligatoria"*, que consiste en informar a la Unidad de Epidemiología del Servicio de Salud correspondiente los casos clínicos humanos diagnosticados en el área pública y privada, todos se confirman con diagnóstico de laboratorio. Según el reglamento del Ministerio de Salud, la sífilis y la gonorrea son de notificación obligatoria diaria, mientras que el resto de las ETS son de notificación exclusiva de los centros centinelas; las ETS son las únicas patologías con notificación obligatoria que no exigen la identificación específica del o la afectada (con nombre, apellido, domicilio, teléfono, etc.) sino que basta con el RUT y la comuna de residencia de la persona (Ministerio de Salud, 2000). En Chile existe un registro de notificaciones en los servicios de salud de larga data, uno corresponde a la sífilis que data del año 1961 y otro a la gonorrea que se empieza a notificar en el año 1981 (Ministerio de Salud, CONASIDA, 2001).

Durante 1999 se crearon seis centros centinelas de ETS (Arica, Antofagasta, Metropolitana Norte, Metropolitano Central, Concepción y Osorno) y durante el año 2003 se incorpora un séptimo en Copiapó, los que tienen como uno de sus objetivos otorgar información distintas a la entregada por la notificación universal que existía en los servicios públicos de salud hasta ese momento. A saber, información epidemiológica que permita crear un diagnóstico más elaborado sobre los factores que intervienen en estas patologías, con el propósito de generar y elaborar estrategias preventivas y oportunas para la población, ya que las ETS se presentan como una vulnerabilidad biológica en las personas que realizan sexo sin protección –sexo con penetración y sin uso del condón-. Ante esta realidad científica era necesario dar cuenta de las notificaciones y la prevalencia epidemiológica de estas infecciones (Díaz et al., 2004).

El último informe sobre vigilancia epidemiológica de consultas en centros centinelas, reúne la información obtenida entre los años 1999 al 2003,

destaca en su contenido que el mayor número de notificaciones de ETS fueron en mujeres en un 60%, contra el 40% de ETS registrada en hombres en igual período. Esto se puede explicar por la gran cantidad de programas dirigidos a las mujeres como: *Control preconcepcional*, *Control de regulación de fecundidad*, *Control prenatal*, *Control Ginecológico* y, además, *Control de Salud Sexual* (más del 90% de las personas en este control son Trabajadoras Sexuales) y el *Control de ingreso al trabajo*, este último en ambos sexos (Ministerio de Salud, CONASIDA, 2005). Al mismo tiempo el informe señala que el grupo etario donde se concentra la información va de los 15 a los 39 años, siendo el sub-grupo más vulnerable el de los 20 a los 29 años, que concentra el 42.8% del total de todas las notificaciones, siendo consistente en ambos sexos. En lo que respecta a la ocupación en las mujeres (único con datos disponible) el número de consultas por ETS, lo concentran las dueñas de casa (37.7%) y las trabajadoras sexuales (26.1%), más atrás se encuentran las estudiantes (9.9%). El resto de las ocupaciones no representa significancia estadística. A continuación se presenta una tabla que muestra la distribución de consultas acumuladas en ETS por patologías, en ambos sexos:

| TABLA 2 |

PATOLOGÍAS	FRECUENCIA	%
Candidiasis	757	7.2
Cervicitis	51	0.5
Condiloma	2309	21.9
Gonorrea	1059	10.1
Herpes simple	352	3.3
Molusco contagioso	14	0.1
Sífilis latente	1090	10.4
Sífilis secundaria	248	2.4
Sífilis terciaria	1	0.0
Tricomoniasis	404	3.8
Ung	416	4.0
Vaginosis bacteriana	936	8.9
Otros	453	4.3
Total	8090	76.9
S/i	2435	23.1
Total	10525	100.0

Fuente: Ministerio de Salud, CONASIDA (2004)

VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICAS EN CENTROS CENTINELAS, 1999-2003

El análisis de las Patologías -registradas en el total de consultas entre los años 1999 y 2003, en ambos sexos - se presenta con mayor frecuencia al Condiloma (21.9%), seguido por Sífilis Latente (10.4%) y la Gonorrea (10.1%). No obstante, es importante aclarar que el bajo porcentaje exhibido de Cervicitis, se debe a la falta de disponibilidad de pruebas de diagnóstico de laboratorio, debido a que sólo el Servicio de Salud Osorno dispone de técnicas para Clamydias y Micoplasmas.

El problema de la disparidad de recurso (tanto humano, como monetario y de tecnologías) entre un centro centinela y otro, hace necesario que la vigilancia epidemiológica, sólo sea posible de realizar entre el mismo centro centinela, (por ejemplo entre un año u otro), no así, entre un establecimiento y otro.

LAS ETS Y LA ESTIGMATIZACIÓN SOBRE LAS TRABAJADORAS SEXUALES

El Informe Sombra de 2004 (La Morada, et. al. 2004) que tenía por objetivo analizar las violaciones a los Derechos Humanos en Chile incluyó entre sus variables el análisis de las violaciones a los Derechos Humanos en las trabajadoras sexuales. Se afirma que es el Ministerio de Salud el encargado de mantener la estadística sanitaria, respecto de las personas que ejercen el comercio sexual, existiendo alrededor de 15.700 trabajadores/as sexuales registrados/as, sin embargo, desde organizaciones de la sociedad civil, como el Sindicato de Trabajadoras Sexuales "Angela Lina", la cifra de trabajadoras sexuales no registradas en Chile superaría las 60.000. Por su parte, Carabineros de Chile, es el órgano encargado de efectuar el llamado "*control de profilaxis*" sobre las personas que ejercen el comercio sexual, que consiste en revisar si éstas poseen su carné sanitario al día (Ver capítulo Comercio Sexual). El estudio mencionado, concluyó que desde las organizaciones que agrupan a las trabajadoras sexuales se sostiene que todas las detenciones por parte de Carabineros son arbitrarias, arbitrariedad que es respaldada por una normativa legal amplia y vaga, como el Art. 495 N.º 5 del Código Penal¹⁷⁸. En efecto, incluso se realizan detenciones en casos en que no corresponde: por ejemplo, cuando las trabajadoras sexuales carecen de su credencial sanitaria o no está al día, deben ser llevadas por Carabineros al Centro de Salud más cercanos,

¹⁷⁸ El Art. 495 N.º 5, sanciona como falta a "el que públicamente ofendiere el pudor con acciones o dichos deshonrosos". Modificada por la Ley 19.927 del 2004.

con el objeto de que se les efectúe el control sanitario, sin embargo, en la práctica, estas mujeres son siempre detenidas y llevadas a las Comisarías.

Las trabajadoras sexuales sufren de constantes discriminaciones y no basta con tener el carné sanitario al día para librarse de situaciones como las antes descritas, no obstante más del 75% de las trabajadoras sexuales en nuestro país ejerce el comercio sexual sin el carné sanitario al día, según lo reveló una encuesta por www.denunciemos.cl a 367 trabajadoras de Santiago, más grave aún el 59% reconoció no conocer la existencia de dicho carné. Esta encuesta fue realizada cara a cara en los lugares de trabajo de las mujeres. Para la obtención del carné sanitario es necesario que las y los trabajadores sexuales acudan a los “Centros de Enfermedades de Transmisión Sexual” (CETS) implementado en diversos centros hospitalarios del país.

Una de las quejas referidas por las trabajadoras sexuales para la no obtención o renovación del carné, son las dificultades y periodicidad exigidos por el Ministerio de Salud para su concesión; en primer lugar, se exige un control de salud periódico, dirigido hacia aspectos relacionados con la salud sexual y reproductiva y la manutención de condiciones saludables, siendo obligatorio el llevar un registro actualizado de la historia y controles en ficha clínica y carné de control, el cuál incluye: nombre completo, n° de cédula de identidad, n° de registro interno (Servicio de Salud), fecha de controles realizados y fecha del próximo control.

En el caso de detectar alguna ETS se debe derivar a consulta de morbilidad para su manejo y tratamiento y fijar la fecha del próximo control. En el siguiente control se verifica el cumplimiento de las indicaciones. La frecuencia con que se exigen los exámenes se pasa a detallar en el siguiente cuadro (Ministerio de Salud, 2000):

| TABLA 2 |

EXAMEN	FRECUENCIA
VDRL	2 meses
Flujo directo	2 meses
VIH	6 meses
Papanicolau	6 meses

6.2.2. LEGISLACIÓN, NORMAS Y REGULACIONES

El ordenamiento legal de las ETS en Chile, se encuentra dentro del Decreto Supremo del Ministerio de Salud N° 362, aprobada el año 1983, cuya última actualización consta del 20 de febrero del 2002. En este Decreto las ETS son: la sífilis, la gonorrea, el linfogranuloma venéreo, el Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA), el chancro blando y la uretritis nongonocócica. Se establece que es el Ministerio de Salud, a través de los organismos que integran el Sistema Nacional de Servicios de Salud, el encargado de promover y organizar las acciones sanitarias tendientes a combatir y controlar la incidencia de las enfermedades de transmisión sexual, especialmente la sífilis contagiosa.

El reglamento además estipula la confidencialidad de la información en caso de ETS, donde sólo serán dados a conocer a requerimiento de la autoridad judicial; establece además, que el diagnóstico, tratamiento, control, exámenes de laboratorios y demás elementos necesarios para combatir las ETS incluidas en el decreto, es una prestación completamente gratuita en los Servicios de Salud

Cuando alguna persona con diagnóstico positivo de ETS, en período transmisible se niega a someterse al tratamiento correspondiente, el Decreto Supremo da autoridad al Director del Servicio de Salud correspondiente a obligar a la persona a ello, pudiendo incluso requerir directamente el auxilio de la fuerza pública de la Unidad de Carabineros más cercana.

Además en lo que respecta a la educación sexual y antivenérea estipula que “comprende aquellas actividades educativas destinadas a preparar a los niños, jóvenes y adultos, de ambos sexos, para que logren su madurez y desarrollo como hombre y mujer, actúen como padres responsables de la salud de su familia y de la comunidad y prevengan las enfermedades de transmisión sexual” (Ministerio de Salud, CONASIDA, 2002). No obstante, sin perjuicio de lo anterior, los establecimientos educacionales propenderán a otorgar educación sexual, la que también deberá impartirse en lugares tales como fábricas, talleres, cárceles, casas de corrección, hospitales, naves y cuarteles.

6.2.3. JURISPRUDENCIA

Como se señaló en otra sección de este informe, el caso de un trabajador de un centro deportivo y social privado fue despedido ante el rumor de su condición de PVVIH. El tribunal en primera instancia desestimó la alegación de que el empleador habría entregado o difundido información reservada

y protegida por la ley del SIDA. El juez razonó señalando que la información sobre la condición del demandado fue difundida por una colega de trabajo y que en ello no había responsabilidad del empleador¹⁷⁹.

6.2.4. POLÍTICAS PÚBLICAS

El Ministerio de Salud, es el organismo encargado desde el Estado del control, supervisión y tratamiento de las ETS, en nuestro país, para ello se han implementado los Centros de enfermedades de Transmisión sexual (CETS), los cuales son centros especializados de nivel secundario (es decir, funcionan en los hospitales), que puede operar en forma independiente o adosado a un Servicio Clínico, de preferencia Servicio de Dermatología (Ministerio de Salud, CONASIDA, op. cit.).

Las funciones de los CETS son:

- Consulta de morbilidad por Enfermedades de Transmisión Sexual: Actividad realizada por médico destinada a diagnóstico y tratamiento de patologías de acuerdo a Normas Clínicas de Manejo de ETS.
- Control de salud sexual en trabajadoras y trabajadores sexuales: Actividad realizada por matrona, enfermera o enfermera-matrona.
- Centralizar y analizar información referente a exámenes de laboratorio en ETS y casos de ETS notificados al Servicio de Salud correspondiente.
- Notificación de casos de ETS diagnosticados en el centro.
- Realizar actividades de educación y consejería individual o grupal a pacientes atendidos o en control en el centro.
- Realizar y apoyar actividades de promoción en salud sexual en la comunidad.
- Capacitación del personal de salud en temas relacionados con las ETS y las actividades de prevención y control.

¹⁷⁹ "Libui Cristian contra COFRA Ltda y Club de Polo y Equitación San Cristóbal"

- Citación de contactos de caso índice diagnosticado en el centro y casos detectados a través de exámenes de control (control de salud, banco de sangre, etc.)
- Realizar investigación clínica, epidemiológica y sociológica en temas relacionados con ETS.
- Docencia de pre y post grado de acuerdo a convenios con instituciones que, para tal efecto convenga el Servicio de Salud.

7. SEXUALIDAD DE LOS Y LAS ADOLESCENTES

En Chile se sostiene que actualmente se estaría transitando hacia un modelo de sexualidad activa, versus un modelo anterior caracterizado como pasivo (Centro de Análisis de Políticas Públicas Universidad de Chile, 2000). Los cambios culturales dados en nuestra sociedad se filtran en las opiniones, comportamientos y subjetividades de los adolescentes. Se registra una creciente libertad en las relaciones de las mujeres, conjunto a una clara separación entre la sexualidad y el matrimonio. Dentro de este contexto, el comienzo en la sexualidad en los y las adolescentes consiste en una progresiva y constante búsqueda que se vive en el cuerpo, las emociones y las relaciones con los demás. Las sexualidades y subjetividades han sido cruzadas por factores de diversa índole y que de alguna u otra manera se vinculan con cambios a nivel económico y sociocultural. Las búsquedas de los y las adolescentes implican grandes desafíos que no sólo apelan a los sujetos que las viven, sino que también, instalan temáticas en la agenda pública como lo son el embarazo, la maternidad y paternidad, el VIH/SIDA y ETS, las orientaciones sexuales y las consideraciones que se están haciendo de ellas al interior de los sistemas de salud y educación.

Los adolescentes han salido a las calles no sólo a reivindicar sus derechos en el ámbito de la educación, sino que han instalado también problemas sociales ante los que la política pública y la legislación de manera más o menos articulada han debido afrontar. Todo esto en el marco de uno de los grandes hitos en el ámbito legislativo nacional, que fue la suscripción de la Convención de los Derechos del Niño en 1990.

7.1 ESTADO DE LA SITUACIÓN

La Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (MIDEPLAN, 2003), establece que la población menor de 18 años ha disminuido. En los 90 disminuyó desde un 34,5% a un 32,6% en el 2000. Este descenso se agudizó, llegando en 2003 a un 31,0% de la población total. Esta disminución se aprecia en un sector de la población comprendido entre los 0 y 5 años de edad, el cual representaba al 12,2% de la población del país en el año 1990 y en el año 2003 sólo a un 9,1%. Por su parte, el grupo de adolescentes de 13 a 17 años mantiene una proporción que no presenta mayores variaciones pues mantiene un porcentaje más o menos estable que va de 9,3% en el año 1990 y 9,4% en el año 2003.

Gran parte de los niños, niñas y adolescentes habita en las zonas urbanas del país, siendo la población rural de un 13,6% en el año 2003. En los quintiles con menores ingresos se encuentra el mayor porcentaje de niños, niñas y adolescentes. El 42,1% de la población del primer quintil y el 34,9% de la población del segundo quintil son niños, niñas y adolescentes. Mientras que a medida que se incrementan los ingresos de los hogares aumenta la proporción de población mayor de 18 años. En el cuarto quintil de ingreso el 75,7% de la población es mayor de 18 años. En el quinto quintil, es decir en los hogares de mayores ingresos esta cifra asciende a 78,7%.

En la mayoría de los hogares del país (62,3%) viven niños, niñas y/o adolescentes. El 37,7% de los hogares se encuentra constituido sólo por población mayor de 18 años. En los últimos años se evidencia una disminución de los hogares con población menor de 18 años. De un 67,9% de hogares en los cuales vivían niños en el año 1990 a un 62,3% en el 2003, lo que revela un envejecimiento de la población y una menor tasa de natalidad.

Cabe destacar que la disminución de los hogares con niños, niñas y adolescentes se ha profundizado en el último período. Es así como en el transcurso de los últimos tres años, los hogares con niños disminuyeron desde 65,0% a 62,3% de los hogares del país. La incidencia de la pobreza en niños, niñas y adolescentes disminuyó a la mitad entre 1990 y 2003, de un 50,7% de la población menor de 18 años que vivía en esta condición en el año 1990, a un 26,9% en el año 2003. Así también entre los años 2000 y 2003 la incidencia de la indigencia en la población infantil y adolescente disminuyó de 8,5% a 7,3% y la incidencia de la pobreza no indigente disminuyó de 20,6% a 19,6% en los menores de 18 años.

Según la Encuesta CASEN la proporción de hogares en situación de pobreza es muy superior en los hogares donde viven niños, niñas y adolescentes. En el 2003, el 21,4% de estos hogares se encuentra en situación de pobreza. En los hogares donde no habita población menor de 18 años esta proporción llega a 5,1%.

Con relación a la educación entre los años 1990 y 2003 se ha incrementado sostenidamente la cobertura de la educación parvularia, el aumento ha sido de 14,2 puntos porcentuales en estos últimos 13 años. Entre el año 2000 y el 2003 la cobertura creció de 32,4% a 35,1%. En el período que va entre los años 1990 y 2003 se ha incrementado sostenidamente la cobertura de la enseñanza básica. Entre el año 2000 y el 2003 esta tendencia se mantiene y la cobertura crece desde 98,6% a 99,1%. Entre 1990 y 2003 se incrementó sostenidamente la cobertura de la enseñanza media, el aumento en estos años fue de 12,3 puntos. Entre los años 2000 y 2003 este indicador creció de 90,0% a 92,6%.

Respecto a la atención en salud, al igual que la población mayor de 18 años, los niños, niñas y adolescentes se atienden mayoritariamente, un 75,65%, en el sistema público de salud, siendo levemente mayor su adscripción que la del resto de la población. Un bajo porcentaje, solo un 31,8% de los niños, niñas y adolescentes entre los 12 y los 17 años de edad declaran participar en organizaciones el año 2003, proporción superior a la presentada por los mayores de 18 años.

Con relación a la participación de los niños, niñas y adolescentes, sus actividades serían variadas e incluyen diversos ámbitos de acción. Quienes participan de alguna organización lo hacen principalmente en grupos religiosos o de iglesia (38,6%) y en clubes deportivos y recreativos (34,9%). Asimismo los grupos de juegos, hobby o pasatiempos, así como las agrupaciones culturales o de creación artística atraen a un importante grupo de la población entre 12 y 18 años de edad, con un 9,4% y 6,4 % de participación en ellas respectivamente.

En lo que concierne a los comportamientos sexuales de los y las adolescentes, la mayor parte de los jóvenes tienen su primera relación sexual entre los 15 y 18 años de edad (62,6%). Los hombres inician antes en promedio su relación sexual que las mujeres, sin embargo, al comparar los datos entre el período 1994-2000, se observa una tendencia a la homologación, observándose un leve retraso en el inicio de la actividad sexual de los hombres y un leve adelanto en las mujeres. Las relaciones sexuales mayoritariamente son con la pareja

habitual, sin embargo, en los grupos de menor edad aumenta la frecuencia de las relaciones en un encuentro ocasional (10.3%). Si se compara los datos de encuestas anteriores, ha habido un aumento tanto de hombres como de mujeres que sostuvieron su última relación sexual con una persona distinta a su pareja habitual, siendo esto más significativo en las mujeres.

Entre los aspectos que recogió el Estudio Nacional de Comportamiento Sexual (Ministerio de Salud-CONASIDA y Agence Nationale de Recherches sur le SIDA, 2000) se encuentran datos respecto de la sexualidad de los adolescentes. Se sugiere en dicho estudio, la presencia de prácticas eróticas entre los sujetos jóvenes distintas de las coitales y que parecen antecederlas. Del segmento de jóvenes que declara no haber iniciado prácticas sexuales –que alcanza a 21.4% para el tramo de 18 a 24 años-, un número aproximado a la mitad (9.9%) realiza o ha participado de caricias íntimas, en tanto un 11.5% no se ha involucrado en tales prácticas.

| TABLA 1 |

CARICIAS ÍNTIMAS EN PERSONAS NO INICIADAS SEXUALMENTE SEGÚN GRUPO ETÁREO				
% PONDERADO	GRUPO ETÁREO 18-24 AÑOS	GRUPO ETÁREO 25-44 AÑOS	GRUPO ETÁREO 45-69 AÑOS	TOTAL
Caricia				
Estadio Iniciación				
N/Inic Sin Caricias Intimas	11.5%	1.8%	1.7%	3.7%
N/Inic Con Caricias Intimas	9.9%	1.2%	0.1%	2.6%
Iniciados Sexualmente	78.6%	96.9%	98.2%	93.7%
Total	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Fuente: Estudio Nacional Comportamiento Sexual en Chile, CONASIDA, 2000

Respecto de la iniciación sexual de los y las adolescentes, la edad de inicio de las relaciones sexuales entre esta población indica que en Chile, la edad de inicio va en una clara tendencia al descenso. En 1994, un 33% de las y los adolescentes de 15 y los 19 años refería haber tenido su primera relación sexual. En 1997, esta cifra se elevaba al 35% y en el año 2000 al 42%. Las y los adolescentes menores de 15 años son las que muestran mayores diferencias por nivel socioeconómico, mientras en el nivel bajo el 18% refiere haberse iniciado, en el nivel medio es el 13% y en el alto solo el 5%. Entre los 15 y los 19 años, en cambio, es en el nivel medio la mayor proporción (64%), seguido por el nivel bajo (61%) y el alto el (54%) El 23%

de los y las adolescentes sexualmente activos refieren haber utilizado condón en su última relación sexual y el 41% de éstas/os refiere haber tenido más de una pareja sexual 1.7 por cada 1.000 niñas menores de 15 años presenta un embarazo y 65.4 de cada 1.000 adolescentes de 15 a 19 años.

La tendencia a un más temprano inicio en las relaciones sexuales, resulta especialmente marcada en la población femenina. Donde la edad mediana de iniciación sexual del rango 18-19 años y el rango 65-69 años se observa una diferencia de 1.9 años, en tanto que en la población masculina alcanza sólo a 1.0 año. Todo esto, en el marco que estos cambios se han producido en un período inferior a cuatro décadas.

Por otra parte, y también respecto de la actividad sexual de la población adolescente, la **Segunda Encuesta Nacional de Juventud** (1997) realizada por el INJUV indica que al término de la etapa adolescente se encuentra sexualmente activo un 65.5% de la población masculina y un 59.4% de la población femenina. También se muestra un aumento progresivo del número de adolescentes que participa de relaciones sexuales a medida que aumenta la edad y que es diferencial en hombres y mujeres. Los varones por una parte, en los primeros años -15 a 17 años- presenta un avance gradual y genera una gran brecha entre los 17 y 18 años (de 38,4% pasa a 62,2%). Por su parte, las mujeres, muestran un avance más lento entre las edades tempranas, vale decir, que entre los 15 y 16 años no presenta mayores modificaciones, mientras que entre los 16 y 17 años se duplica de 11,6% pasa a 26,0% y entre los 17 y 18 años, sucede un fenómeno congruente al de los hombres, se pasa de 26,0% a 56%.

Relaciones Sexuales según Edad para grupos de entre 15 a 19 años

| TABLA 2 |

años	HOMBRE				MUJER			
	SÍ	No	TOTAL	N	SÍ	No	TOTAL	N
15	19,3	80,7	100,0	140	12,2	87,8	100,0	98
16	27,3	72,7	100,0	121	11,6	88,4	100,0	138
17	38,4	61,6	100,0	125	26,0	74,0	100,0	154
18	62,2	37,8	100,0	82	56,0	44,0	100,0	100
19	65,5	34,5	100,0	87	59,4	40,6	100,0	101

Fuente: Segunda Encuesta Nacional de Juventud, 1997.

Según el estudio realizado por CONASIDA, se puede observar que la población femenina presenta una incorporación en general más tardía a la sexualidad activa, ya que mientras los hombres ya en el rango de 20-24 años alcanzan cifras superiores a 90%, las mujeres lo hacen recién en el rango de edad de 25-29 años.

Iniciación de relaciones sexuales según grandes grupos de edad

| TABLA 3 |

GRUPO ETÁREO	HOMBRE			MUJER		
	INICIADO	Nº INICIADO	TOTAL	INICIADO	Nº INICIADO	TOTAL
18-19	73,9	26,1	100,0	54,0	46,0	100,0
20-24	90,8	9,2	100,0	77,6	22,4	100,0
25-29	96,4	3,6	100,0	92,3	7,7	100,0
30-34	97,6	2,4	100,0	96,9	3,1	100,0
35-39	98,4	1,6	100,0	96,9	3,1	100,0
40-44	99,7	0,3	100,0	97,6	2,4	100,0
45-49	99,3	0,7	100,0	98,3	1,7	100,0
50-54	99,7	0,3	100,0	95,3	4,7	100,0
55-59	99,4	0,6	100,0	98,7	1,3	100,0
60-64	100		100,0	98,5	1,5	100,0
65-69	98,6	1,4	100,0	93,2	6,8	100,0
Total	95,8	4,2	100,0	91,7	6,3	98,0

Fuente: Estudio Nacional Comportamiento Sexual en Chile, CONASIDA (2000)

No obstante, en la exploración de los sentidos que existen detrás de la iniciación sexual de los y las adolescentes, el *Estudio de Comportamiento Sexual* señala que existe relación con una mayor estimación relativa del amor y de la atracción. Simultáneamente, se da una importante reducción en la relevancia del matrimonio y una creciente valoración de las amistades. De esta manera se expresa que en la categoría “amor” existen más de 20 puntos porcentuales de diferencia entre los rangos de edad 18-19 y 60-69, mientras que la población masculina alcanza sólo 9 puntos. Por otra parte, la categoría “atracción” aparece más de 15 puntos porcentuales más alta en el rango de edad 18-19 que en el de 60-69 años; en el caso de la población masculina, la diferencia es de sólo 10 puntos. La categoría “casamiento” reduce su importancia relativa en las mujeres, pasando desde 43.3% en el rango 60-69 años a 0% en el 18-19

años; mientras que en los hombres, se reduce desde 4.9% a 0% en rangos similares. Por su parte, la categoría “*curiosidad*” se incrementa notablemente en la población femenina (desde 5.1% en el rango 60-69 años a 20.2% en el rango 18-19 años), a la vez que se reduce en la población masculina (desde 39.0% a 26.8%, respectivamente). La categoría vinculada a la inducción de amigos aparece relevante sólo en el caso de la población masculina, observándose un descenso importante en su frecuencia (de 5.1% en el rango 60-69 años a 0% en el rango 18-19 años).

El Centro de Análisis de Políticas Públicas Universidad de Chile, sostiene que la incorporación de las relaciones sexuales (excluyendo la *fellatio* y el *cunnilingus*), por parte de los/as adolescentes expresadas en distintas versiones de relaciones de parejas no conyugales, ha cambiado las formas en las que se estaría representando la virginidad las mujeres. Por otra parte, y desde un punto de vista analítico, se indica que el comienzo más temprano en la sexualidad activa implica una separación de las primeras relaciones sexuales respecto de la conyugalidad. Esto no significaría que las relaciones se den fuera de contextos de relación, sino que lo que se ha modificado son las maneras en las que las relaciones se asumen.

Según la Cuarta Encuesta Nacional de Juventud del 2003 elaborada por el INJUV (cuya muestra fue en el intervalo de 15 a 29 años), sus resultados generales dan cuenta de una juventud profundamente heterogénea. Plantean a partir de ello, el hablar de juventudes diferenciadas en términos de conducta, percepciones, estilos de vida y aspiraciones de acuerdo al género, edad, zona de residencia, clase social y particularmente, subcultura.

Según el documento, son dos los temas prioritarios para los jóvenes, por un lado, su espacio familiar y por otro, la construcción de su propio futuro. Al preguntarles *¿qué es lo más importante para ser feliz en la vida?*, el 34% declara “tener una buena familia o pareja” y el 31,1% menciona “desarrollarse como persona”.

Respecto a la pregunta sobre *¿qué es la juventud para ti?*, las dos respuestas más escogidas hacen referencia a la acumulación de experiencias para el futuro (tomar decisiones y aprender cosas). En el terreno de la sexualidad los jóvenes demuestran una importante coherencia entre sus creencias y prácticas. Respecto a la principal razón que legitima el tener relaciones sexuales es el “deseo de tenerlas y en segundo lugar el amor”. Según el análisis de la encuesta predominan razones más asociadas a las emociones que a los compromisos. Pero existen diferencias de género. Para los hombres el deseo de ambos es la principal razón para involucrar-

se en relaciones (61,5%), para el caso de las mujeres la principal razón para tener relaciones sexuales sigue siendo el amor (45,6%).

La mayor parte de los/as jóvenes encuestados/as ha tenido relaciones sexuales (73,4%). Siendo un 33,1% entre 15 y 18 años (casi un tercio) y un 82,0% entre los 19 a 24 años, mientras que para los tramos de edad 25 a 29 años alcanza a un 96,2%. De los jóvenes que han tenido relaciones sexuales un 31,6% inició su vida sexual a los 15 años o antes.

El 6% de mujeres jóvenes entre 15 y 17 años han tenido hijos, así como el 22,1% de las jóvenes entre 18 y 20 años. Las mujeres entre 15 y 20 años que tienen hijos muestran serios problemas de integración: un 80,4% de ellas no está estudiando actualmente, siendo que al 96,1% le gustaría volver a estudiar. El 64,8% de estas jóvenes que no estudian manifiestan que la razón por la que no estudian es por cuidar a su hijo. Sólo un 20,3% de ellas trabaja, y la principal razón para no buscar trabajo es no tener con quién dejar a sus hijos (56,7%).

Una de las grandes deudas en la investigación en el ámbito de la sexualidad de los adolescentes, son las prácticas en sexualidad. Sobre todo, y como lo señala el Centro de la Universidad de Chile, no se han logrado vincular las prácticas sexuales y las formas en las que está involucrado el riesgo. Tampoco se han explorado las diversas formas en las que los adolescentes están vivenciando y experimentando su sexualidad, vale decir, cómo han elaborado las formas en las que han incorporado o no los cambios socioculturales y económicos que se han sucedido en Chile en las últimas décadas. Es así como la orientación sexual en los y las adolescentes ha sido un tema que ha quedado relegado a favor de los temas de embarazo adolescente, que claramente se han constituido en un problema social.

EMBARAZO ADOLESCENTE

El embarazo adolescente presenta una diversidad de situaciones, correspondientes a las variaciones geográficas y los estratos socioeconómicos. La fecundidad de la población adolescente, tiende a ser mayor en áreas con mayor ruralidad, pobreza y de menor cobertura en salud (SERNAM, 2003).

Un número creciente de adolescentes son madres antes de los veinte años e inclusive antes de los 15. Los nacimientos de madres de hasta 14 años aumentaron de 742 nacidos vivos en 1990 a 1162 en el año 2001, llegando a un 2,9% de los nacimientos.

Las tasas de fecundidad de las menores de 20 años disminuyó en el rango de edad entre los 18 y 19 años, pero aumentó en las menores de 15, las de 16 y 17 años. Según la CASEN del año 2000 indica que las madres menores de 20 años corresponden en un 42.3% al primer quintil y en un 24.2% al segundo.

En ese mismo sentido se registra un aumento en los nacimientos fuera del matrimonio. De 1980 a 1998 los nacimientos en mujeres menores de 21 años aumentaron de un 43% a un 77%. Período también, en el que las menores de 15 años habrían aumentado el número de nacimientos desde un 66.6% a un 95%. Señala también, que el porcentaje de madres solteras habría aumentado de un 52% a un 54% entre los años 2002-2003. Las madres menores de 20 años habrían aumentado de un 87% a un 90%.

Las madres adolescentes en un 74% se concentran en los dos primeros quintiles de menores recursos. Durante el año 2001 ocurrieron 39.884 nacimientos en mujeres menores de 20 años, siendo un 36.8% correspondientes a la Región Metropolitana.

Se delinea un perfil de madres adolescentes pobres, alejadas a los servicios de salud y de información pertinente en este ámbito. Se agrega a esto, las dificultades en continuar con los proyectos de vida vinculado a la educación. Pese a que desde ese espacio se realizan esfuerzos por mantener a las madres en el sistema escolar, también es cierto que muchas de ellas se alejan del sistema para poder generar condiciones de vida dignas para ellas y sus hijos/as.

7.2. LEGISLACIÓN, NORMAS Y REGLAMENTOS

El sistema de justicia relativo a menores vigente en el país es extraordinariamente complejo. En él, intervienen múltiples variables y formas de concebir no solo la legalidad, sino también al sujeto adolescente. No obstante, hay claridad respecto que es un tema que requiere de un abordaje interdisciplinario.

Sin duda el hecho más relevante del desarrollo legislativo nacional en el ámbito jurídico respecto de la infancia es la aprobación de la Convención Internacional de los Derechos del Niño (CDN), que constituye un cuerpo jurídico vinculante que consagra los derechos del niño, regulando integralmente las relaciones del niño con la familia, la sociedad y el Estado.

La CDN se ha transformado así en el eje central de un nuevo sistema, ya que Chile la aprobó y por tanto se comprometió a incluirla dentro de su marco legislativo. La Convención plantea un cambio sustantivo a objeto de moderar y hacer más eficaz la legislación sobre la infancia.

CONVENIONES Y ACUERDOS INTERNACIONALES

Chile ha suscrito distintas convenciones y acuerdos internacionales que han sido el marco de referencia mayor ante las diferentes modificaciones que se han establecido en las leyes y regulaciones en torno a la infancia y la adolescencia. Sin duda, la Convención de los Derechos del Niño y de la Niña (CDN), constituye el instrumento internacional de mayor referencia en este documento.

Destacan en orden cronológico de suscripción:

1. 1979: Convención para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer¹⁸⁰,
2. 1989: Convención sobre los Derechos del Niño y la Niña¹⁸¹.
3. 1994: Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer.¹⁸²
4. 1994: Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de El Cairo
5. 1998: Estatuto de Roma.

Todas estas convenciones han sido suscritas por el Estado chileno, que además las ha ratificado, lo que implica que éstas pasen a formar parte de la legislación nacional. Solo el Estatuto de Roma no ha sido ratificado por el Gobierno de Chile.

¹⁸⁰ Ministerio de Relaciones Exteriores, Decreto N° 789 Promulga la Convención para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer (CEDAW). Fecha de Publicación 9.12.2006.

¹⁸¹ Ministerio de Relaciones Exteriores, DTO-830 Promulga convención sobre los derechos del niño. Fecha de Publicación: 27.09.1990.

¹⁸² Ministerio de Relaciones Exteriores, Decreto N° 789 Promulga la Convención para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer (CEDAW). Fecha de Publicación 9.12.2006.

Convención por la eliminación de todas las formas de discriminación hacia la mujer, CEDAW.

Suscrita por la ONU en 1979 y ratificada por Chile en el año 1989, se erige como una de las herramientas fundamentales para la defensa de los derechos de las mujeres. Consiste en un preámbulo de 30 artículos, que definen qué constituye discriminación en contra de la mujer, además de instalar una agenda para acciones nacionales para poner fin a tales formas de discriminación. La convención, define la discriminación en su artículo n° 1, como “toda distinción, exclusión o restricción basada en el sexo (...) En las esferas política, económica, social, cultural y civil o en cualquier otra esfera”; y afirma positivamente el principio de igualdad, ya que pide a los Estados Partes que tomen “todas las medidas apropiadas, incluso de carácter legislativo, para asegurar el pleno desarrollo y adelanto de la mujer, con el objeto de garantizarle el ejercicio y el goce de los derechos humanos y las libertades fundamentales en igualdad de condiciones con el hombre” (artículo 3).”

Pese a que todos los artículos tienen relevancia a la hora de asociar los derechos de las mujeres, aquellos que más destacan son en relación con la situación de las mujeres jóvenes. Su Artículo 3, se centra en las esferas política, social, económica y cultural, de modo que se tomen todas las medidas incluyendo las de carácter legislativo, para asegurar el pleno desarrollo y adelanto de la mujer, para que queden garantizados tanto el ejercicio, como el goce de los derechos humanos y las libertades fundamentales en igualdad de condiciones con el hombre. El Artículo 5, sostiene que los Estados partes se comprometen a establecer medidas que tiendan a “Modificar los patrones socioculturales de conducta de hombres y mujeres, con miras a alcanzar la eliminación de los prejuicios y las prácticas consuetudinarias y de cualquier otra índole que estén basados en la idea de la inferioridad o superioridad de cualquiera de los sexos o en funciones estereotipadas de hombres y mujeres” y a la garantía de “que la educación familiar incluya una comprensión adecuada de la maternidad como función social y el reconocimiento de la responsabilidad común de hombres y mujeres en cuanto a la educación y al desarrollo de sus hijos, en la inteligencia de que el interés de los hijos constituirá la consideración primordial en todos los casos.”

En su III parte, se establecen los aspectos vinculados con la educación, tratando de alcanzar iguales condiciones entre hombres y mujeres. El artículo 10 plantea que:

Los Estados Partes adoptarán todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer, a fin de asegurarle la igualdad de derechos con el hombre en la esfera de la educación y en particular para asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres:

a) Las mismas condiciones de orientación en materia de carreras y capacitación profesional, acceso a los estudios y obtención de diplomas en las instituciones de enseñanza de todas las categorías, tanto en zonas rurales como urbanas; esta igualdad deberá asegurarse en la enseñanza preescolar, general, técnica, profesional y técnica superior, así como en todos los tipos de capacitación profesional;

b) Acceso a los mismos programas de estudios, a los mismos exámenes, a personal docente del mismo nivel profesional y a locales y equipos escolares de la misma calidad;

c) La eliminación de todo concepto estereotipado de los papeles masculino y femenino en todos los niveles y en todas las formas de enseñanza, mediante el estímulo de la educación mixta y de otros tipos de educación que contribuyan a lograr este objetivo y, en particular, mediante la modificación de los libros y programas escolares y la adaptación de los métodos de enseñanza;

d) Las mismas oportunidades para la obtención de becas y otras subvenciones para cursar estudios;

e) Las mismas oportunidades de acceso a los programas de educación permanente, incluidos los programas de alfabetización funcional y de adultos, con miras en particular a reducir lo antes posible toda diferencia de conocimientos que exista entre hombres y mujeres;

f) La reducción de la tasa de abandono femenino de los estudios y la organización de programas para aquellas jóvenes y mujeres que hayan dejado los estudios prematuramente;

g) Las mismas oportunidades para participar activamente en el deporte y la educación física;

h) Acceso al material informativo específico que contribuya a asegurar la salud y el bienestar de la familia, incluida la información y el asesoramiento sobre planificación de la familia.

Por su parte, el Artículo 12 plantea elementos relativos a la salud de las mujeres, entre las que se considera la salud de las adolescentes. De esta forma, los Estados Partes deberán adoptar medidas apropiadas para erradicar la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica con el fin de asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, el acceso a servicios de atención médica, inclusive los que se refieren a la planificación de la familia. Asimismo, los Estados Partes garantizarán a la mujer servicios apropiados en relación con el embarazo, el parto y el período posterior al parto, proporcionando servicios gratuitos cuando fuere necesario, y le asegurarán una nutrición adecuada durante el embarazo y la lactancia.

LA CONVENCIÓN DE LOS DERECHOS DEL NIÑO.

En 1989, las Naciones Unidas describieron los derechos que corresponden a todos los niños y las niñas, derechos que se extendían más allá del lugar de nacimiento o de sus progenitores, de su género, religión u origen social, llegando a alcanzar la universalidad, vale decir, a *todos* los niños de *todo el mundo*. Ha sido ratificada por 191 países. Es el primer instrumento internacional jurídicamente vinculante, vale decir, que compromete a los estados que suscriben a ella, a generar acciones concretas en pro del resguardo de los derechos de niños y niñas. La Convención incorpora toda la gama completa de derechos humanos: derechos civiles y políticos así como derechos económicos, sociales y culturales.

El gobierno de Chile suscribió y ratificó la Convención en agosto de 1990 y se incorpora al ordenamiento jurídico nacional como un documento superior a la ley, entregando a los y las adolescentes un marco jurídico de alto rango para la protección de sus derechos humanos. Se compone de normas y obligaciones aceptadas por los gobiernos que la suscriben, y no representan ningún aspecto a negociar. Estipula los derechos humanos básicos de los que deben disfrutar los niños en todas partes, sin discriminación alguna: el derecho a la supervivencia; al desarrollo pleno; a la protección contra las influencias peligrosas, contra el maltrato y la explotación; y a la plena participación en la vida familiar, cultural y social.

La CDN estipula en 41 artículos los derechos humanos de todos los niños y niñas menores de 18 años que se deben respetar y proteger, y exige que éstos se apliquen a la luz de los principios rectores de la Convención. La Convención define a los niños y las niñas como *seres humanos menores de 18 años, a menos que las leyes nacionales pertinentes reconozcan antes la mayo-*

ría de edad (artículo 1). La Convención hace hincapié en que los Estados que decreten antes la mayoría de edad para un propósito concreto, deben hacerlo en el contexto de los principios rectores de la Convención, que son la no discriminación (artículo 2), el interés superior del niño (artículo 3), la supervivencia y el desarrollo en la máxima medida posible (artículo 6) y la participación de los niños (artículo 12). Al presentar los informes ante el Comité de los Derechos del Niño, los Estados Partes deben indicar si su legislación nacional es distinta de la Convención con relación a la definición de la edad del niño.

En Chile, la Fundación de la Familia reconoce la CDN como el “Instrumento internacional que protege y promueve los derechos de niños, niñas y adolescentes. Fue adoptada por la Asamblea General de Naciones Unidas en noviembre de 1989, representando el nuevo marco normativo y jurídico de protección a la infancia. Los Estados Partes se comprometen a poner en marcha acciones que aseguren a los niños/as el ejercicio de sus derechos y favorezcan su desarrollo integral” (Fundación de la Familia, Ministerio de Justicia, 2004).

No obstante, el traslado de dicho marco a un plano jurídico se ha visto dificultado por diversos factores y por lo tanto, no se ha podido traducir en una total acomodación. De hecho, se señala que “la Constitución Política no garantiza los derechos de los/las niños/as, adolescentes ni jóvenes y tampoco se ha adoptado una legislación integral sobre adolescencia, como la que existe en otros países de la región”¹⁸³ (Maturana, 2004: 62). Esta situación se vería agravada por el no reconocimiento legal de los y las adolescentes y de sus derechos, sobretodos aquellos que se vinculan con el acceso a información, educación y servicios de salud sexual y reproductiva.

Uno de los esfuerzos más significativos por integrar las disposiciones de la CDN a todo el aparato estatal chileno, fue la proclamación, en el año 2001 de la **“Política Nacional y el Plan de Acción Integrado a favor de la Infancia y la Adolescencia 2001-2010”**. Tanto la política como el plan, responden al desafío fundamental de contar con recursos y estrategias dirigidas hacia los niños, niñas y adolescentes, que logre recoger los principios y derechos reconocidos y consagrados en la CDN.

¹⁸³ Maturana, C. (2004) Derechos Sexuales y Reproductivos en Chile a diez años de El Cairo. Atenea. El monitoreo como prácticas ciudadana de las mujeres. Monitoreo del Programa de Acción del CIPD '94. Foro-Red de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos, Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y el Caribe, Santiago, Chile.

Los artículos 24 y 28 de la CDN tratan de manera específica los temas de salud y educación respectivamente. El primero de ellos señala "1. Los Estados Partes reconocen el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud y a servicios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud. Los Estados Partes se esforzarán por asegurar que ningún niño sea privado de su derecho al disfrute de esos servicios sanitarios. 2. Los Estados Partes asegurarán la plena aplicación de este derecho y, en particular, adoptarán las medidas apropiadas para: a) Reducir la mortalidad infantil y en la niñez; b) Asegurar la prestación de la asistencia médica y la atención sanitaria que sean necesarias a todos los niños, haciendo hincapié en el desarrollo de la atención primaria de salud"¹⁸⁴

CONVENCIÓN INTERAMERICANA PARA PREVENIR, SANCIONAR Y ERRADICAR LA VIOLENCIA CONTRA LA MUJER

Adoptada por la Asamblea General de la Organización de los Estados Americanos, del día 9 de junio de 1994, y ratificada por Chile en el año 1998, en su Artículo 1, establece su definición sobre la violencia contra la mujer: "cualquier acción o conducta, basada en su género, que cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a la mujer, tanto en el ámbito público como en el privado." En su Artículo 2º, define la violencia física, sexual y psicológica contra la mujer: "que tenga lugar dentro de la familia o unidad doméstica o en cualquier otra relación interpersonal, ya sea que el agresor comparta o haya compartido el mismo domicilio que la mujer, y que comprende, entre otros, violación, maltrato y abuso sexual [...] que tenga lugar en la comunidad y sea perpetrada por cualquier persona y que comprende, entre otros, violación, abuso sexual, tortura, trata de personas, prostitución forzada, secuestro y acoso sexual en el lugar de trabajo, así como en instituciones educativas, establecimientos de salud o cualquier otro lugar [...] que sea perpetrada o tolerada por el Estado o sus agentes, dondequiera que ocurra"

CONFERENCIA INTERNACIONAL SOBRE POBLACIÓN Y DESARROLLO DE EL CAIRO, 1994

En dicha instancia, se respaldó una nueva estrategia que pone énfasis en las relaciones que existen entre la población y el desarrollo, centrándose en la atención y satisfacción de las necesidades de hombres y mujeres particulares más que en el

¹⁸⁴ Ministerio de Relaciones Exteriores, DTO-830 Promulga convención sobre los derechos del niño. Fecha de Publicación: 27.09.1990.

logro de objetivos demográficos. En el Programa de Acción se incluyeron también, objetivos vinculados con la educación, en especial la de las niñas. Asimismo, se abordan cuestiones relacionadas con la población, el medio ambiente y las modalidades de consumo; la familia; la migración interna e internacional; la prevención y la lucha contra la pandemia del VIH/SIDA; la información, la educación y la comunicación, la tecnología, la investigación y el desarrollo.

Con relación a la *salud reproductiva y sexual en la adolescencia*, en particular los embarazos no deseados, el aborto en malas condiciones (según la definición de la Organización Mundial de la Salud) y las enfermedades de transmisión sexual, incluido el VIH/SIDA, la conferencia aborda estos temas a través del fomento de una conducta reproductiva y sexual responsable y sana, y no se deja fuera la abstinencia voluntaria. Además se indica la importancia de la prestación de los servicios y la orientación adecuados para ese grupo etario. Por otra parte, se intenta reducir de manera importante los embarazos de adolescentes. En el texto se subraya la importancia que tiene, el que los países aseguren programas y actitudes de parte de los proveedores de servicios de salud, y que no se limiten el acceso de los adolescentes a los servicios apropiados y a la información que necesitan.

Los servicios idealmente, deben salvaguardar los derechos de los adolescentes a la intimidad, la confidencialidad, el respeto y el consentimiento basado en una información correcta, y respetando los valores culturales y las creencias religiosas, así como derechos, deberes y responsabilidades de los padres. Los países conforme con la asistencia de la comunidad internacional, deberían entregar protección y promover los derechos de los adolescentes a la educación, la información y la asistencia en materia de salud reproductiva, y reducir de manera significativa el número de embarazos entre las adolescentes. Se sugiere y llama a los gobiernos a lograr estos objetivos con la ayuda de las ONG's.

ESTATUTO DE ROMA

Es el instrumento constitutivo de la Corte Penal Internacional (Naciones Unidas, 1998). Fue adoptado en la ciudad de Roma, Italia, el 17 de julio de 1998, durante la Conferencia Diplomática de plenipotenciarios de las Naciones Unidas sobre el establecimiento de una Corte Penal Internacional¹⁸⁵.

¹⁸⁵ La Corte Penal Internacional (llamada en ocasiones Tribunal Penal Internacional) es un tribunal de justicia internacional permanente cuya misión es juzgar a las personas que han cometido crímenes de genocidio, de guerra y de lesa humanidad como la esclavitud, el apartheid, el exterminio, los asesinatos, las desapariciones forzadas, las torturas, los secuestros y la agresión, entre otros. Tiene su sede en La Haya, Holanda.

MARCO LEGAL CHILENO

Se incluyen en este apartado aquellas leyes, normativas, ordenanzas y finalmente, proyectos de ley que están vinculados con el ejercicio de derechos de los y las adolescentes en los diferentes planos vinculados a su sexualidad.

ÁMBITO PENAL

Una primera Ley que es necesario registrar, es la **Ley 18681 que "Crea el Servicio Nacional de Menores y fija el texto de su Ley Orgánica"**¹⁸⁶, SENAME, que lo establece como un organismo dependiente del Ministerio de Justicia encargado de ejecutar las acciones tendientes a asistir o proteger a los menores, además de la coordinación de las actividades que realizan las instituciones que colaboran en su accionar.

En *Un Chile apropiado para los niños* el SENAME (2004) plantea que la situación legislativa actual vinculada a los menores está basada fundamentalmente en la **Ley de Menores N° 16618** vigente desde el año 67, que regulaba gran parte de los ámbitos vinculados con la infancia y la adolescencia. La reforma procesal penal establece una serie de modificaciones que han afectado a este cuerpo legal también. Originalmente, la Ley mencionada estaba destinada al manejo de los menores en situación irregular, vale decir, niños, niñas y adolescentes expuestos a cualquier desviación o irregularidad que fuese merecedora de protección. Producto de la suscripción a la CDN que hizo Chile en el año 90, la ley de menores fue modificada. Anteriormente y bajo el primado de la Ley 16618, el juez de menores se instituye como la figura representante de la potestad tutelar del Estado, y por tanto el poder de intervenir en la situación de los propios niños o en las de sus familias. Resuelve cuestiones que se asocian al derecho de familia como son la tuición, las pensiones alimenticias, y pueden también decidir sobre la vida futura del menor si es que éste se encuentra en situación de peligro. Asimismo, puede aplicar medidas a niños, niñas y adolescentes infractores de la ley penal.

¹⁸⁶ República de Chile, Ley 18681 "Crea el Servicio Nacional de Menores y fija el texto de su Ley Orgánica", Fecha de publicación: 16.01.1979.

a) Código Procesal Penal: En el ámbito procedimental del tratamiento de los adolescentes que han infringido la ley penal, al menos en gran parte de las regiones del país, la reforma procesal penal ha significado el reconocimiento de las garantías constitucionales y legales tradicionalmente vedados a ellos.

b) Ley de Menores 19.806, 2002: introduce normas adecuatorias a la reforma procesal penal y modifica, entre otros cuerpos legales, la Ley de Menores 16.618. Las modificaciones han consagrado una incipiente separación de vías entre los procedimientos y respuestas aplicables a los niños a quienes se imputa haber cometido un delito y de aquellos aplicables a los niños amenazados o vulnerados en sus derechos. Antes se especificaba un catálogo único de medidas de protección, aplicable indistintamente a los niños, niñas y adolescentes inimputables y a aquellos con necesidad de asistencia y protección¹⁸⁷.

c) Ley N° 19.585 sobre filiación: elimina las tres categorías de hijos vigentes en la legislación civil (legítimo, natural e ilegítimo), sobre la base de la cual se consagraba un tratamiento discriminatorio entre ellos. (para más detalles se sugiere revisar el capítulo sobre filiación).

d) La Ley N° 19.741 del 24 de julio de 2001, garantiza de mejor manera el bienestar material de los hijos menores de edad, introduciendo el concepto de una pensión alimenticia mínima, de la que el alimentante sólo se puede eximir si prueba que no tiene los medios para otorgarla.

¹⁸⁷ 1. Distingue claramente los procedimientos policiales que pueden adoptarse respecto a las personas menores de edad, distinguiendo entre adolescentes que han infringido la ley penal y la intervención en caso de niños, niñas y adolescentes vulnerados en sus derechos. 2. Se elimina en todo el articulado de la Ley 16.618, el término "retención". Lo anterior está dado por la necesidad de adecuar la terminología, diferenciando entre aquellos casos de adolescentes que presuntamente han cometido infracciones a la ley penal, en los que se ocupa en adelante el término "detención", entendiéndose por ésta una medida transitoria y provisional, por medio de la cual se priva de libertad a una persona por un breve tiempo. En el caso de aquellas acciones realizadas por carabineros para dar protección a niños, niñas y adolescentes vulnerados gravemente en sus derechos, la Ley utiliza el término conducir, sea a la casa de sus padres o quienes tienen el cuidado personal de éstos o al centro correspondiente. 3. Se reemplaza la hipótesis de intervención de la judicatura de menores, consistente en el "peligro material o moral" contemplado en la Ley de Menores artículo 26, y en su lugar, se dispone que le corresponderá a los jueces de menores "conocer de todos los asuntos en que aparezcan menores de edad gravemente vulnerados o amenazados en sus derechos". 4. Con relación a las medidas que pueden aplicarse a las personas menores de edad por parte de los jueces de menores, se elimina el catálogo único, tanto para infractores de ley como para aquellos vulnerados en sus derechos, estableciendo medidas diferenciadas a infractores de ley y a los niños, niñas y adolescentes gravemente vulnerados en sus derechos.

e) La Ley Nº 19.711 de 2001: agiliza la tramitación de las causas destinadas a regular la forma como se ejercerá el derecho - deber de mantener una relación directa y regular entre el padre que carece del cuidado personal y su hijo. Esta Ley también establece que la suspensión o restricción del ejercicio del derecho procederá cuando manifiestamente perjudique el bienestar del niño.

f) Ley Nº 19.620 Dicta normas sobre la adopción de menores¹⁸⁸ de 1999: establece la igualdad de derechos de los hijos adoptivos, elimina las diferencias existentes entre la adopción plena y la simple; establece una preferencia para los matrimonios chilenos con voluntad y aptitud para adoptar por sobre los extranjeros.

Otro ámbito en el que los y las adolescentes están involucrados es la legislación actual sobre delitos sexuales, que incluye la modificación realizada a través de la **Ley Nº 19927¹⁸⁹ Crímenes y Delitos Contra el Orden de las Familias, Contra la Moralidad Pública y contra la Integridad Sexual**. Esta Ley, clasifica el abuso sexual en 7 figuras específicas: violación, incesto, estupro, sodomía, abuso sexual, pornografía infantil y utilización de niños para la prostitución. La Ley 19997 concentra la mayor gravedad de las sanciones en caso de que las víctimas sean menores de edad, además, aumenta la sanción si es que los delitos son perpetrados por personas que posean algún vínculo cercano (relación directa o habitual con menores de edad) con las víctimas.

En el Artículo 361, la violación es cometida por quien “accede carnalmente, vaginal, anal o bucal, a una persona mayor de catorce años, en alguno de los casos siguientes: 1º Cuando se usa de fuerza o intimidación, 2º Cuando la víctima se halla privada de sentido, o cuando se aprovecha su incapacidad para oponer resistencia, 3º Cuando se abusa de la enajenación o trastorno mental de la víctima”. Por otra, parte, el Artículo 362 se refiere a la violación en menores de catorce años: “El que accediere carnalmente, por vía vaginal, anal o bucal, a una persona menor de catorce años, será castigado con presidio mayor en cualquiera de sus grados, aunque no concorra circunstancia alguna de las enumeradas en el artículo anterior”.

¹⁸⁸ República de Chile, Ley Nº 19.620, Dicta normas sobre la adopción de menores, fecha de publicación: 05.08.1999.

¹⁸⁹ República de Chile, Ley 19997, Crímenes y Delitos Contra El Orden De Las Familias, Contra La Moralidad Pública y Contra La Integridad Sexual. Publicado: 14.01.2004

Respecto del estupro y otros delitos sexuales, se establece en el artículo 363, que se castigará con presidio menor en su grado máximo a presidio mayor en su grado mínimo, a quien “accediere carnalmente, por vía vaginal, anal o bucal, a una persona menor de edad pero mayor de catorce años, concurriendo cualquiera de las circunstancias siguientes: 1º Cuando se abusa de una anomalía o perturbación mental, aun transitoria, de la víctima, que por su menor entidad no sea constitutiva de enajenación o trastorno, 2º Cuando se abusa de una relación de dependencia de la víctima, como en los casos en que el agresor está encargado de su custodia, educación o cuidado, o tiene con ella una relación laboral, 3º Cuando se abusa del grave desamparo en que se encuentra la víctima, 4º Cuando se engaña a la víctima abusando de su inexperiencia o ignorancia sexual”.

Con relación a lo que anteriormente se tipificaba como *sodomía*, despenalizada para personas mayores de 18 años con consentimiento, mientras que en los menores de 18 años y entre personas del mismo sexo, si está tipificado. El Artículo 365 establece que quien “accediere carnalmente a un menor de dieciocho años de su mismo sexo, sin que medien las circunstancias de los delitos de violación o estupro, será penado con reclusión menor en sus grados mínimos a medio.” Su castigo será diferencial, si es que la acción sexual consistiese en la introducción de objetos por vía vaginal, anal o bucal, o se use a animales en ello.

Es importante recalcar cuál es el significado de la “acción sexual”, lo que viene delimitado en el artículo 366 ter. como “cualquier acto de significación sexual y de relevancia realizado mediante contacto corporal con la víctima, o que haya afectado los genitales, el ano o la boca de la víctima, aun cuando no hubiere contacto corporal con ella”.

Sumado a lo anterior, en el artículo 366 quáter, queda tipificada cualquier otra acción de significación sexual, tales como que personas “para procurar su excitación sexual o la excitación sexual de otro, realizare acciones de significación sexual ante una persona menor de catorce años, la hiciere ver o escuchar material pornográfico o presenciar espectáculos del mismo carácter, será castigado con presidio menor en su grado medio a máximo. Si, para el mismo fin de procurar su excitación sexual o la excitación sexual de otro, determinare a una persona menor de catorce años a realizar acciones de significación sexual delante suyo o de otro, la pena será presidio menor en su grado máximo”.

La Ley 19927 incluye también aspectos vinculados a la producción de material pornográfico “El que participare en la producción de material pornográfico, cualquiera sea su soporte, en cuya elaboración hubieren sido utilizados menores de dieciocho años, será sancionado con presidio menor en su grado máximo. Para los efectos de este artículo y del artículo 374 bis, se entenderá por material pornográfico en cuya elaboración hubieren sido utilizados menores de dieciocho años, toda representación de éstos dedicados a actividades sexuales explícitas, reales o simuladas, o toda representación de sus partes genitales con fines primordialmente sexuales”.

Otra Ley, que cruza la experiencia de los y las adolescentes en el ámbito de su sexualidad, tiene su referencia en la **Ley de Filiación**¹⁹⁰ **Nº 19585**, que en su Título IX que establece los derechos y obligaciones entre los padres y los hijos, en su artículo 222: “Los hijos deben respeto y obediencia a sus padres. La preocupación fundamental de los padres es el interés superior del hijo, para lo cual procurarán su mayor realización espiritual y material posible, y lo guiarán en el ejercicio de los derechos esenciales que emanan de la naturaleza humana de modo conforme a la evolución de sus facultades.” Y que en caso de que exista de inhabilidad física o moral de ambos padres, confiar el cuidado personal de los hijos a otra persona o personas competentes (Artículo 226). Es esta Ley, en su artículo 243 la que hace referencia a la “patria potestad” definida como “La patria potestad es el conjunto de derechos y deberes que corresponden al padre o a la madre sobre los bienes de sus hijos no emancipados. La patria potestad se ejercerá también sobre los derechos eventuales del hijo que está por nacer”. Es este aspecto de la Ley el que puede ser problemático a la hora de que los adolescentes puedan acceder a los servicios de salud, en los que no siempre se les brinda la atención necesaria cuando consultan de manera individual sin la presencia de sus padres.

Por otra parte, **Ley 19968: Crea los Tribunales de Familia**¹⁹¹, destinados a atender cuestiones de familia, tales como matrimonio civil, adopción, violencia intrafamiliar, maltratos, tuición y regímenes de visita, entre otros. Se han destinado 258 jueces. Los Tribunales de Familia cuentan con un equipo multidisciplinario de especialistas, y su funcionamiento pretende ser más expedito a través de la presencia del juez en las audiencias y diligencias. La política de estos tribunales es buscar soluciones de conciliación y aveni-

¹⁹⁰ República de Chile, Ley de Filiación Nº 19585, fecha de publicación: 26.10.1998.

¹⁹¹ República de Chile, Ley 19968: Crea los Tribunales de Familia, publicada 30.08.2004.

miento entre las partes, reduciendo tiempo de duración y la consiguiente agilización de los proyectos¹⁹².

Con respecto a la sanción de la violencia al interior de la familia, **Ley 20066: Establece Ley De Violencia Intrafamiliar**¹⁹³ que tiene como objetivo principal prevenir, sancionar y erradicar la violencia intrafamiliar, además de otorgar protección a las víctimas. Al Estado le cae Prevención y Asistencia. En el artículo 5, de la Ley VIF, la violencia intrafamiliar es entendida como “todo maltrato que afecte la vida o la integridad física o psíquica de quien tenga o haya tenido la calidad de cónyuge del ofensor o una relación de convivencia con él; o sea pariente por consanguinidad o por afinidad en toda la línea recta o en la colateral hasta el tercer grado inclusive, del ofensor o de su cónyuge o de su actual conviviente. También habrá violencia intrafamiliar cuando la conducta referida en el inciso precedente ocurra entre los padres de un hijo común, o recaiga sobre persona menor de edad o *discapacitada que se encuentre bajo el cuidado o dependencia de cualquiera de los integrantes del grupo familiar.*”

Una de las leyes que más polémica ha causado en los últimos tiempos en relación a los y las adolescentes, es la que se vincula con la responsabilidad penal de éstos. La **Ley 20084: Establece un Sistema de Responsabilidad de los Adolescentes por Infracciones a la Ley**¹⁹⁴. La Ley establece un nuevo sistema de responsabilidad penal para los jóvenes de 14 a 18 años, creando instancias de rehabilitación, seguimiento y protección a los menores de modo a que abandonen la delincuencia. En la aplicación de esta futura Ley¹⁹⁵, se propone que se tomen en consideración todos los derechos y garantías que otorgan la Constitución y las convenciones internacionales de protección al menor. Las penas por las distintas figuras y su correspondiente pena se refieren en los siguientes puntos:

o Delitos de robo con homicidio, homicidio con secuestro, homicidio con violación y robo con violación, habrá una pena máxima de internación en

¹⁹² El presupuesto para esta iniciativa es de 58.500 millones de pesos, que serán destinados a infraestructura, capacitación y contrataciones, con el objeto de que los Tribunales de Familia estén totalmente operativos en el año 2007.

¹⁹³ República de Chile, Ley 20066: Establece Ley De Violencia Intrafamiliar, publicada: 07.10.2005

¹⁹⁴ República de Chile, Ley 20084: Establece un Sistema de Responsabilidad de los Adolescentes por Infracciones a la Ley, Fecha de Publicación: 07.12.2005

¹⁹⁵ Aun que ya fue publicada, la Ley entrará en vigencia el 7 de junio de 2006.

recintos cerrados de diez años para jóvenes entre 16 y 18 años, con la posibilidad de que el juez ordene internación en un régimen semicerrado.

o Para los menores de 16 y mayores 14 años, el máximo de la penalidad por estos cuatro delitos será de cinco años y también el juez podrá optar por un régimen semicerrado. En el caso de delitos cuya pena va entre los 541 días a 3 años de cárcel se incorpora la figura de *libertad asistida*, donde habrá prestación de servicios a favor de la comunidad y monitores que se encargarán de hacer un seguimiento que permita al joven abandonar la vida de delincuencia. Se incluyen programas de prevención y rehabilitación de alcohol y drogas, y la obligación de que el mencionado monitor incorpore al joven a la vida escolar.

o En caso de delitos flagrantes, las policías de Carabineros e Investigaciones deberán poner a los menores a disposición del juez de garantía en un plazo máximo de 12 horas. El menor sólo podrá declarar ante un fiscal con la asistencia de un abogado defensor.

o Penas máximas de diez años por homicidio o robo con violación, la creación de instancias de rehabilitación y posibilidades de libertad asistida, que establece las responsabilidades penales de los adolescentes.

En su Artículo 2º se plantea uno de los puntos sobre los cuales se articula la Ley, el que refiere al “interés superior del adolescente”. Toda acción judicial y sanciones que se establezcan, deben estar regidas por el interés superior del adolescente, que se expresa en el reconocimiento y respeto de sus derechos. En su aplicación, deben ser considerados todos los derechos y garantías reconocidos en la Constitución, y en los demás instrumentos mencionados anteriormente y que son marcos internacionales en la legislación sobre adolescentes. En su Artículo 3º se establecen los límites de edad a la responsabilidad “La presente ley se aplicará a quienes al momento en que se hubiere dado principio de ejecución del delito sean mayores de catorce y menores de dieciocho años, los que, para los efectos de esta ley, se consideran adolescentes. En el caso que el delito tenga su inicio entre los catorce y los dieciocho años del imputado y su consumación se prolongue en el tiempo más allá de los dieciocho años de edad, la legislación aplicable será la que rija para los imputados mayores de edad”. Posteriormente y vinculado a materias de delitos sexuales, su artículo 4º en la que se indica que “No podrá procederse penalmente respecto de los delitos previstos en los artículos 362, 365, 366 bis y 366 quater del Código Penal, cuando la conducta se

hubiere realizado con una persona menor de 14 años y no concurra ninguna de las circunstancias enumeradas en los artículos 361 ó 363 de dicho Código, según sea el caso, a menos que exista entre aquélla y el imputado una diferencia de, a lo menos, dos años de edad, tratándose de la conducta descrita en el artículo 362, o de tres años en los demás casos”

La ratificación de la CDN ha impuesto necesidades que se han visto reflejadas en parte en las modificaciones anteriormente señaladas. El Ejecutivo está llevando a cabo otras modificaciones en otros órdenes. Con relación a la protección de los derechos de los niños, niñas y adolescentes, se presentó el 5 de julio de este año el “*Proyecto de ley sobre protección de los derechos de los niños y niñas y adolescentes*”, que adecuará la legislación vigente al marco de la Convención de Derechos del Niño, la Constitución Política de la República, y los tratados internacionales ratificados por Chile y reemplazará a la actual Ley de menores 16.618. El objetivo del proyecto es reconocer derechos a la infancia, que deben ser protegidos, y niveles de responsabilidad del Estado, la familia y la comunidad. También, se establece mecanismos de carácter administrativo y judicial de protección que permiten ejercer efectivamente los derechos de los niños, o restituirlos cuando ellos han sido vulnerados.

ÁMBITO DE LA SALUD

La ley que hace alusión a los y las adolescentes es la llamada *Ley de SIDA*. La Ley N° 19779 Establece Normas Relativas al Virus de Inmuno Deficiencia Humana Y Crea Bonificación Fiscal Para Enfermedades Catastróficas¹⁹⁶, que entre sus disposiciones generales, y particularmente en artículo 1 señala que “La prevención, diagnóstico y control de la infección provocada por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), como la asistencia y el libre e igualitario ejercicio de sus derechos por parte de las personas portadoras y enfermas, sin discriminaciones de ninguna índole, constituyen un objetivo sanitario, cultural y social de interés nacional. Corresponde al Estado la elaboración de las políticas que propendan hacia dichos objetivos, procurando impedir y controlar la extensión de esta pandemia, así como disminuir su impacto psicológico, económico y social en la población”. La tarea de dirigir y de dar orientaciones técnicas en éste ámbito, le corresponden al MINSAL, quien deberá realizar, con base en investigaciones y a la información epidemiológica, políticas específicas *para los diversos grupos de población y en especial*

¹⁹³ República de Chile, Ley N° 19779 Establece Normas Relativas al Virus de Inmuno Deficiencia Humana Y Crea Bonificación Fiscal Para Enfermedades Catastróficas, Fecha de Publicación: 14.12.2001.

aquellos con mayor vulnerabilidad entre los que se reconoce a las mujeres y los menores. Respecto de éstos últimos, se considera la aplicabilidad donde corresponda, de la Convención Internacional de los Derechos del Niño.

Respecto al examen para la detección, el Artículo 5 plantea que ésta será siempre confidencial y voluntaria, debiendo constar por escrito el consentimiento del interesado o de su representante legal. El examen de detección debe estar precedido de una instancia de información hacia los pacientes sobre las características, naturaleza y consecuencias que para la salud implica la infección causada por dicho virus, así como las medidas preventivas científicamente comprobadas como eficaces. En su capítulo III referido a la no discriminación se expresa en su Artículo 7° “que no podrá condicionarse el ingreso a un establecimiento educacional, ni la permanencia o promoción de sus alumnos, a la circunstancia de encontrarse afectados por el virus de inmunodeficiencia humana. Tampoco podrá exigirse la realización o presentación del referido examen para tales efectos. Asimismo, ningún establecimiento de salud, público o privado, cuando sea requerida su intervención de acuerdo con la ley, podrá negar el ingreso o atención a personas portadoras o enfermas con el virus de inmunodeficiencia humana o condicionar lo anterior a la realización o presentación de resultados del referido examen”.

Vinculando el VIH/SIDA con la educación, el Ministerio de Educación en una **Circular N° 875**¹⁹⁷, establece la necesidad de adoptar criterios comunes de procedimiento con respecto a la eventual presencia de estudiantes portadores de VIH y/o enfermos de SIDA en establecimientos educacionales del país. Su función fundamental es “Informar y sensibilizar a todos los integrantes de la comunidad educativa con respecto al VIH/SIDA, con especial énfasis en la prevención de riesgos de salud de la población escolar”.

En ese mismo sentido, CONASIDA establece en su estrategia de atención integral a personas que viven con VIH/SIDA, el reconocimiento de tres grupos de la población de PPVIH:

- Terapia para Prevención de la Transmisión Vertical
- Terapias para Niños y niñas que viven con VIH

¹⁹⁷ Ministerio de Salud, Circular N° 875: Dirigida a: Secretarías Ministeriales Jefes Departamentos Provinciales, Directores de Establecimientos Educacionales del País, Fecha de publicación: 17.05.94

- Terapias para Adultos (as) que viven con VIH

Con relación a los niños y niñas que viven con VIH y son beneficiarios del Sistema de Salud Pública, tienen acceso gratuito a las terapias requeridas y establecidas en el Protocolo de Atención a niños y a niñas que viven con VIH. A noviembre de 2002, el número total de niños y niñas que viven con VIH que se encontraban en tratamiento en algún centro de salud pública del país era de 118 menores.

ÁMBITO DE LA EDUCACIÓN

Con la Ley 18962:¹⁹⁸ Ley Orgánica Constitucional Educación, LOCE, se instala la educación como un derecho de todas las personas. Pese a que se reconoce en los padres de familia el derecho y el deber de educar a sus hijos, al Estado le cabe dar especial protección al ejercicio de este derecho. A su vez, la comunidad posee el deber de contribuir al desarrollo y perfeccionamiento de la educación. Complementariamente, la Ley 19876: Reforma Constitucional que establece la obligatoriedad y gratuidad de la educación media¹⁹⁹, que establece que “La educación básica y la educación media son obligatorias, debiendo el Estado financiar un sistema gratuito con tal objeto, destinado a asegurar el acceso a ellas de toda la población. En el caso de la educación media, este sistema, en conformidad a la ley, se extenderá hasta cumplir los 21 años de edad”.

Con relación a la situación de las madres adolescentes, insertas en el sistema escolar, se tiene la Ley 19688: Orgánica Constitucional de la enseñanza, en lo relativo al derecho de las estudiantes que se encuentren embarazadas o que sean madres lactantes de acceder a los establecimientos educacionales²⁰⁰, ahí queda establecido que el embarazo y la maternidad de las adolescentes “no constituirán impedimento para ingresar y permanecer en los establecimientos de educación de cualquier nivel. Estos últimos deberán, además, otorgar las facilidades académicas del caso”.

El Reglamento que regula la ley anterior es el N° 79²⁰¹, y establece el derecho de las alumnas embarazadas al ingreso y permanencia, con todas las facilidades en los

¹⁹⁸ República de Chile, Ley 18962: Ley Orgánica Constitucional Educación, LOCE, Fecha de publicación: 10.03.1990

¹⁹⁹ República de Chile, Ley 19876: Reforma Constitucional que establece la obligatoriedad y gratuidad de la educación media. Fecha de publicación: 22.05.2003

²⁰⁰ República de Chile, Ley 19688. Fecha de publicación: 3.08.2006.

²⁰¹ Ministerio de Educación, Reglamento que regula el inciso tercero del artículo 2° de la Ley N° 18962 que regula el estatuto de las alumnas en situación de embarazo y maternidad N° 79. Fecha de publicación: 12.03.04.

establecimientos educacionales. En su artículo 2º se estipula: “Las alumnas en situación de embarazo o maternidad tienen los mismos derechos que los demás alumnos y alumnas en relación a su ingreso y permanencia en los establecimientos educacionales, no pudiendo ser objeto de ningún tipo de discriminación, en especial el cambio de establecimiento o expulsión, la cancelación de matrícula, la negación de matrícula, la suspensión u otra similar”. El embarazo de la alumna no implicará el cambio de curso o jornada, salvo que ella disponga de lo contrario. El reglamento establece que las autoridades directivas y el personal del establecimiento deberán tener respeto por la condición de la alumna. Asimismo, se deberán entregar todas las facilidades académicas para que las alumnas embarazadas asistan de manera regular durante todo el período de embarazo al Establecimiento de Salud correspondiente para realizar controles de prenatal periódico y de post parto, así como también y a los que con posterioridad requiera el lactante. También, se incluyen disposiciones en relación al uso de uniforme obligatorio, el cual puede ser adaptado a sus especiales condiciones. También, estas adolescentes estarían bajo el seguro escolar. La participación en organizaciones estudiantiles, actos y actividades extraprogramáticas por parte de estas adolescentes es totalmente igualitaria que en sus demás compañeros y compañeras. También, deberán asistir a las clases de Educación Física en forma regular, siguiendo las orientaciones del médico tratante. Aquellas que ya hayan sido madres estarán eximidas del Subsector de Educación Física hasta el término del puerperio. Asimismo, en casos calificados por el médico tratante, podrán eximirse de este Subsector.

Las alumnas en estado de embarazo o maternidad serán sometidas a los procedimientos de evaluación establecidos en el Reglamento del establecimiento educacional, sin perjuicio de la obligación de los docentes directivos del establecimiento de otorgarles las facilidades académicas señaladas. Incluyendo un calendario flexible que resguarde el derecho a la educación de estas alumnas y de brindarles apoyos pedagógicos, así como también cautelar que las alumnas en situación de embarazo o maternidad no sean expuestas al contacto de materiales nocivos u otras situaciones de riesgo para su embarazo o lactancia. El porcentaje de asistencia no será del 85%, y considerarán las causas de inasistencias bajo la situación de las alumnas. Se establecerán todas las facilidades para aquellas alumnas que están en período de lactancia. Los reglamentos internos no podrán ir en contra de este reglamento y deberán, los establecimientos, comunicarlo a sus distintos estamentos. En caso de reclamos de esta índole, el MINEDUC se hará cargo.

PROYECTOS DE LEY

En el ámbito de los proyectos de Ley vinculados a la sexualidad de los adolescentes el **Proyecto de Ley Marco de Derechos Sexuales y Reproductivos** (2000), tiene como objetivo el establecer bases normativas para el reconocimiento, garantía, protección y promoción del ejercicio pleno de los DDSSRR de toda la población, incluyendo a los y las adolescentes.

Particularmente, en el ámbito de Pedofilia, se registran los siguientes proyectos de ley:

- a) Establece inmediatez de la investigación en caso de desaparición de menores de 18 años. (Martes 30 de Octubre, 2001; C. Diputados; moción, sin urgencia)
- b) Establece la obligación de realizar una evaluación psicológica del personal que labore directamente con menores de edad. (Jueves 18 de Julio, 2002, Moción, C. Diputados, no registra urgencia)
- c) Proyecto de ley que modifica la Ley N° 19.628, sobre protección de datos de carácter personal para introducir el concepto de uso indebido o abusivo de datos. (Martes 15 de Octubre, 2002, Moción, C. Diputados, Sin urgencia)
- d) Restablece la facultad del Servicio Nacional de Menores para hacerse parte en procesos de pedofilia. (Jueves 3 de Julio, 2003; C. Diputados; moción, sin urgencia)
- e) Establece la posibilidad de monitorear electrónicamente a personas calificadas de pedófilas. (Miércoles 13 de Abril, 2005; C. Diputados; moción, sin urgencia)
- f) Restringe beneficios establecidos en la Ley N° 18.216, para condenados por delito de abusos sexuales cometidos contra menores. (Miércoles 6 de Julio, 2005; C. Diputados; moción, sin urgencia)

7.3. POLÍTICAS PÚBLICAS

En materia de políticas públicas sobre sexualidad en adolescentes, Chile cuenta con marcos legales y convenciones que establecen los parámetros

generales en los que la política se debe desarrollar. Vale decir, es la CDN la que ha imperado al realizar las modificaciones en el ámbito de las políticas destinadas a los y las adolescentes.

Asimismo, al suscribir la Conferencia del Cairo en 1994, Chile se comprometió, al igual que los demás países firmantes, a dar protección y promoción a los derechos sexuales y reproductivos de los y las jóvenes. La información y existencia de servicios y programas adecuados a las características de la población juvenil fueron compromisos adquiridos en dicha instancia. Este y otros compromisos, tienden a que los y las adolescentes puedan experimentar su sexualidad de manera positiva y que prevengan a tiempo embarazos no deseados, enfermedades de transmisión sexual y el VIH/SIDA.

Desde el Ministerio de Planificación (2000), como ya se ha visto, se desarrolló la Política Nacional y Plan de Acción Integrado a favor de la infancia y adolescencia 2001- 2010, documento que responde a la necesidad de contar con una política específica dirigida a los niños, niñas y adolescentes, que recoja los principios y derechos reconocidos y consagrados en la Convención sobre los Derechos del Niño, suscrita por nuestro país en 1990. Dicha política contiene las orientaciones éticas, valóricas y operativas que constituyen un instrumento de planificación intersectorial, con el objetivo de instalarse en la gestión pública chilena de modo de garantizar el pleno ejercicio de los derechos fundamentales a todos los niños, niñas y adolescentes del país. Los principios orientadores de la Política Nacional son:

1. Respeto a la vida y al desarrollo integral en cada etapa
2. Igualdad de derechos y de oportunidades
3. Autonomía progresiva del niño en el ejercicio de sus derechos
4. No discriminación y respeto de la propia identidad
5. Libertad de pensamiento y de expresión
6. El Estado garantiza, promueve, asiste, y repara los derechos de los niños, niñas y adolescentes
7. Efectividad en la aplicación de los derechos del niño

Entre los **principios rectores** generales de la Política, se encuentran:

- **El niño sujeto de derecho especial:** existe una nueva concepción del niño y sus relaciones con la familia, la sociedad y el Estado. Se subvierte la tradición que consideraba a los menores como incapaces jurídicamente, por una concepción del niño como sujeto de derecho.
- **Interés superior del niño:** bajo este principio se entiende que todas las medidas y decisiones que se tomen en relación a los niños y a los y las adolescentes por parte de las instituciones y organismos del Estado, estarán conducidas por consideraciones que respeten y den bienestar a los niños.
- **Responsabilidad primordial de los padres y la familia en la crianza de sus hijos e igualdad entre la madre y el padre:** además de regular las relaciones entre los menores y sus familias, sociedad y Estado, la CDN establece que pese a que los niños y adolescentes son titulares de derecho, la responsabilidad primordial en el cumplimiento de los derechos de los niños, les corresponde a los padres. Éstos a su vez, poseen las llamadas obligaciones comunes respecto de la crianza y respeto de los derechos. Esto implica que en toda acción siempre que sea posible procure la permanencia de los niños o adolescentes en sus propias familias.

Áreas Estratégicas de Intervención:

- Sensibilización, promoción y difusión de los derechos de la infancia y de la adolescencia.
- Apoyo al fortalecimiento de las familias como principales responsables del desarrollo integral de sus hijos e hijas.
- Coordinación y desarrollo de las políticas públicas con perspectiva de derechos.
- Provisión de servicios especiales para la protección integral de los derechos de la infancia y la adolescencia, en los casos de amenaza o vulneración de ellos.
- Promoción y fomento de la participación infantil.

La Política Nacional posee un **Plan de Acción Integrado a favor de la Infancia y la Adolescencia**, el que corresponde a las acciones concretas en las que se traduce la Política. El Plan, comprende cuatro áreas estratégicas: Sensibilización, promoción y difusión de los derechos de la infancia y la adolescencia; Apoyo al fortalecimiento de las familias como principales responsables del desarrollo integral de sus hijos e hijas; Coordinación y desarrollo de las políticas públicas con perspectiva de derechos; revisión de servicios especiales para la protección integral de los derechos de la infancia y la adolescencia, en los casos de amenaza o vulneración de ellos y la promoción y fomento de la participación infantil.

Con la finalidad de asegurar el cumplimiento de la Política Nacional se ha elaborado el documento "**Metas del Plan de Acción Integrado a Favor de la Infancia y la Adolescencia al 2006**" (Ministerio de Planificación, op. cit.), que contiene los compromisos adquiridos por el Gobierno para el período 2004-2006. Mientras que el nivel de cumplimiento de la Política se refleja en el documento "Seguimiento del Plan de Acción Integrado a favor de la Infancia y la Adolescencia 2001-2010"; con una temporalidad 2001-2003.

Este gran marco de acción provee, a las distintas instituciones que trabajan con aspectos vinculados a los y las adolescentes, de directrices y compromisos concretos para ser llevados a cabo. En el ámbito vinculado a la salud, existe el **Plan de Acción en Juventud** de mayo de 2004. En un acápite referido al *Autocuidado en Salud, por edad, los y las jóvenes tendrían una relación distinta con la salud* que la que tienen otros grupos sociales, ya que están expuestos a diferentes problemas y desafíos. Los nudos críticos de la relación entre la salud y los jóvenes están dados por 4 temas: a) el desarrollo de una sexualidad segura; b) el fomento de conductas de auto responsabilidad en el consumo de drogas; c) el facilitar el acceso de los jóvenes a las atenciones de salud de mayor demanda de acuerdo a su edad (odontología, ginecología, etc.); d) el desarrollo de hábitos de vida saludables y relaciones de pareja no violentas.

ÁMBITO DE SALUD

En el Ministerio de Salud (1999), se destacan la **Política Nacional de salud para adolescentes y jóvenes** que prioriza la acción preventiva y la atención en el que se incluyen aspectos de salud sexual y reproductiva, en especial en lo referido a la sensibilización del sistema para colaborar con iniciativas tendientes a la prevención del embarazo adolescente no deseado. Además, incluye la prevención del VIH-SIDA; específicamente en la modalidad de un

acompañamiento y colaboración con CONASIDA. También rescata la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación de las adicciones al tabaco, alcohol y drogas.

Entre sus objetivos se plantea “Contribuir al máximo estado de bienestar bio-sico-social de la población de Adolescentes y Jóvenes Chilenos, enmarcando este bienestar en la promoción del Desarrollo Humano”. Dentro de sus prioridades se encuentran el embarazo no deseado en adolescentes, priorizando la atención de este grupo etareo y mediante interconsultas con unidades educativas de fomento. Se establece que para acceder a los beneficios del Programa Nacional de Salud del Adolescente, los jóvenes de entre 10 y 19 años deben acercarse al consultorio más cercano a su domicilio y acreditar su condición de beneficiarios del sistema público de salud.

Los *Objetivos Sanitarios para la década del 2000 al 2010*, respecto a la sexualidad de la población se esbozan en el siguiente cuadro:

| CUADRO 1 |

COMPONENTE INDICADOR: CONDUCTA SEXUAL	
SITUACIÓN ACTUAL (1999)	OBJETIVO META PARA EL 2010
Tasa de fecundidad <ul style="list-style-type: none"> • 15-19 años: 65,4 por 1000 mujeres (en aumento) • 10-14 años: 1,7 por 1000 mujeres Uso de condón <ul style="list-style-type: none"> • 15-19 años: 23% sexualmente activos • Probación com mas de una pareja: 30% 	Reducir enbarazo no deseado en adoles- cente en 30% Tasa de fecundidad: <ul style="list-style-type: none"> • 6 por 1000 mujeres entre 15-19 años • 0 por 1000 mujeres entre 10-14 años Uso de códon <ul style="list-style-type: none"> • 15-19 años: al menos 50% • Población com mas de una pareja: 60% Retraso de la edad de inicio de la actividad sexual

Objetivos Sanitarios 2000-2010, MINSAL (2000)

Desde su **Programa de prevención y control del VIH/SIDA** implementado desde el año 90, se tiene que entre su objetivos está la promoción de la prevención de la transmisión de VIH/SIDA y la no discriminación de las personas que viven con el virus; mejorar la calidad de vida de quienes están afectados por el VIH/SIDA, y mantener un sistema de vigilancia epidemiológica adecuado a la situación de

esta epidemia en el país. Específicamente, en lo que concierne a la población infantil o juvenil, el programa desarrolla las siguientes líneas de acción:

a. La prevención de la transmisión del VIH de la madre infectada al hijo mediante la entrega de medicamentos para la mujer (desde el embarazo) y el recién nacido.

b. Asistencia integral de salud para niños viviendo con el VIH/SIDA, en plan de Atención del SIDA Pediátrico.

c. FONOSIDA 800 202 120: teléfono de información confidencial y gratuita.

d. Centro de detección del VIH y consejería, con asistencia personalizada para estudiar pertinencia de exámenes, realización de test y acompañamiento psicológico.

e. Modelo didáctico (módulos, manuales y guías para trabajo grupal) para el trabajo de capacitación en el tema de prevención del VIH/SIDA y no discriminación de quienes viven con el virus del SIDA.

Campaña de comunicación social para la prevención del SIDA, a través de piezas audiovisuales, *jingles* radiales y anuncios para la prensa escrita con contenidos preventivos adecuados a la situación actual.

Con respecto de la salud y los adolescentes, en diciembre de 2004 se establecieron las **“Orientaciones técnicas para atención amigable de los adolescentes”** (Ministerio de Salud, 2004), que se refiere a las personas de 10 a 18 años, afirma que las personas en dicho rango etario, se rigen por un subordenamiento jurídico (Niñez e Infancia), tienen incapacidad relativa y no tienen derechos políticos.

Para las y los adolescentes de 18 años y más no hay legislación específica, se les reconoce capacidad de goce y el ejercicio de sus derechos políticos está restringido: no pueden ocupar cargos de elección popular. Sin embargo, se reconoce que tienen derechos propios, que son sujetos de derecho, aunque, en determinadas circunstancias no puedan obrar por sí mismas/os. El concepto de autonomía progresiva considera que el ejercicio de la ciudadanía es gradual, y que depende de la madurez de la o el adolescente. Por tanto, corresponde a los padres y subsidiariamente al Estado, impartir orientación y corrección apropiadas para que el o ella ejerza los derechos que le reconoce la CDN. Existe cierta ambigüedad respecto al ejercicio del derecho a la salud. Este es también un derecho implícito en el derecho a la protección de la vida y a la integridad física

y psíquica. Cuando un/a adolescente solicita atención en un establecimiento de salud está ejerciendo un derecho que sólo él o ella pueden gozar y negárselo implicaría dejarla/o expuesta/o a daños en su salud. Sin embargo, si se considera que no son plenamente capaces, otorgarles atención sin el consentimiento de los padres o representante legal podría atentar contra el derecho de éstos de orientar a su hijo o hija. Por otro lado, exigir el consentimiento de los padres, significaría violar la autonomía que el ordenamiento jurídico implícitamente le reconoce y, en especial, el derecho a la intimidad definido en el artículo 16 de la CDN. Puede decirse que las disposiciones internacionales llenan el vacío legal sobre el alcance del goce y ejercicio de derechos de parte de la población adolescente. Si la ley nada dice respecto de sus derechos sexuales y reproductivos, ni de su salud reproductiva y sin embargo les reconoce la capacidad de contraer matrimonio, reconocer hijos, tener responsabilidad penal o celebrar contratos, no parece razonable negarles el derecho a solicitar y obtener atención de salud en condiciones de confidencialidad.

Por otro lado, a los funcionarios públicos sólo les está permitido hacer aquello que la ley establece y no existe legislación que le prohíba otorgar atención confidencial, resguardando la relación profesional - usuario/a. Mas aún, el artículo 12 de la Convención, define que niños y niñas deban ser escuchados/as cada vez que existan procedimientos administrativos o judiciales que les involucran.

En cuanto a la atención médica, el artículo 10 del Código de Ética dice que la *confidencialidad* es un derecho del paciente y un deber y un derecho del profesional, independientemente de la edad del consultante, ya que no hace mención a ésta. Esta ambigüedad y las divergencias que ella genera son especialmente complejas respecto a los servicios de salud sexual y reproductiva. La sexualidad juvenil y las decisiones en torno a ella y la reproducción han sido muy distintas a lo largo de la historia, transitando desde la negación de la sexualidad juvenil hasta pensar que era natural y deseable que las mujeres se embarazaran antes de los 20 años. Lo más importante es que toda la población, incluidos adolescentes y jóvenes, tengan acceso a información y servicios adecuados, de modo que la tendencia natural sea que todas las personas tomen decisiones en favor de su salud y calidad de vida. El marco ético en la atención en salud de las y los adolescentes no es diferente al de la población adulta.

En la atención en salud de los y las adolescentes, se publicaron las **Normas y Guía Clínica para la Atención, en Servicios de Urgencia, a Personas**

Víctimas de Violencia Sexual²⁰² que en el punto V de la guía establece los “Aspectos a considerar en la atención de niñas/os y adolescentes”, que se refiere fundamentalmente a formas en las que se puede detectar abuso sexual, así como también un formato de entrevista y examen de menores y acompañantes. Asimismo, se establecen medidas de protección. Se responde a las siguientes preguntas ¿Cuándo pensar en abuso sexual?, ¿Cómo entrevistar y examinar a un niño o niña y sus acompañantes cuando existen indicadores de un posible abuso sexual? Luego se establecen las Medidas de Protección adecuadas.

Desde el **Fondo Nacional de Salud (FONASA)** se estableció la **Carta de derechos de los pacientes** que pretende entregar de manera progresiva niveles de mayor satisfacción a sus usuarios en el ámbito de la atención. Los nueve puntos que contiene la Carta de Derecho de los Pacientes son: recibir atención de salud sin discriminación, conocer el personal que lo atiende, poseer orientación y/o información del establecimiento, formular solicitudes, reclamos o sugerencias y recibir respuesta escrita, recibir atención de emergencia las 24 horas en cualquier servicio de urgencia público, el acceso a información y a la guarda de la confidencialidad de su ficha clínica, decidir libremente si acepta someterse como paciente a actividades de docencia e investigación médica, informarse sobre riesgos y beneficios de procedimientos, recibir indicaciones claras y escritas de medicamentos que le recetan. También se establecen en dicha carta los deberes de los pacientes²⁰³. Se explicitan también el derecho de los pacientes al *Examen de Medicina Preventiva*, un plan de evaluación periódica de salud, de carácter voluntario y gratuito, aplicable a todas las personas que generalmente no presentan síntomas de enfermedad. Forma parte del Régimen de Garantías Explícitas en Salud (AUGE) y consiste en pesquisar tempranamente enfermedades o condiciones prevenibles o controlables y reducir con ello la morbilidad y mortalidad asociadas a ellas. En este sentido, la legislación establece el derecho de los beneficiarios a las acciones de promoción y protección de la Salud de las personas, y están incluidas en los Planes y Programas que el Ministerio de Salud elabora tanto para la población general, recién nacidos y adolescentes y población en riesgo.

²⁰² Ministerio de Salud, “Resolución exenta 527: Normas y Guía Clínica para la Atención, en Servicios de Urgencia, a Personas Víctimas de Violencia Sexual” Fecha de Publicación: 6.04.04.

²⁰³ No prestar la credencial, ni bonos, no permitir que le impongan por menos, informar sobre reclamos y sugerencias al Fondo (FONASA), cuidar las dependencias de FONASA, hospitales y consultorios, tratar con respeto al personal de FONASA, hospitales y consultorios.

Por otra parte, las **Normas Nacionales de Regulación de la Fertilidad (2006)** destacan que una proporción importante de las/los jóvenes que inician actividad sexual antes de los 19 años, lo hace sin protección anticonceptiva lo que se traduce en altas tasas de fecundidad. Los siguientes aspectos influyen en su decisión de adoptar un método y usarlo en forma regular: percibir la necesidad de prevenir un embarazo utilizando un método anticonceptivo efectivo, si se ha pensado iniciar o si ya se ha iniciado la vida sexual. Por otra parte, está el tipo de relación de pareja, si se puede conversar de este tema, si es una relación estable u ocasional, si hay presiones de la pareja. También, la situación familiar, particularmente la confianza entre los hijos e hijas y los padres, el modelo de familia, las demandas y exigencias de los padres. Asimismo, las creencias, valores y actitudes del grupo de pares respecto de la sexualidad, la paternidad y la maternidad, la información sobre su propia fisiología, la percepción de los riesgos y los mitos con respecto a los anticonceptivos.

Se señalan también los aspectos psicosociales propios de la adolescencia, tales como la autoestima, el tener un proyecto de vida y expectativas para el futuro, la capacidad de reconocer los riesgos y de postergar satisfacciones en pro de logros personales. Factores culturales y religiosos, como la percepción de lo que debería ser la vida sexual en esta edad o la posición de la iglesia a la que pertenecen. Factores económicos como el disponer de los medios para comprar los anticonceptivos, acceso a servicios de salud reproductiva, que estén orientados hacia los y las adolescentes y donde se sientan acogidos/as.

La misma Normativa señala que en general, las y los adolescentes pueden elegir entre una variedad de métodos adecuados para esta etapa de la vida, considerando ciertos criterios Biomédicos como la edad, paridad, condiciones de salud, riesgo de ETS o infección por VIH. Las opciones anticonceptivas que se plantean son condón masculino de látex, píldoras combinadas, inyección combinada mensual, anticoncepción de emergencia, entre otros, toda la entrega bajo la orientación y consejería.

ÁMBITO DE LA EDUCACIÓN

En materia de educación sexual, Chile ha conocido distintos esfuerzos de implementación. Desde el MINEDUC en 1993 se establece la "Política de Educación en Sexualidad". Posteriormente a ella se desarrollaron las "Jornadas de Conversación sobre Afectividad y Sexualidad" (JOCAS) que involucraron además al Servicio Nacional de la Mujer, el Ministerio de Salud, Instituto Nacional de la Juventud y que se desarrollaron entre los años 1996-

2001. También, y como fue expuesto, el “Plan de Sexualidad Responsable” del año 2001 y de carácter interministerial. Las JOCAS constituyeron una estrategia ya legitimada en los liceos, que en más de 700 establecimientos abrieron conversaciones en torno a la sexualidad de los jóvenes. El seguimiento de esta experiencia y su evaluación establecen que la mayor parte de los liceos valora las JOCAS como un espacio de conversación, que afectó de manera positiva las relaciones entre los estamentos, y modificando la calidad y horizontalidad de éstas.

Por su parte, el **Plan de Sexualidad Responsable**, de carácter interministerial congregó a los Ministerios de Educación, Salud, el Servicio Nacional de la Mujer y el Instituto Nacional de la Juventud, quienes en su misión de contribuir a mejorar la calidad de vida de las personas, y considerando los resultados de numerosos estudios que dan cuenta de la realidad y los desafíos que presenta la sociedad chilena frente al tema de la sexualidad, se han propuesto desarrollar una línea de acción conjunta en este tema. Existe aún bajo procesamiento la evaluación de este plan. Su principal propósito fue promover un diálogo social y una reflexión activa, respecto a la necesidad de facilitar el desarrollo de una sexualidad sana, plena y reflexiva en las personas, familias y comunidades. La propuesta está orientada a favorecer las capacidades y el ejercicio de la autonomía de hombres y mujeres, especialmente jóvenes, favoreciendo la reflexión, el diálogo y la toma de decisiones respecto a la vivencia de su sexualidad. Los tres objetivos estratégicos de la “Propuesta Gubernamental: Hacia una Sexualidad Responsable” son los siguientes:

1. Favorecer en las personas las capacidades para asumir satisfactoria y responsablemente su sexualidad, como parte de su desarrollo integral.
2. Asegurar y articular una respuesta gubernamental acorde a las necesidades de hombres y mujeres, para el desarrollo de su sexualidad y salud sexual.
3. Favorecer y asegurar que cada comunidad local, con representación de sus actores más relevantes y en forma participativa, desarrolle sus propias propuestas en sexualidad responsable.

El Plan Piloto tuvo por propósito validar un modelo de gestión y en tanto proceso de validación tiene un plazo acotado: se inició a mediados del año 2001 y finalizará en diciembre del año 2003. El trabajo está propuesto con

un enfoque comunitario, es decir, que los diferentes actores, como representantes del municipio, dirigentes sociales, centros de padres, alumnos, organizaciones no gubernamentales, iglesias y otros, en forma organizada y a partir del diagnóstico de su realidad local y sus propias necesidades, diseñan e implementan un plan de trabajo que considera objetivos estratégicos, estrategias, proyectos, acciones, acuerdos y compromisos en el tema de sexualidad. Los sectores gubernamentales actúan como facilitadores de los procesos locales, ofreciendo una serie de instrumentos y recursos para que las comunidades, articuladas por el municipio, diseñen e implementen planes locales en torno al tema de la sexualidad.

Los desafíos que se plantea la política pública buscan potenciar y visibilizar la participación social de los jóvenes a través del fortalecimiento de la ciudadanía juvenil y las instituciones. Con ello se profundiza la democracia, se generan desafíos en la convergencia entre educación y el mundo del trabajo²⁰⁴; y en la conexión entre sexualidad y proyecto de vida.

Por otra parte, en el año 2003 se convocó a una comisión con expertos/as en temas vinculados a la Educación Sexual, provenientes de diversos sectores de la educación, la academia y la investigación. El objetivo de la comisión, fue revisar la **Política de Educación en Sexualidad del Ministerio de Educación publicada por el MINEDUC en el año 1993**. A partir de dicha revisión, se derivaba la evaluación de avances considerando los diez años de implementación, y los cambios sociales acaecidos durante dicho período en el país, y desde ello una serie de sugerencias y propuestas en el mediano y largo plazo.

La propuesta y la CDN se plantean en concordancia, esta última contiene una serie de principios orientadores que cruzan transversalmente todas las obligaciones del Estado, que se deben tener en cuenta al momento de aplicarlos, en especial cuando surgen tensiones entre distintos derechos. A continuación se detallan estos principios:

- El principio de no-discriminación, se refiere a que todos los niños y niñas tienen los mismos derechos, independientemente de su condición social, cultural, sexual o de discapacidad y no podrán hacerse distinciones arbitrarias ni irracionales; sin perjuicio de lo anterior, el Estado deberá impulsar medidas correctivas que aseguren la igualdad de oport-

²⁰⁴ Siendo entonces Ministro de Educación, Sr. Sergio Bitar

tunidades en el ejercicio y goce de derechos de niños y niñas que se encuentran en situación de mayor vulnerabilidad.

- El principio de la autonomía progresiva implica reconocer al niño o niña como titular de derechos. Cada niño o niña va constituyéndose en una persona con crecientes niveles de responsabilidad y será tarea de la familia y del Estado apoyar y proteger la adquisición de autonomía; la educación debe girar en torno al niño, siendo su principal objetivo el desarrollo de su personalidad, de sus dotes naturales y capacidad, reconociéndose el hecho de que cada niño y niña tiene características, intereses y capacidades únicas y también necesidades de aprendizaje propias.
- El interés superior de los infantes hace que las acciones del Estado tengan como guía el logro de los derechos de la infancia y la adolescencia. El Estado debe asegurar que las familias cuenten con las herramientas necesarias para poder asumir adecuadamente el deber de protección, así como asegurar sus derechos; la Convención reconoce el Derecho a la Educación. El proceso educativo está encaminado a desarrollar la personalidad, las aptitudes y la capacidad mental y física del niño hasta el máximo de sus posibilidades a través de los sistemas de educación formal y no formal.
- El Derecho a la Salud de la infancia y la adolescencia, reconocido por la Convención, lleva a considerar que, dado que el ejercicio de la sexualidad dice relación con la dignidad de todas las personas, los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a acceder a información adecuada para su salud y desarrollo pleno, tanto fuera, como dentro de la escuela. Además, deben contar con información y acceso a servicios de atención de salud adolescente en la localidad donde habitan, especializados en esa etapa del desarrollo y en salud sexual y reproductiva; los derechos humanos son indivisibles e interdependientes. El derecho a la vida, la supervivencia y el desarrollo de niñas y niños, está en íntima relación con la posibilidad de adquirir conocimientos y aptitudes que le protejan a él y a otros desde el momento en que se inicie y ejerza su sexualidad.

En conclusión, niños, niñas y adolescentes tienen derecho a información veraz y oportuna, para poder así asumir de manera responsable e informadamente las decisiones que afecten sus vidas.

Entre de los temas que se cuentan como desafíos de la educación sexual, se indican: embarazo adolescente no-deseado y maternidad/paternidad

adolescente; violencia intrafamiliar; abuso sexual infantil; discriminación y orientación sexual; medios de educación social y educación sexual²⁰⁵.

Desde el Instituto Nacional de la Juventud

El INJUV a partir del análisis de los datos recogidos en las encuestas nacionales de juventud, en los años 1994, 1997, 2000 y 2003, constata que una de las características particulares de la condición juvenil es su participación en los procesos de cambio cultural que ha experimentado el país en los últimos diez años.

Es en este contexto que la ejecución de los compromisos asumidos por los ministerios y servicios en el **Plan de Acción en Juventud** que a continuación se detalla, permitirá avanzar hacia la consolidación de una red de oportunidades para los jóvenes de nuestro país.

Para estos efectos, las medidas propuestas por el Plan se articulan con base en los siguientes ejes: Ciudadanía juvenil y generación de redes; Oferta cultural y recreativa; Autocuidado en salud; Emprendimiento laboral juvenil; Acceso a nuevas tecnologías.

DESDE SENAME

Como se apreció en el apartado sobre Explotación Sexual y Comercio Sexual, la pornografía y la explotación comercial sexual infantil/adolescente, así

²⁰⁵ En su fase más próxima 2005-2006 se incluyen: Una secretaría técnica en educación en sexualidad y afectividad, dependiente de la División de Educación General del Ministerio de Educación, que se haga cargo de la difusión e implementación del plan de educación en Sexualidad y Afectividad en todos sus niveles ministeriales, y establecimientos educativos municipales y particular subvencionados, así como en la opinión pública; un sistema de seguimiento y evaluación del Plan de Educación en Sexualidad y Afectividad, que considere los distintos niveles implicados; mecanismos de información y orientación ministerial integral, actualizada y diferenciada para todo el sistema educativo, incluyendo el Ministerio de Educación.

Los objetivos estratégicos propuestos por el Plan:

a. Adecuar la institucionalidad en el MINEDUC, de manera que se asegure la implementación de las propuestas de este informe en todos los niveles del sistema educacional.

b. Apoyar y promover la labor educativa de las familias para que puedan realizar un adecuado acompañamiento y formación afectiva y sexual de sus hijos, a lo largo de las distintas edades y en los diversos contextos en que se desarrollen.

c. Apoyar y asegurar, en las comunidades educativas, la implementación de una educación sexual oportuna, de calidad y con equidad, que responda a las necesidades educativas de niños, niñas y adolescentes del país, estableciendo los compromisos y roles que les cabe en ello a los distintos actores y niveles del sistema educativo (central, regional, local).

d. Concertar, para el logro de las metas propuestas, una agenda de trabajo con los medios de comunicación y otros actores relevantes que son fuente de información, modelaje y orientaciones para los niños, niñas y jóvenes en materia de afectividad y sexualidad (TV, medios virtuales, radio, prensa escrita, etc.).

como el tráfico y turismo sexual de niños y niñas, se pueden entender como “todo tipo de actividad en que una persona usa el cuerpo de un niño/a o adolescente para sacar provecho de carácter sexual y/o económico, basándose en una relación de poder, considerándose explotador tanto aquel que intermedia u ofrece la posibilidad de la relación a un tercero, como al que mantiene la misma con el niño/a o adolescente, no importando si es frecuente, ocasional o permanente”. Se trata de actos que colocan a los niños, niñas y adolescentes en una situación de completa indefensión y violencia. Con el objetivo de resguardar los derechos de niños, niñas y adolescentes, SENAME implementa la Oficina de Protección de Derechos (OPD).

SENAME, plantea una amplia definición de protección de derechos, incluyendo un conjunto de acciones orientadas a restituir los derechos que han sido vulnerados a niños, niñas y adolescentes y contribuir al proceso reparatorio de las vulneraciones graves, que incluye a toda forma de perjuicio o abuso físico o mental, descuido o trato negligente, malos tratos y explotación. La intervención que se realiza con los y las afectadas considera el fortalecimiento de las capacidades y competencias de los padres, y de los recursos familiares, sociales y comunitarios, con el objetivo de lograr su bienestar psicológico y social.

Se distinguen dos formas de sistema de protección; uno de ellos focalizado en vulneraciones de derechos específicas que requieren tratamiento especializado, interdisciplinario, con articulación de redes de apoyo a los procesos de los niños y niñas. Esta versión incluye temáticas como el maltrato infantil, el abuso sexual, el consumo de drogas, la explotación sexual comercial infantil, la situación de calle de niños y niñas, el trabajo infantil y otras. La intervención que se realiza es ambulatoria, aunque en algunos casos se cuenta con el recurso residencial. Un segundo sistema, está orientado hacia aquellas personas que deben ser separados de su entorno social y familiar debido a una medida de protección emanada de un juez de menores. Esta modalidad pretende prestar atención cotidiana lo más personalizada y semejante posible a la vida en familia; y facilitar la reinserción familiar y social de éstos, considerando sus requerimientos personales.

Para llevar a cabo esto, el SENAME, cuenta con las siguientes alternativas: 1) Hogares de protección, donde los niños y niñas permanecen mientras se habilita a la familia de origen u otros referentes familiares o afectivos para hacerse cargo adecuadamente de ellos(as), 2) Familias de Acogida, constituidas por familia extensa, otros referentes afectivos o un grupo familiar alternativo, 3) Hogares de discapacitados leves y moderados, destinados a niños, niñas y adolescentes

con capacidades diferentes, que requieren atención integral y resguardo de sus derechos, y 4) Centros de rehabilitación síquica, que resguardan los derechos de niños, niñas o adolescentes con discapacidad intelectual profunda o multifacética, postrados o con necesidades permanentes de cuidados especializados.

Los proyectos que trabajan en la línea de protección de derechos (ambulatoria o residencial) atienden al niño o niña incluso desde que está en el vientre materno - cuando se trata de hijos o hijas de madres adolescentes o en situación de ser dados en adopción- hasta los 18 años.

En el ámbito de la protección de derechos, dentro del contexto de la reforma iniciada el año 2000 por el SENAME, es importante destacar la creación de las Oficinas de Protección de Derechos de la Infancia (OPD), instancias en el nivel local destinadas a realizar acciones encaminadas a brindar protección integral de los derechos de niños, niñas y adolescentes que se encuentren en una situación de exclusión social o vulneración de estos derechos. A las OPD les corresponde facilitar al niño el acceso efectivo a los programas, servicios y recursos disponibles en la comunidad para superar dicha situación.

La red ambulatoria de programas de protección de derechos del SENAME incluyen el desarrollo de programas preventivos que contribuyan al efectivo ejercicio y goce de los derechos de los niños (as) y adolescentes con la finalidad de prevenir la vulneración de los mismos. Dichos programas tienen un componente de promoción de derechos e intervención preventiva, acciones entre las cuales destaca la coordinación intersectorial y el trabajo de redes sociales y comunitarias.

SECRETARÍA GENERAL DE GOBIERNO

Desde la Secretaría General de Gobierno (2000) se plantea el **Plan nacional para superar la discriminación en Chile 2001-2006**. El propósito fundamental del Plan, es contribuir a la disminución progresiva de las distintas formas de discriminación y a desarrollar un ambiente respetuoso de las diferencias sociales y culturales. Se basó en los principios de Igualdad (los derechos económicos, sociales y culturales deben ser asegurados a toda persona independiente de su raza, color, sexo, edad, discapacidad, aspecto físico, idioma, religión, posición económica o condición social, orientación sexual), y el de no discriminación (El Estado debe tomar todas las medidas necesarias contra toda forma de discriminación, además de respetar y preservar la identidad propia de la persona).

Los grupos prioritarios a favor de los que se han reconocido estas acciones son los siguientes: mujeres, infancia, adultos mayores, juventud.

PRESIDENCIA DE LA REPÚBLICA

En marzo del presente año, la Presidenta electa Michelle Bachelet proclamó la creación del **Consejo nacional de políticas de infancia**, un consejo técnico asesor de la Presidencia y del Comité Interministerial para la Reforma de las Políticas de Infancia, cuyo objetivo será instalar las bases de un sistema de protección social que acoja a los chilenos desde su nacimiento hasta la vejez.

Como tarea, este consejo deberá realizar un diagnóstico que establecerá las metas y elaborará una propuesta para la infancia, y posteriormente deberá realizar un informe que deberá ser entregado el 30 de junio.

El Comité Técnico Asesor, está presidido por un grupo interdisciplinario y de distintos niveles de participación gubernamental y de organizaciones sociales. De manera simultánea, se creará un Comité Interministerial para la infancia que se dedicará a tratar los temas de la Reforma de las Políticas de Infancia y que estará integrado por los titulares del Ministerio de Planificación y Desarrollo (MIDEPLAN), Educación, Salud, Trabajo, Hacienda, Servicio Nacional de la Mujer (SERNAM) y Secretaría General de la Presidencia (SEGPRES).

ANEXO 2: DOCUMENTOS RELATIVOS A LOS DERECHOS DEL NIÑO

El decálogo de la Convención sobre Derechos del Niño:

Artículo 1º. El niño disfrutará de todos los derechos enunciados en esta declaración. Estos derechos serán reconocidos a todos los niños sin excepción alguna ni distinción o discriminación por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opiniones políticas o de otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento u otra condición, ya sea del propio niño o de su familia.

Artículo 2º. El niño gozará de una protección especial y dispondrá de oportunidades y servicios, dispensado todo ello por la ley y por otros medios, para que pueda desarrollarse física, mental, moral, espiritual y

socialmente en forma saludable y normal, así como en condiciones de libertad y dignidad. Al promulgar leyes con este fin, la consideración fundamental a que se atenderá será el interés superior del niño.

Artículo 3º. El niño tiene derecho desde su nacimiento a un nombre y a una nacionalidad.

Artículo 4º. El niño debe gozar de los beneficios de la seguridad social. Tendrá derecho a crecer y desarrollarse en buena salud; con este fin deberán proporcionarse, tanto a él como a su madre, cuidados especiales, incluso atención prenatal y postnatal. El niño tendrá derecho a disfrutar de alimentación, vivienda, recreo y servicios médicos adecuados.

Artículo 5º. El niño física o mentalmente impedido o que sufra algún impedimento social debe recibir el tratamiento, la educación y el cuidado especiales que requiere su caso particular.

Artículo 6º. El niño, para el pleno desarrollo de su personalidad, necesita amor y comprensión. Siempre que sea posible, deberá crecer al amparo y bajo la responsabilidad de sus padres y, en todo caso, en un ambiente de afecto y de seguridad moral y material; salvo circunstancias excepcionales, no deberá separarse al niño de corta edad de su madre. La sociedad y las autoridades públicas tendrán la obligación de cuidar especialmente a los niños sin familia o que carezcan de medios adecuados de subsistencia. Para el mantenimiento de los hijos de familias numerosas conviene conceder subsidios estatales o de otra índole.

Artículo 7º. El niño tiene derecho a recibir educación que será gratuita y obligatoria por lo menos en las etapas elementales. Se le dará una educación que favorezca su cultura general y le permita, en condiciones de igualdad de oportunidades, desarrollar sus aptitudes y su juicio individual, su sentido de responsabilidad moral y social y llegar a ser un miembro útil de la sociedad. El interés superior del niño debe ser el principio rector de quienes tienen la responsabilidad de su educación y orientación; dicha responsabilidad incumbe, en primer término, a sus padres. El niño debe disfrutar plenamente de juegos y recreaciones, los cuales deben estar orientados hacia los fines perseguidos por la educación; la sociedad y las autoridades públicas se esforzarán por promover el goce de este derecho.

Artículo 8º. El niño debe, en todas las circunstancias, figurar entre los primeros que reciban protección y socorro.

Artículo 9º. El niño debe ser protegido contra toda forma de abandono, crueldad y explotación. No será objeto de ningún tipo de trata. No deberá permitirse al niño trabajar antes de una edad mínima adecuada; en ningún caso se le dedicará ni se le permitirá que se dedique a ocupación o empleo alguno que pueda perjudicar su salud o educación o impedir su desarrollo físico, mental o moral.

Artículo 10º. El niño debe ser protegido contra las prácticas que puedan fomentar la discriminación racial, religiosa, o de cualquiera otra índole. Debe ser educado en un espíritu de comprensión, tolerancia, amistad entre los pueblos, paz y fraternidad universal, y con plena conciencia de que debe consagrar sus energías y aptitudes al servicio de sus semejantes.

Resulta útil la definición que se establece de cada una de dichas figuras en “Protegiendo los derechos de nuestros niños y niñas. Prevención del Maltrato y el Abuso Sexual Infantil en el espacio escolar. Manual de apoyo para profesores” (Fundación de la Familia, Ministerio de Justicia, 2004) documento desarrollado por la Fundación de la Familia y el Ministerio de Justicia. Actualmente y producto de los cambios introducidos por la Ley de Tribunales de Familia, el documento está siendo modificado y actualizado. No obstante, resulta ser un instrumento indispensable para todo profesional que esté en contacto con niños y niñas.

Violación: Acceso carnal, por vía vaginal, anal o bucal, a una persona mayor de 14 años, contra o sin su voluntad, o sin su consentimiento. Cuando la víctima es menor de 14 años, se define la violación como el acceso carnal, por vía vaginal, anal o bucal, en todos los casos.

Incesto: El que, conociendo las relaciones que lo ligan, cometiere incesto con un ascendiente o descendiente por consanguinidad o con un hermano consanguíneo.

Estupro: Acceso carnal, por vía vaginal, anal o bucal, a un menor de edad (mayor de 14 años y menor de 18 años), concurriendo cualquiera de las siguientes circunstancias: cuando se abusa de una anomalía o perturbación mental, aun transitoria; cuando se abusa de una relación de dependencia de la víctima; cuando se abusa del grave desamparo en

que se encuentra la víctima; cuando se engaña a la víctima abusando de su inexperiencia o ignorancia sexual.

Sodomía: Acceso carnal a un menor de 18 años del mismo sexo del hechor, aun cuando se trate de relaciones mutuamente consentidas. Si la víctima es un menor de 14 años, se tratará de una violación sodomítica.

Abuso sexual: Actos de significación sexual distintos del acceso carnal, es decir, manoseo, masturbación u otros que afecten los genitales, el ano o la boca de la víctima. Cuando el niño/a tiene entre 14 y 18 años, deben considerarse las circunstancias de violación o estupro. Cuando el niño/a es menor de 14 años, esta conducta siempre será sancionada. Se incluye en esta figura la introducción de objetos de cualquier índole o utilización de animales en ello.

Pornografía Infantil: Se sanciona al que, sin realizar una acción sexual en los términos anteriores, para procurar su excitación sexual o la excitación de otro, realizare acciones de significación sexual ante una persona menor de 14 años, la hiciere ver o escuchar material pornográfico, presenciar espectáculos del mismo carácter o determinare a una persona menor de 14 años a realizar acciones de significación sexual delante suyo o de otro. Si la víctima es mayor de 14 años, pero menor de 18 años, es necesario, además, que concurra la fuerza o intimidación o algunas de las circunstancias del estupro. También es sancionada la conducta de participación en la producción de material pornográfico en que hayan sido utilizados menores de 18 años, así como la exhibición, importación, almacenamiento, adquisición, difusión, distribución o comercialización de dicho material. Se entiende por material pornográfico aquel en cuya elaboración hubieren sido utilizados menores de 18 años, toda representación de éstos dedicados a actividades sexuales explícitas, reales o simuladas, o toda representación de sus genitales con fines primordialmente sexuales.

Utilización de niños para la prostitución: *"Proxenetismo"*: Se sanciona al que promoviere o facilitare la prostitución de menores de 18 años para satisfacer los deseos de otro, agravando la pena si existe habitualidad, abuso de autoridad, o de confianza o engaño. *"Trata de blancas"*: Se sanciona a quien promoviere o facilitare la entrada o salida de personas del país para que éstas ejerzan la prostitución en el territorio nacional o en el extranjero. *"Sanción al cliente"*: Se sanciona al que a cambio de dinero u otras prestaciones de cualquier naturaleza, obtuviere servicios sexuales

por parte de personas mayores de 14 pero menores de 18 años de edad, sin que medien las circunstancias de los delitos de violación o estupro.

Además se agrega una clasificación según la relación víctima-victimario, que desde la perspectiva del abuso sexual se refiere al abuso sexual, extrafamiliar como aquel que se da en dos situaciones: “aquel abuso cometido por un desconocido del niño/a, en cuyo caso el abusador goza sometiendo a su víctima por la fuerza y el terror, haciéndole sufrir, y aquel abuso cometido por un conocido del niño/a y su familia, situación en que el abusador manipula la confianza que le tienen” (Fundación de la Familia, Ministerio de Justicia, op. cit. p, 24). Por otra parte, está el **abuso sexual intrafamiliar**: “es aquel en que el abusador es un familiar. En este caso, el abusador se aprovecha del vínculo familiar, tanto emocionalmente como en el ejercicio de la autoridad abusiva. Este tipo de abuso tiende a repetirse, escasamente se trata de un episodio aislado. Generalmente se da un proceso gradual y progresivo que pasa por distintas etapas” Fundación de la Familia, Ministerio de Justicia, (op. cit., 24-25).

8. ABORTO

8.1. ESTADO DE LA SITUACIÓN

En Chile el aborto está penalizado en todos los casos, sin excepción. Hasta 1989, se permitía realizar abortos terapéuticos en los casos en que la mujer tenía riesgo de morir. Esta práctica estaba regulada por el artículo 119 del Código Sanitario, la cual fue derogada a fines del gobierno militar. Las cifras indican que el número de abortos que se practican en Chile actualmente es desconocido, ya que su práctica está penalizada. No obstante, algunos estudios que se realizaron en la última década sobre la incidencia del aborto inducido, indican que Chile tiene una de las tasas más altas de América Latina. Las estimaciones del número de abortos clandestinos que se practican anualmente en el país varían entre 159.650 (The Alan Guttmacher Institute, 1994), 200.000 (Requena, 1990), y alrededor de 60.000 (Lavin, 1994) abortos por cada 100 mujeres de 15 a 49 años. Según el informe The Alan Guttmacher de 1994, de 451.800 embarazos, 35% terminaron en un aborto inducido (The Alan Guttmacher Institute, op. cit.).

Según el Diagnóstico realizado por ICMER y CORSAPS (Shiappacasse, et. al., 2003) datos entregados por el Programa de Salud de la Mujer del Ministerio de Salud en el 2000, los egresos hospitalarios por aborto, en los servicios de salud públicos y privados del país, disminuyeron entre 1990 y 2000, de 36.528 a 29.546, respectivamente. Por su parte, las tasas de egresos por aborto también han mostrado un leve descenso en los últimos años. En 1997, la tasa fue de 115.8 por mil nacidos vivos, de 113.8 en 1998 y 111.7 en 1999. Estas varían según los servicios de salud del país. En 1999, las tasas más altas observadas fueron en los servicios de salud O'Higgins (178.8) y Atacama (178.3), superando la tasa de egresos por abortos a escala nacional.

Esta información es parcial y se refiere entonces a los egresos hospitalarios por complicaciones derivadas de aborto. Si bien es cierto se constata un descenso de las hospitalizaciones por aborto esta situación puede ser reflejo de la disminución de los abortos inducidos, y también posiblemente sea el resultado de una mejoría de las técnicas y procedimientos utilizados (Foro de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos y Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe, 2005).

Como es sabido las tasas de mortalidad por aborto en el país han disminuido drásticamente una vez iniciado el programa de Planificación Familiar en la década de los 60, esto se constata en la disminución de 10,7 a 0,5 muertes por cada 10.000 nacidos vivos entre 1960 y 2000 (Departamento de Estadísticas e Información de Salud, 2001 APUD Shiappacasse et al., 2003,50).

“La práctica del aborto y sus complicaciones implican un costo económico para el sistema de salud, aunque no se conoce su magnitud con exactitud. Las investigaciones realizadas en la década del sesenta, mostraron que el tratamiento de las complicaciones del aborto clandestino agotaba los recursos económicos y de sangre, siendo este uno de los factores que determinó el inicio del programa de planificación familiar en el país. Más recientemente, otro estudio encontró que las mujeres que acuden a los servicios de salud por complicaciones derivadas del aborto requieren entre 2.6 y 5 días de hospitalización y que el costo económico nacional para el tratamiento de estas complicaciones es de 15 millones de dólares al año” (Departamento de Estadísticas e Información de Salud, 2001 APUD Shiappacasse, et. al. 2003: 51).

Como se señala en el Monitoreo del Foro de Salud y Derechos Sexuales y reproductivos, si bien en los últimos años han disminuido notoriamente las muertes maternas y las muertes por aborto, en el 2000, las complicaciones derivadas del aborto clandestino causaron la cuarta parte de las muertes maternas, ubicando al aborto como la primera causa de mortalidad materna en Chile²⁰⁶.

Chile cuenta con el índice más alto de criminalización en América Latina. Las mujeres procesadas por aborto son jóvenes, con hijos/as, con o sin relación de pareja estable, de baja escolaridad y de escasos recursos, identificadas en

²⁰⁶ Cálculos en base a la información sobre causas detalladas de muertes contenida en el Instituto Nacional de Estadísticas, Anuario de Estadísticas Vitales 2000, Chile.

los recintos hospitalarios donde fueron atendidas. Es poco común procesamientos en contra de médicos o matronas (Casas, 1996).

Los debates en los medios de comunicación sobre aborto tienen varias vertientes, aquellos que se relacionan con otros temas del ámbito de la salud sexual y reproductiva, educación sexual y en particular al que hemos asistido durante los últimos 5 años sobre la anticoncepción de emergencia (Dides, 2005). Otro ejemplo es que durante el gobierno del Presidente Lagos se conocieron dos casos de mujeres quienes solicitaron la intervención médica para un aborto. Los dos embarazos eran incompatibles con vida extrauterina: anencefalia (2002), y embarazo molar de 61 cromosomas (2003). Este último ponía en riesgo la salud y vida de la mujer. Los médicos la intervinieron ante la urgencia médica; se dijo “no hubo aborto sino interrupción del embarazo”.

Las encuestas señalan que la ciudadanía está en contra de la legalización “liberal” del aborto, no así de que se permita en caso de que el embarazo sea producto de una violación, esté en peligro la salud o la vida de la madre o existan malformaciones graves del feto. La encuesta de la Fundación Futuro (2002) confirma esa tendencia: El 81% está en contra de legalizar el aborto; 61% del total de encuestados está de acuerdo con legislar sobre el aborto en caso de violación o incesto, 53% por malformación del feto y 56% si está en peligro la vida de la madre²⁰⁷.

EL aborto terapéutico también ha sido tema de amplio debate público a partir de 2002, a raíz de dos casos de mujeres que solicitaron a través de los medios de comunicación que se les practicara un aborto terapéutico (una de ellas por portar un feto con una patología severa incompatible con la vida, y la otra por tener un embarazo molar que ponía en riesgo su salud y su vida).

²⁰⁷ Encuesta Fundación Futuro 29 y 30 de agosto 2002. Por su parte, la 2ª encuesta sobre intolerancia y discriminación (Fundación Ideas 2000) señala que un 61% está en desacuerdo en que debe legislarse el aborto para que se realice en mejores condiciones y en acuerdo un 39%. Respecto a sí en algunos casos el aborto es aconsejable un 52% está de acuerdo y un 48% no lo está. Un 63% manifiestan estar en desacuerdo que las personas que se realizan abortos y quienes las ayudan deben ser castigadas, mientras que un 37% sí está de acuerdo. La encuesta Grupo Iniciativa (1999) señala que más del 80% de mujeres y hombres está de acuerdo que el aborto es una práctica frecuente en Chile; más del 70% está de acuerdo en que se permita el aborto cuando está en riesgo la vida de la madre; más del 60% está de acuerdo en que se permita el aborto cuando el feto no está bien; más del 60% está de acuerdo en que se permita el aborto cuando el embarazo es resultado de violación o incesto y un 20% está de acuerdo con el aborto cuando no se puede mantener más hijos/as. Un 20% está de acuerdo con permitir el aborto siempre que la mujer lo solicite. Encuesta Grupo Iniciativa 30 de enero 1999 (1250 mujeres y 550 hombres en edades entre los 20 años y 46 años y más, de la Región Metropolitana).

Se han desarrollado dos iniciativas relevantes en el 2003 de análisis y reflexión en torno a la situación legal del aborto en Chile. Por un lado, la mesa feminista y por otro la mesa para la reposición del aborto terapéutico. El Foro-Red de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos junto a la Red de Salud de las Mujeres de América Latina y El Caribe promueven la campaña por la despenalización del aborto los 28 de septiembre: "Día por la despenalización del aborto en América Latina y El Caribe, desarrollando una serie de actividades e iniciativas de diferente índole (Foro-Red de Salud de Derechos Sexuales y Reproductivos, 2005). EL Foro de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos en este último período ha desarrollado un encuentro para debatir sobre el tema. A su vez se hizo la presentación del libro de A. Faundez y J. Barzelatto sobre *El Drama del Aborto. En Busca de un Consenso*. Si bien es cierto se siguen desarrollando actividades de encuentro, no obstante no hay un debate social, que convierta el tema en una discusión dentro de la agenda pública.

Cabe señalar que según cifras del Ministerio Público en el año 2003 de un total de 69.960 causas ingresadas sólo 29 corresponden a aborto, es decir 29 imputadas, de las cuales 19 son mujeres, 2 son hombres y 8 sin información. Esta información corresponde a 6 regiones del país donde se estaba implementando la Reforma Procesal Penal (Casas et al., 2004).

8.2. LEGISLACIÓN, NORMAS Y REGLAMENTOS

Como ya hemos mencionado el aborto en Chile está penalizado en toda circunstancia, este hecho implica que Chile es uno de los pocos países de mundo en que la legislación mantiene la más absoluta penalización, cualquiera sea la razón o circunstancia por la cual se realice. A esto se suma, que el aborto terapéutico también está prohibido, aunque entre 1931 y 1989 fue permitido.

El aborto está regulado en el Código Penal, no obstante, tiene relación con otras normas legales, especialmente la Constitución de 1980. En septiembre de 1989, la Junta Militar aprobó la derogación del aborto terapéutico sin consulta ciudadana. Éste tuvo vigencia entre 1931 y 1989, artículo 119 Código Sanitario, que permitía efectuar el aborto en los casos en que la vida de la mujer embarazada estuviera en peligro, si contaba con la aprobación de dos médicos. Su derogación constituye

una de las “leyes de amarre” (Foro-Red de Salud de Derechos Sexuales y Reproductivos, op. cit.)²⁰⁸.

En el capítulo del Código Penal (vigente desde 1874, el cual ha tenido diversas modificaciones la más sustancial dice relación con los delitos sexuales en 1998, entre otras) ubica al aborto denominado “Crímenes y simples delitos contra el orden de las familias y contra la moralidad pública” y la atenuante de aborto por honor, indican que el propósito de este castigo ha sido asegurar el cumplimiento de las normas morales y las restricciones que socialmente se han impuesto al comportamiento sexual de las mujeres.

Las penas para las abortantes oscilan entre 3 años y 1 día a 5 años. Si se acoge la figura honoris causa (“sí lo hiciere para ocultar su deshonra”) la pena se reduce a 541 días a tres años y también penas de 541 días a 3 años a quienes realicen el aborto, agravándose si se trata de profesionales de la salud (Código Penal, artículos 342 a 345)²⁰⁹.

Las distintas situaciones que se han vivido en relación a los abortos, fueron objeto de reparos por órganos de Naciones Unidas cuya misión es fiscalizar el cumplimiento del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos y la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer.

El Comité de Derechos Humanos, encargado de supervigilar el cumplimiento del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos por los Estados partes al examinar la situación chilena en 1999 señaló que la “penalización de todo aborto, sin excepción, plantea graves problemas sobre todo a la luz de informes incontestados según los cuales muchas mujeres se someten a abortos ilegales poniendo en peligro sus vidas. El deber jurídico impuesto sobre el personal de salud de informar de los casos de mujeres que se hayan sometido a abortos puede inhibir a las mujeres que quieran obtener tratamiento médico, poniendo así en peligro sus vidas. El Estado parte está en el deber de adoptar las medidas necesarias para garantizar el derecho a la vida de todas las personas, incluidas las mujeres embarazadas que decidan inter-

²⁰⁸ El artículo 119 del Código Sanitario que disponía que “Sólo con fines terapéuticos se podrá interrumpir el embarazo. Para proceder a esta intervención se requerirá la opinión documentada de dos médicos cirujanos” fue modificado por la Ley N°18.826 de 15 de septiembre de 1989 señalando que “No podrá efectuarse ninguna acción cuyo fin sea provocar un aborto”.

²⁰⁹ Ver: Casas, 2005a y 2005b.

rumpir su embarazo. En este sentido el Comité recomienda que se revisará la ley para establecer excepciones de la prohibición general de todo aborto y proteger el carácter confidencial de la información médica (párrafo 15)” (Ver Foro-Red de Salud de Derechos Sexuales y Reproductivos, op. cit. p, 15).

Por su parte el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (CEDAW) al examinar la situación chilena en 1999 señaló que “El Comité, está preocupado en particular, por las leyes que prohíben y penalizan toda forma de aborto. Esas leyes afectan a la salud de la mujer, dan lugar a que aumente la mortalidad derivada de la maternidad y ocasionan nuevos sufrimientos cuando las mujeres son encarceladas por violar esas disposiciones...” (párrafo 228). “El Comité recomienda que el Gobierno contemple la posibilidad de llevar a cabo una revisión de la legislación relacionada con el aborto con miras a enmendarla, en particular con objeto de proporcionar abortos en condiciones de seguridad y permitir la interrupción del embarazo por razones terapéuticas o relacionadas con la salud de la mujer, incluida la salud mental. El Comité insta también al Gobierno a revisar las leyes en que se exige que los profesionales del sector de la salud informen sobre las mujeres que se someten a aborto a los organismos encargados de hacer cumplir las leyes, los cuales imponen sanciones penales a esas mujeres. También pide al Gobierno que refuerce las medidas encaminadas a la prevención de embarazos no deseados, incluso ampliando la disponibilidad sin restricciones de medios anticonceptivos de toda índole...” (Párrafo 229) (Ver Foro-Red de Salud de Derechos Sexuales y Reproductivos, op. cit. p, 16).

Respecto a la obligación del personal de salud de denunciar a las mujeres que abortan, no existen disposiciones claras que les permitan dar cabal cumplimiento a su obligación de secreto profesional (Ver Casas e Isla, 2002; Zorrilla, 2002).

PROYECTOS DE LEY

Actualmente está en tramitación un proyecto presentado por los Diputados UDI Marcela Cubillos, Marcelo Forni y otros, similar al rechazado en el Senado en 1998, aumenta el marco penal (por sobre los 5 años) a fin de evitar la posibilidad de salidas alternativas a la pena (libertad vigilada, remisión condicional de la pena en caso de condena), incorpora la figura del arrepentimiento eficaz o delación compensada que se utiliza en ley de narcotráfico y ley anti-terrorista; pretende que la mujer condenada pueda remitir la condena con trabajo voluntario en organizaciones “pro-vida”. Los proyectos presentados

son similares a los que impulsó el miembro de la Junta Toribio Merino del que resultó la derogación al aborto terapéutico en 1989.

Pese a que existe la prohibición absoluta del aborto en nuestro país, en la última década han habido dos iniciativas del poder legislativo para aumentar aun más la penalización en los casos de aborto. Una de ellas fue el proyecto de ley presentado por un senador de la UDI que fue rechazado en el Senado por una minoría en 1998, y otro presentado recientemente por un grupo de diputados también de la UDI. La iniciativa de re-establecer el aborto terapéutico ha sido parte del debate en los gobiernos de la Concertación. Pese a que el actual gobierno ha declarado en reiteradas ocasiones que el tema del aborto no será incluido en su agenda política, un grupo de parlamentarios de algunos partidos de gobierno y uno de oposición, presentaron un proyecto de ley para reestablecer el artículo 119 del Código Sanitario en enero de 2003.

Actualmente existen dos proyectos de ley en trámite respecto del aborto. Presentados ambos por los parlamentarios/os (moción) sin intervención alguna del gobierno.

El primero, presentado en junio de 2002 por diputados/as de la Unión Demócrata Independiente (UDI) (Boletín "2978-07"), apunta a cambiar la ubicación actual del delito de aborto entre los delitos contra la moralidad pública y el orden de las familias al capítulo de los delitos contra las personas, lo que conllevaría un significativo aumento de las penas, tanto para las mujeres que practican o se someten a abortos como para los terceros que intervienen; además este proyecto propone introducir la figura de arrepentimiento eficaz como circunstancia que permitiría no aplicar la sanción penal a la mujer que aborta y por último, faculta al juez a conmutar la pena privativa de libertad que se impone a la mujer, por la realización de trabajos determinados en favor de la comunidad, especialmente en organizaciones de tipo "pro-vida"²¹⁰.

El segundo proyecto presentado en enero de 2003, (Boletín "3197-11") apunta a re-establecer el aborto terapéutico en el Código Sanitario tal y

²¹⁰ Moción de los diputados señores Rodrigo Álvarez Z., Eugenio Bauer J., Marcelo Forni L., José Antonio Kast R., Iván Moreira B., Darío Paya M., Felipe Salaberry S., Gonzalo Uriarte H., Ignacio Urrutia B. Iván Morerira, Darío Paya y la diputada Marcela Cubillos S. Boletín Legislativo N° 2978-07. Materia Modifica en el Código Penal el delito de aborto.

como se permitiera antes de su derogación por el Gobierno Militar, esto es “Sólo con fines terapéuticos se podrá interrumpir un embarazo. Para proceder a esta intervención se requerirá la opinión documentada de dos médicos cirujanos”²¹¹. Éste se encuentra en la Comisión de Salud y cuenta con el apoyo de diputados/as tanto de la baranda de la concertación como de la derecha (en particular Partido Renovación Nacional).

Hasta la fecha los proyectos no se han debatido y el Gobierno no se ha pronunciado al respecto, ni en el sentido de manifestar su rechazo a la idea de aumentar las penas para las mujeres que abortan; ni tampoco señalando el apoyo a la reposición del aborto terapéutico.

Cabe señalar que el Proyecto de Ley Marco Boletín “2608-11” elaborado por un grupo de organizaciones y personas de la sociedad civil y presentado por diputados/as de todas las bancadas²¹² en octubre del 2000, que aún se encuentra en trámite en la Comisión de Salud de la Cámara, contiene en su artículo 17 que “Se reconoce a las/los usuarios/as de los servicios de salud pública y privada el derecho a la confidencialidad de la información relacionada con la salud sexual y reproductiva, entre los cuales se incluye la confidencialidad de la información en complicaciones de aborto y acceso a métodos anticonceptivos”

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

En el año 1991 existieron otros proyectos de ley que son importantes de señalar, el primero de ellos, presentado a la Comisión de Constitución, Legislación y Justicia que hoy se encuentra archivado Boletín “499-07”, cuyo objeto era la Modificación del art. 119 del Código Sanitario en lo relativo al aborto terapéutico.²¹³ El segundo presentado en 1994 (Boletín “1297-18”) por parte de la derecha refiriéndose al mismo objetivo Modificación del Código Penal y el Código de Procedimiento Penal en lo relativo al delito de aborto,

²¹¹ Moción de los/as diputados/as Adriana Muñoz D., María Antonieta Saa D., Carmen Ibañez S., Isabel Allende B., Enrique Accorsi O., Guido Girardi L., Osvaldo Palma F., Arturo Longton G., Fulvio Rossi C., Carlos Abel Jarpa W. Boletín Legislativo 3197-11. Modif. el art. 119 del Código Sanitario en lo relativo al aborto terapéutico.

²¹² Isabel Allende B. Rosa González R. Víctor Jeame B. Gabriel Ascencio M. Carlos Jarpa W. Osvaldo Palma F. Marina Prochelle A. María Antonieta Saa D. Fanny Pollarolo V. Jaime Mulet M. Boletín “2608-11”.

²¹³ Presentado por los y las diputada Carlos Smok U. Juan Pablo Letelier M. Armando Arancibia C. Carlos Montes C. Adriana Muñoz D. Boletín “499-07”.

fue presentado a la Comisión de Familia de la Cámara de Diputados²¹⁴, y hoy se encuentra archivado.

Existe un proyecto de ley, Boletín “3608-04”, presentado en julio del 2004 por diputados de la derecha a la Comisión de Educación, Cultura, deportes y recreación que *Autoriza erigir tres monumentos en memoria de las víctimas del aborto*, éste se encuentra en trámite²¹⁵.

SÍNTESIS

MODIFICA artículo 119 del Código Sanitario, en lo relativo al aborto terapéutico / moción de los Diputados A. Muñoz, A. Arancibia, C. Smok, J.P. Letelier y C. Montes. Boletín de sesiones de la Cámara de Diputados, Santiago, Chile, Congreso Nacional, Cámara de Diputados, Legisl. 322 Ord., 41ª. Ses., 17 set. 1991, Bol. 499-07, p. 4088-4090.

Archivado desde junio de 1997. Tramitación: Legisl. 335 Ord. ? Oficio de la Com. de Constitución que propone archivo del proyecto (9ª. Ses., 17.06.97).

MODIFICA el Código Penal, aumentando la penalidad del delito de aborto / moción del H. Senador Hernán Larraín Fernández. Diario de Sesiones del Senado, Santiago, Chile, Congreso Nacional, Senado, Legisl. 329 Ord., 16ª. Ses., Bol. 1302-07, 2 ag. 1994, p. 2368-2370. Rechazado. Tramitación: Legisl. 331 Ord. ? Cuenta del Informe de la Comisión de Constitución (5ª. Ses., 07.06.95). Discusión (20ª. Ses., 20.07.95). Discusión (24ª. Ses., 08.08.95) -- Legisl. 338 Ord. ? Cuenta del Informe de la Comisión de Salud (4ª. Ses., 10.06.98). Discusión particular (14ª. Ses., 15.07.98). Discusión particular (20ª. Ses., 12.08.98). Discusión (25ª. Ses., 01.09.98). Se rechaza; se dispone el archivo (30ª. Ses., 15.09.98).

MODIFICA el Código Penal en materia de aborto / moción del Diputado Darío Paya Mira. Boletín de Sesiones de la Cámara de Diputados, Santiago, Chile, Congreso Nacional, Cámara de Diputados, Legisl. 329 Ord., 25ª. Ses., Bol. 1298-18, 2 ag. 1994, p. 2824-2828. Archivado desde

²¹⁴ Presentado por los Diputados/a: Pedro Pablo Alvarez-Salamanca B. María Angélica Cristi M. Alberto Espina O. Arturo Longton G. Boletín “1297-18”.

²¹⁵ Diputados/as patrocinantes son Marcela Cubillos S. Eduardo Díaz D. Julio Dittborn C. Javier Hernández H. Darío Molina S. Iván Moreira B. Marcelo Forni L. Felipe Salaberry S. Cristián Leya M. Gonzalo Uriarte H. Boletín “3608-04”

marzo de 1998. Tramitación: Legisl. 332 Extraord. ? Informado por Com. de Familia pasa a Com. de Constitución (17.01.96) -- Legisl. 337 Extraord.- Oficio de la Com. de Constitución proponiendo archivo del proyecto (5ª. Ses., 25.03.98).

MODIFICA el Código Penal y el Código de Procedimiento Penal en lo relativo al delito de aborto / moción de los Diputados A. Espina O., Ma. A. Cristi M., G. Longton y Álvarez-Salamanca. Boletín de Sesiones de la Cámara de Diputados, Santiago, Chile, Congreso Nacional, Cámara de Diputados, Legisl. 329 Ord., 25ª. Ses., 12 ag. 1994, Bol.

1297-18, p. 2820-2822. Archivado desde marzo de 1998. Tramitación: Legisl. 332 Extraord. ? Informado por Com. de Familia pasa a Com. de Constitución (17.01.96) -- Legisl. 337 Extraord.- Oficio de la Com. de Constitución proponiendo archivo del proyecto (5ª. Ses., 25.03.98).

En noviembre de 2006 se presentó a la Cámara de Diputados un Proyecto de Ley que despenaliza hipótesis de conductas de aborto consentido por el Diputado Marco Antonio Enríquez-Ominami y Diputado René Alinco que plantea lo siguiente:

Art. 1º.- Modifíquese el Código Penal en el siguiente sentido:

1. Incorpórese el siguiente art. 344bis.

Art. 344 bis. Tratándose de las conductas descritas en el N°3 del art. 342, del inciso primero del art. 344 y del inciso segundo del 345 estará exenta de penalidad la mujer, cuando el aborto se practicare con su consentimiento y dentro de las doce semanas desde la concepción. Si se tratare de una menor o incapaz será necesario el consentimiento de consuno con su representante legal.

2. Deróguese el inciso segundo del art. 344.

3. Agréguese el siguiente inciso segundo al art. 345:

El aborto practicado por un médico con el consentimiento de la mujer, no será punible si se practica dentro del plazo de doce semanas, o bien, transcurrido ese lapso en las siguientes hipótesis:

a) Si se ha hecho con el fin de evitar un peligro para la vida o la salud física o psíquico-social de la madre y si este peligro no puede ser evitado por otros medios;

b) Si el embarazo proviene de una violación. Si se tratare de una menor o incapaz, será necesario el consentimiento de consuno con su representante legal.

Art. 2°.- Modifíquese el art. 119 del Código Sanitario, agregando a continuación de la expresión “aborto” seguida de una “la siguiente frase”, “sin perjuicio de lo dispuesto en los arts. 344bis y 345 del Código Penal”.

8.3. POLÍTICAS PÚBLICAS

En Chile no existen programas especiales para la atención postaborto, aunque sí se brinda atención médica a las complicaciones que sufren las mujeres, lo que sin duda ha contribuido en forma importante a la disminución de las muertes maternas por aborto. Sin embargo, no existe una política, programa, ni campaña alguna destinada a humanizar dicha atención.

No se ha sensibilizado ni capacitado al personal de salud para brindar una atención de calidad a las mujeres que sufren complicaciones por aborto. No se realiza la aspiración endouterina (AMEU) ni se garantiza el uso de anestesia. Tampoco se vislumbran esfuerzos para evitar los malos tratos que en muchos casos –según documentan investigaciones (Centro Legal para Derechos Reproductivos y Políticas públicas y Foro Abierto de Salud y Derechos Reproductivos, 1998)- reciben las mujeres de parte del personal médico y no médico.

Se brinda atención a las mujeres con complicaciones derivadas de abortos en los hospitales, pero no existen protocolos para humanizar la atención. El Programa de la Mujer de Ministerio de Salud, 1997, establece *que la hospitalización por aborto comprende educación en paternidad responsable* y referencia al alta a control en nivel primario (Foro de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos, 2005: 24).

9. REGULACIÓN DE LA FERTILIDAD: MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS, ESTERILIZACIÓN VOLUNTARIA, ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA

9.1. ESTADO DE LA SITUACIÓN

Las tasas de fecundidad se han reducido a la mitad durante las últimas cuatro décadas, siendo la tasa global de fecundidad, (TGF), de 5.3 hijos/as por mujer en 1960 y disminuyendo a 2.3 de acuerdo al Censo de 2002. Esta disminución ha sido una consecuencia del uso de métodos anticonceptivos modernos desde que se inició el programa de planificación familiar en Chile en 1964. Pero también existe otro factor vinculado a esta disminución, que es el número de hijos/as deseados por la mujer y/o pareja cuestión asociada a las transformaciones culturales en el ámbito de la intimidad.

En Chile no se han realizado encuestas de fecundidad desde 1974, por tanto existe una carencia de información respecto a dimensionar las necesidades de información, servicios y acceso a métodos anticonceptivos, como tampoco de la demanda insatisfecha.

Hasta 1992, los métodos anticonceptivos eran proporcionados por la Agencia Internacional para el Desarrollo de Estados Unidos, la cual suspendió la donación ese año y desde entonces son suministrados por el gobierno. Los métodos ofrecidos en la mayoría de los consultorios de atención primaria son limitados y generalmente sólo se dispone del dispositivo intrauterino (DIU), T de Cobre 380, pastillas combinadas y condones. Algunos servicios disponen además de inyectables combinados mensuales, inyectables trimestrales y pastillas de progestágenos puros.

Según Diagnóstico de ICMER y CORSAPS en el 2001, del total de población bajo control de métodos anticonceptivos en el sistema público, la mayoría (58.3%) eran usuarias de dispositivo intrauterino y en un menor porcentaje de pastillas combinadas (31.1%). Un 4.7% eran usuarias de pastillas de progestágenos puros, un 2.9% de condones y un 0.5% de inyectables combinados. El 81% de los condones fueron entregados a mujeres y sólo el 19% se entregó a hombres. El porcentaje de mujeres esterilizadas fue de 2.5%

Cabe señalar que las estadísticas de planificación familiar en nuestro país no cuentan con información completa debido a la ausencia de un sistema nacional de información, que incluya el servicio privado de salud, la venta de anticonceptivos a través de farmacias, encuestas de población y seguimiento de las usuarias. Por tanto, los datos encontrados son las estadísticas del Ministerio de Salud, que declaran que el porcentaje de usuarias nuevas de métodos anticonceptivos de la población beneficiaria en edad fértil en el sistema público de salud fue de apenas un 9.5% el 2000, cifra similar a la de 1990 (9.0%).

Por su parte los datos de la Encuesta Nacional de Calidad de Vida y Salud, muestran que un porcentaje importante de las mujeres obtiene el método anticonceptivo en la consulta privada y en farmacias (39.8%). Esto explicaría, que, pese a que un porcentaje relativamente reducido de mujeres se controla en planificación familiar en los servicios públicos, las tasas de fecundidad y natalidad son bajas. También según la Encuesta Nacional de Calidad de Vida y Salud, la prevalencia de uso de métodos anticonceptivos es menor en las personas con menor nivel educacional y aumenta en la población con más años de educación.

ESTERILIZACIÓN VOLUNTARIA

El Ministerio de Salud realizó en el 2002 la primera evaluación sobre la implementación de la Resolución Ministerial que regula las esterilizaciones en los Servicios de Salud del país. Los resultados fueron difundidos en el documento Diagnóstico de situación sobre esterilizaciones voluntarias²¹⁶. Éste informó que se realizaron 16.344 esterilizaciones femeninas y 137 vasectomías, lo que representa el 99.2% y 0.8% del total de esterilizaciones, respectivamente. Este es el primer año en el cual se realizaron vasectomías en el sistema público de salud. Del total de 28 Servicios de Salud que realizaron esterilizaciones femeninas sólo 9 efectuaron vasectomías. No todos los Servicios de Salud contaban con información sobre el número de

²¹⁶ Diagnóstico de situación sobre esterilizaciones voluntarias. División Rectoría y Regulación Sanitaria, Departamento de las Personas, Programa Salud de la Mujer. MINSAL, Junio 2002.

solicitudes de esterilización femenina, lo que no permitió conocer cuál era el nivel de demanda insatisfecha para este procedimiento en estos servicios.

ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA

La Anticoncepción de emergencia se encuentra disponible en las grandes cadenas farmacéuticas desde año el 2001 (Postinor 2 del Laboratorio Grünental). No obstante, para poder comprarlo es necesaria una receta médica (receta médica retenida) la cual queda en la farmacia.

Se incorpora la anticoncepción de emergencia a las Normas de Atención a Víctimas de Violencia Sexual del MINSAL, sólo para mujeres violadas, y en las Normas Nacionales sobre Regulación de la Fertilidad. A pesar de este cambio favorable para las mujeres, no existe información y acceso a la AE como parte de la atención de salud de los servicios de regulación de la fecundidad. Sólo se puede obtener con receta médica retenida.

9.2 LEGISLACIÓN, NORMAS Y REGLAMENTOS

El Código Sanitario en su Artículo 16. Toda mujer, durante el embarazo y hasta el sexto mes del nacimiento del hijo, y el niño, tendrán derecho a la protección y vigilancia del Estado por intermedio de las instituciones que correspondan. La tuición del Estado comprenderá la higiene y asistencia social, tanto de la madre como del hijo.

Artículo 17. La atención de la mujer y del niño durante los períodos a que se refiere el Artículo anterior será gratuita para los indigentes en todos los establecimientos del Servicio Nacional de Salud, conforme lo determine el reglamento.

Artículo 38. El Servicio Nacional de la Salud tendrá a su cargo la lucha contra las enfermedades venéreas y procurará evitar su propagación por todos los medios educacionales, preventivos o de otro orden que estime necesarios.

En Chile existe regulación sobre la atención de salud integral de las mujeres -Programa de Salud de la Mujer, M. Salud, 1997- que comprende aspectos reproductivos y no reproductivos; sin embargo no existe regulación específica sobre la calidad de la atención en tales servicios. Tampoco existen leyes que reconozcan

ni garanticen los derechos sexuales y reproductivos de las personas. Por su parte tampoco existen garantías a los derechos sexuales y reproductivos de las personas discapacitadas. En 1991 se crea el Consejo Nacional sobre la Discapacidad (CONADIS) y en 1994 se aprueba el marco jurídico que resguarda los derechos de las personas discapacitadas (Ley N° 19.284 sobre Integración Social de las Personas con discapacidad) sin embargo, esta legislación no aborda sus derechos sexuales y reproductivos. La regulación sanitaria sobre enfermedades mentales exige el consentimiento informado de personas con enfermedades mentales para la anticoncepción quirúrgica y tratamientos para reducir o suprimir impulso sexual. En los casos de personas que carecen de discernimiento puede autorizar su representante legal (Decreto N° 570 de 2000, M. Salud).

Los servicios de regulación de la fecundidad no exigen autorización de la pareja para que las mujeres puedan acceder a métodos anticonceptivos.

Cabe señalar que en octubre del 2000 se ingresó a la cámara de diputados (Comisión de Salud) el Proyecto de Ley de Derechos Sexuales y Reproductivos.

ESTERILIZACIÓN VOLUNTARIA

En el contexto de dar cumplimiento a la Convención sobre Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, promulgada en 1989 y los acuerdos suscritos por Chile en la Conferencia sobre la Mujer, (Beijing 1995) el 30 de noviembre de 2000 el Ministerio de Salud de Chile dictó la **Resolución Exenta N° 2.326 “Fija directrices para los servicios de salud sobre esterilización femenina y masculina”**, que regula la esterilización voluntaria de las mujeres y que permite la realización de vasectomías (procedimiento que antes no estaba reglamentado en Chile), en establecimientos dependientes de los Servicios de Salud públicos. Esta resolución vigente de diciembre del 2000, declara que la esterilización quirúrgica voluntaria debería estar disponible sin restricciones en los servicios públicos pero, en la práctica, existen aún amplias barreras médicas y de los servicios para que las mujeres y los hombres puedan acceder a ella. Se modificó la reglamentación administrativa sobre la esterilización voluntaria que permite a las mujeres y hombres esterilizarse sin otro requisito que su propia decisión y voluntad y resguarda el consentimiento informado (Ministerio de Salud, 2000).

Esta nueva normativa es producto del esfuerzo de la Corporación de Salud y Políticas Sociales-CORSAPS, la Sociedad Chilena de Obstetricia

y Ginecología, Asociación Chilena de Protección a la Familia-APROFA, el Colegio de Matronas, el Servicio Nacional de la Mujer, el Programa de Salud de la Mujer, el Servicio de Salud Metropolitano Norte y el Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente del Ministerio de Salud, Instituto Chileno de Medicina Reproductiva-ICMER y el Foro Abierto de salud y derechos sexuales y reproductivos, apoyada también por la Diputada María Antonieta Saa. El fin de este trabajo mancomunado fue mejorar la normativa vigente asegurando los derechos esenciales de mujeres y hombres en materia de salud sexual y reproductiva.

Entre los argumentos esgrimidos por el Ministerio de Salud al momento de modificar la resolución existente desde 1975, destacó la necesidad de cumplir con la Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación en contra de la Mujer (CEDAW) ratificada por Chile en 1989. Por la inobservancia de esta convención, el país había sido objeto de diversos reparos por parte de la comunidad internacional.

Antes existía una norma de 1975, que establecía que las mujeres podían esterilizarse siempre que tuvieran una condición médica que la justificara, tuvieran más de 32 años y 4 hijos/as vivos. El requisito de edad se reducía a 30 años si existía riesgo obstétrico. Por otra parte, había una exigencia adicional impuesta por decisión de los jefes de servicios gineco-obstétricos, que requerían el consentimiento del marido de la mujer. Cuando la mujer era separada o convivía, se solicitaba la autorización de la pareja, independientemente del estado civil. Esta norma sólo se aplicaba en los centros de salud públicos, con lo cual se producía una discriminación por razón de la clase social.

La modificación tuvo por objeto poner fin a la discriminación de género, puesto que antes se supeditaba la decisión de la mujer a las opiniones de terceros (médicos y parejas) y abrió la posibilidad de que el sistema de salud otorgue prestaciones de vasectomías a los hombres.

La nueva normativa (2000) modificó la reglamentación administrativa sobre la esterilización voluntaria que permite a las mujeres y hombres esterilizarse sin otro requisito que su propia decisión y voluntad. En síntesis, los establecimientos asistenciales de salud efectuarán acciones de salud destinadas a la esterilización voluntaria de hombres o mujeres de acuerdo a las siguientes disposiciones: se puede acceder a la esterilización a petición de la persona solicitante, por recomendación médica o a solicitud de terceros, en casos especiales. Es una decisión personal y emanará de la voluntad libre manifestada por quien la solicite, sin

que ello quede supeditado a la aprobación de terceras personas, respecto de mayores de edad en posesión de sus facultades mentales; antes de la esterilización, el profesional tratante, médico, matrona debe entregar consejería en salud sexual y reproductiva a la persona, con información completa de métodos anti-conceptivos y sobre la situación de irreversibilidad en el caso de la vasectomía y de alta improbabilidad de reversión en el caso de la esterilización femenina, incluyendo las posibles complicaciones y porcentaje de fracaso de ambas.

A su vez, si el solicitante persiste en su decisión previo a la ejecución del procedimiento, se dejará constancia en un documento. La persona podrá desistir siempre de la decisión tomada, antes de iniciado el proceso bastando para ello su mera declaración en tal sentido. En caso en que se vaya a practicar la esterilización durante la realización de una operación cesárea se deben efectuar antes los procedimientos consejería de la persona. Por otra parte la esterilización de personas en edad reproductiva que padecen de una enfermedad discapacitante que le produzca carencia de discernimiento, para ello los tratamientos o procedimientos irreversibles requieren del consentimiento del apoderado del paciente que ratifique la opinión del médico tratante.

La nueva normativa elimina los obstáculos que impedían la esterilización voluntaria de las mujeres. Los hombres tendrán acceso a los servicios públicos de salud para practicarse la vasectomía. Los solicitantes recibirán información sobre la esterilización como un método irreversible de anticoncepción a fin de hacer comprensible por los potenciales usuarios lo que se define como consentimiento informado.

ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA

En abril del 2004 el Ministerio de Salud emitió una nueva normativa para la atención de urgencia a quienes han sufrido violencia sexual “Normas y Guía Clínica para la atención en Servicios de Urgencia a Personas Víctimas de Violencia Sexual” incorpora la atención a mujeres violadas, tanto adultas como jóvenes, y entrega la información sobre AE. Cabe señalar que cuando se anunciaron estas normas, se hizo entrega de 35.000 dosis de Postinor 2 a la red de salud pública (Dides, 2006).

Señala la norma que cuando una persona que ha sido víctima de violencia o abuso sexual es llevada a un servicio de urgencia, está ejerciendo su derecho a ser atendida por un profesional o técnico de salud. El objetivo de la atención es siempre, en primer lugar, reconocer, diagnosticar y tratar adecuadamente los síntomas y los daños contribuyendo a disminuir el sufrimiento, a la recu-

peración del bienestar y a evitar o minimizar las consecuencias y secuelas de la violencia sufrida. A su vez plantea que el Ministerio Público reconoce a las víctimas algunos derechos específicos. En este sentido la atención en los servicios de salud de urgencia debe asegurar y/o facilitar los derechos a: a ser atendida; a recibir un trato digno; a denunciar el delito; a ser informada de sus derechos y la forma de ejercerlos; a solicitar protección; a obtener reparación; a ser escuchada; a interponer querrela; a participar en el proceso; a reclamar.

Respecto al tratamiento se describe los aspectos específicos de las intervenciones destinadas a prevenir o minimizar las consecuencias patológicas o no deseadas de la violencia o abuso. En particular se refiere a la prevención de embarazo después de una violación, "Si la víctima es una adolescente o una mujer adulta en etapa reproductiva, tiene derecho a ser informada de una manera adecuada, que existe una forma efectiva y segura de prevenir un embarazo no deseado... en el caso de estar utilizando anticoncepción hormonal o dispositivo intrauterino en forma regular al momento de sufrir una violación, debe igualmente ser informada de este tratamiento, aunque el riesgo de falla sea mínimo. A pesar de la información científica disponible, existen profesionales que por otras razones se niegan a indicar este tratamiento preventivo. Debe evitarse que atiendan víctimas de una violación. El/la profesional debe delegar la atención a otro u otra profesional, ya que, incluso la entrega de información y consejería podrían inducir una determinada decisión en la víctima". Se entregará la AE y/o método Yuzpe.

En el 2006 existe un nuevo escenario producto de la incorporación de la AE en las nuevas Normas Nacionales sobre Regulación de la Fertilidad del MINSAL. Dichas Normas tienen como propósito "regular el acceso y la calidad de estos servicios, contribuyen al logro de los Objetivos Sanitarios para la década, particularmente los de continuar disminuyendo la mortalidad materna mediante la reducción de los embarazos no deseados y de alto riesgo; el de corregir las inequidades existentes en salud sexual y reproductiva, y el de responder a las expectativas de la población".

Las personas que demandan atención para regular voluntariamente su fertilidad deben ser atendidas en servicios públicos o privados que cumplan con las siguientes características generales:

1. Ser consecuentes con los principios de la bioética y el ejercicio de los derechos que el Estado reconoce a las personas en el ámbito de la salud sexual y reproductiva y la regulación de la fertilidad.

2. Responder a las necesidades diferenciadas que respecto de sexualidad y reproducción tienen las mujeres y los hombres, producto de determinaciones de género.

3. Contribuir en forma explícita a corregir inequidades de género en salud sexual y reproductiva, facilitando procesos de empoderamiento y la protección especial de la salud de las mujeres.

4. Cumplir con los criterios de calidad desde la perspectiva de la forma de provisión, de las personas atendidas, de las/os proveedoras/es y del manejo de los insumos anticonceptivos.

5. Los proveedores de servicios de regulación de la fertilidad deben realizar la orientación y consejería, la entrega o inserción de un método anticonceptivo y los procedimientos quirúrgicos destinados a evitar embarazos, de acuerdo a las normas establecidas en este documento, el que se basa en los Criterios Médicos de Elegibilidad y las Recomendaciones sobre Prácticas Seleccionadas para el uso de anticonceptivos de la Organización Mundial de la Salud.

6. Considerar en la provisión de servicios las particularidades de la anti-concepción en adolescentes, en mujeres después de los 35 años, en el período post-parto, en el período post-aborto, y en personas con riesgo o portadoras de una infección de transmisión sexual y VIH / SIDA.

7. Instalar en forma intencionada, modalidades de provisión de servicios que incentiven la participación de los hombres en la prevención de embarazos no deseados.

8. Priorizar esfuerzos y recursos en la atención de los grupos de población con menores recursos económicos, cognitivos y sociales, para proteger su ejercicio del derecho a una maternidad y paternidad intencionada y responsable.

9. Contar con mecanismos participativos expeditos para incorporar la opinión, sugerencias, quejas y demandas de las personas usuarias.

10. Proporcionar a las personas que son atendidas, información para mejorar y mantener su salud y contar con procedimientos expeditos para derivarlas a otros servicios preventivos, o para el tratamiento de

patologías detectadas, sea en el ámbito sexual y reproductivo o en cualquier otro” (Ministerio de Salud, 2006).

9.3. JURISPRUDENCIA

Las acciones judiciales en contra de la píldora se han centrado en los posibles efectos del método, uno de los cuales es considerado microabortivo (Casas y Contesse, paper inédito). Estos se han dado bajo dos tipos distintos de juicios y con resultados disímiles como detallaremos a continuación. No obstante la línea argumental de ambas acciones judiciales ha sido fundamentalmente la misma.

Varias organizaciones interpusieron recursos de protección en favor de los no nacidos y los que están por nacer en marzo de 2001²¹⁷. También lo hicieron en favor de las potenciales usuarias, con el propósito de que ellas “no [fueran] víctimas de una píldora que en apariencia pudiere ser inocua para ellas; pero que en verdad solo “desecharía la vida humana a temprana hora”. Según los demandantes “pro-vida”, la utilización de la píldora por una persona, al “haber procurado la muerte de su propia descendencia puede ser causal del mayor martirio de por vida en la conciencia de un sujeto”²¹⁸. Otra acción, y en similares términos, se presentó en favor de la protección de “la integridad física y psíquica de todas las personas, padres y madres, que tuvieren que soportar las consecuencias de un hecho tan aborrecible, como lo es la interrupción de la vida, y por todas las secuelas que este tipo de hechos puede dar...”²¹⁹.

Una de las acciones judiciales estaba además dirigida a la declaración de inconstitucionalidad del componente químico, es decir, el principio activo compuesto por la hormona sintética *-progestina-* de la píldora (levonorgestrel en dosis de 0.75 mg) como también en contra de “todos los métodos y drogas que produzcan el mismo efecto”. Ello, por ejemplo, incluiría al dispositivo intrauterino.

²¹⁷ Recurrieron de protección la ONG sin personalidad jurídica “Frente por la Vida y la Acción Solidaria”; la ONG “Desarrollo para la Investigación, Formación y Estudio sobre la Mujer (ISFEM); el Centro Internacional para el Estudio de la Vida Humana y el Movimiento Mundial de Madres, organismo “en formación”, como señala el recurso.

²¹⁸ Recurso de protección Sara Philipp Izquierdo, C.A. de Santiago, rol 850-2001. Se acumuló a roles 1579, 1676 y 1737 de 2001.

²¹⁹ Recurso de protección de la organización Frente por la Vida y la Acción Solidaria.

EL DERECHO A LA VIDA

En esta primera serie de acciones judiciales, los argumentos se centraron en la violación de parte de los órganos del Estado y del laboratorio solicitante de preceptos constitucionales que protegen la vida del que está por nacer. En efecto, el artículo 19 de la Constitución chilena “asegura a todas las personas el derecho a la vida y a la integridad física y síquica”, añadiendo que “la ley protegerá la vida del que está por nacer”.

Los recurrentes fundamentaron la existencia del efecto antiimplantatorio en un informe del médico de la Universidad de Los Andes, Dr. Patricio Mena, Profesor Emérito Universidad de los Andes y Ex Profesor de Obstetricia y Ginecología Universidad de Chile, Presidente del Centro Internacional de Estudios de la Vida Humana, quien señaló que el mecanismo de la píldora actúa evitando la implantación en el 99,9% de los casos. En similares términos se pronunciaron y acompañaron informes de los Dres. Martín Besio y Enrique Oyarzún, ambos de la Pontificia Universidad Católica, quienes fueron de la opinión que el principal mecanismo de la píldora pos coital es el mecanismo antiimplantatorio, y que por ello resulta efectivo.

Los recurrentes además señalaron que se violaba el artículo 5° de la Constitución Política, que obliga a todos los órganos del Estado a velar por el respeto de los derechos humanos que se expresen en la Constitución y en tratados internacionales. Así, la autorización del Instituto de Salud Pública, se argumentó, vulneraría el artículo 4.1 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos, el que protege la vida “en general, a partir del momento de la concepción”²²⁰.

EL NASCITURUS ES PERSONA

Una segunda línea de argumentos se basó en la legislación civil. A juicio de los demandantes ésta reconoce al *nasciturus* su carácter de persona: la definición contenida en el artículo 55 del Código Civil chileno entiende como persona a “todo individuo de la especie humana, independiente de su sexo, estirpe o condición.” Agregan además que cualquier juez puede adoptar medidas de protección del que está por nacer, todo ello facultado por el

²²⁰ La Convención Americana dispone: 4.1 “Toda persona tiene derecho a que se respete su vida. Este derecho estará protegido por la Ley y, en general, a partir del momento de la concepción. Nadie puede ser privado de su vida arbitrariamente.”

artículo 75 del Código Civil. Según los demandantes, esta norma no solo faculta, sino en verdad obliga al juez a adoptar todas las medidas necesarias para evitar que se atente en contra de la vida de un no nacido.

EL FÁRMACO PRODUCE ABORTOS

Otro argumento que demostraría la ilegalidad de la medida de la autoridad sanitaria se basó en que el fármaco cuestionado provoca abortos, lo cual está sancionado en la legislación. En la medida en que uno de los efectos sea posiblemente evitar que un huevo fecundado pueda anidarse en la matriz uterina, se entiende que se produce la destrucción del producto de la concepción y con ello un aborto²²¹.

Aun cuando la legislación penal no defina el aborto, la postura de los recurrentes fue mostrar que la doctrina ha entendido que éste es la destrucción del producto de la concepción independiente de la edad gestacional del cigoto, embrión o feto. En base a esta concepción, la píldora debía ser considerada como contraria al ordenamiento jurídico ya que, según ellos, tiene un efecto abortivo.

De las instituciones recurridas, fueron el Ministerio de Salud y el Instituto de Salud Pública las que intervinieron en el proceso con notoriedad. El argumento central de las autoridades fue que habían actuado en el ámbito de sus competencias, definidas por ley, autorizando un medicamento cuya eficacia y seguridad para el público consumidor estaba probada.

El Estado en su defensa judicial rechazó las alegaciones de que hubiera vulneración al derecho a la vida, toda vez que el medicamento, dijo, no interfería en un embarazo en curso. Para ello se apoyó en la literatura científica que demostraba este hecho y lo que establece la Organización Mundial de la Salud (1999), al señalar que el uso de la anticoncepción de emergencia resulta ineficaz y carece de efectos sobre el embrión o la madre. Sobre la vulneración al derecho a la vida del *nasciturus* en el orden constitucional, los recurrentes advirtieron que la protección de éste según la propia expresión de la Carta Fundamental está entregada a la ley.

El Estado rechazó la argumentación en que el no nato sea considerado persona a partir del nacimiento, lo que se desprendería de la interpretación

²²¹ Artículos 342 a 345 del Código Penal.

de lo dispuesto por el artículo 74 del Código Civil.²²² Es decir, la existencia legal de la persona principia al nacer, de tal manera que si hubiera nacido muerto sin haber respirado un momento siquiera se reputará no haber existido jamás.

Los recurridos rechazaron la alegación de que el producto provoque un aborto, puesto que a su juicio la doctrina penal mayoritaria entiende que para que exista aborto debe preceder un embarazo. En este sentido, afirman que está comprobado y no está discutido que la ingestión de la pastilla pos coital no afecta de ninguna manera un embarazo en curso, ni lo interrumpe. Señalan, además, que la alegación de la violación a la Convención Americana sobre Derechos Humanos debe ser rechazada toda vez que la propia Convención establece una cláusula abierta sobre protección a la vida desde la concepción. Para ello adujeron la decisión de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos en el Caso *Baby Boy contra Estados Unidos*.²²³ La Comisión determinó que los Estados no transgreden la obligación contenida en el artículo 4.1 incluso cuando la legislación permite el aborto. Esta interpretación de la norma, sostuvo el Estado, está acorde con la doctrina de los publicistas, para lo cual citaron el trabajo del profesor Alejandro Montiel (1994). De esta manera concluyen que no se podría entender que el Instituto de Salud Pública hubiera violentado la obligación contenida en el artículo 4.1 de la Convención Americana con la autorización de un anticonceptivo que evita un embarazo y que no interfiere con éste si ya se ha producido.

Sobre el mecanismo de acción que se disputa, la autoridad sanitaria sostuvo que no existen datos científicos que lo corroboren; que la acción cautelar impetrada no es idónea para esclarecer este tipo de conflictos, y que, en último caso, habiendo duda, son las personas quienes libremente han de determinar si usan un método anticonceptivo que puede pugnar con sus conciencias. Así, por ejemplo, el ex Director del Instituto de Salud Pública señalaba, al momento de las primeras acciones judiciales, que “lo que ocurre entre fecundación y la anidación, si hay o no hay vida, es una discusión ético-moral, donde no cabe más que cada uno actúe de acuerdo a su conciencia, según si cree que se produce o no aborto al interrumpir en esa etapa el proceso. Pero lo que deberán resolver los tribunales

²²² El artículo 74 del Código Civil señala que la existencia legal de toda persona comienza al nacer, esto es, al separarse completamente de su madre. La criatura que muere en el vientre materno, o que perece antes de estar completamente separada de su madre, o que no haya sobrevivido a la separación un momento siquiera, se reputará no haber existido jamás.

²²³ Comisión Interamericana de Derechos Humanos, Resolución 2181-81.

es lo médico-legal, si esta pastilla infringe o no la normativa que prohíbe en Chile el aborto” (Molina, 2001). En la misma línea se pronunciaba la entonces Ministra de Salud Bachelet—hoy Presidenta de la República—, quien defendió la decisión adoptada por el Instituto de Salud Pública, señalando que “el momento en que empieza la vida es una materia filosófica que no está resuelta” (Aravena, 2001).

Por último, agregaron que las acciones debían rechazarse toda vez que el 75% de los anticonceptivos hormonales registrados y comercializados en Chile contienen la *progestina* cuestionada y que, de aceptarse la acción judicial, la población del país quedaría en la práctica sin anticonceptivos.

LOS TERCEROS INTERESADOS EN EL CASO: PARTICIPACIÓN Y ARGUMENTOS

En este proceso de carácter cautelar, quisieron intervenir distintos tipos de terceros: personas naturales (mujeres y hombres), organizaciones de mujeres, organizaciones sociales y del ámbito biomédico y militantes de un partido político.

Las mujeres, las organizaciones de mujeres como el Instituto de la Mujer, la Corporación la Morada y las del ámbito biomédico como la Asociación de Protección de la Familia y el Instituto Chileno de Medicina Reproductiva, argumentaron que el resultado de la acción les era de gran relevancia; que como personas naturales y organizaciones tenían un interés en intervenir en el resultado del proceso; y que prohibir la venta del producto afectaría negativamente el derecho a la salud, integridad física y psíquica y el derecho al desarrollo científico de las mujeres. En el caso de un grupo de militantes socialistas, ellos postularon que las acciones judiciales constituían una arremetida en contra de la modernidad, atentando contra la libertad de conciencia garantizada en la Constitución.²²⁴ Ninguna de los peticiones de los terceristas tuvo éxito, pues en cada una de ellas la Corte escuetamente resolvió que no se cumplía con el requisito del Artículo 4 del Auto Acordado sobre tramitación de recursos de protección sin entregar razonamiento sobre el particular²²⁵. Éste establece que “Las personas, funcionarios, u Organos del Estado recurridos, podrán hacerse parte en el recurso”²²⁶.

²²⁴ Escrito solicitando hacerse parte de Miguel Angel Aguilera, Manuel Pavez Rubio, Francisco Gómez, Juan Domingo Pavez y Rigo Quezada, 11 de abril de 2001.

²²⁵ El procedimiento del recurso de protección se encuentra regulado por medio de un Auto Acordado de la Corte Suprema. Auto Acordado de la Corte Suprema sobre la tramitación del Recurso de protección de garantías constitucionales, publicado en el Diario Oficial 27 de junio de 1992.

²²⁶ No es de texto es del Diario oficial de la ciata anterior Op. cit.

En el fallo, la Corte de Apelaciones de Santiago, en voto dividido, rechazó la demanda. La mayoría de los Ministros, sin entrar al fondo del asunto, consideró que una organización social no podía arrogarse el derecho a demandar a nombre de todos los no nacidos, esto es, se rechazaba el recurso por falta de legitimidad procesal. En consecuencia, la droga *Postinal* podía ser libremente comercializada.

FALLO DEL 28 DE MAYO DE 2001

Sin embargo, ese fallo no fue unánime y contó con el voto disidente de la Ministra Sra. María Antonia Morales quien estuvo por acoger los recursos, expresa que los recurrentes tienen titularidad de acción respecto de los concebidos. La titularidad de la acción la tienen pese a no tener existencia legal y ella se funda en las facultades conservadoras de la Corte. La jueza fundó su decisión argumentado que existe un principio en la ley civil chilena que propende la protección del que está por nacer, principio que a su juicio estaría establecido en los artículos 75 y 76 del Código Civil.

“Los recursos acumulados tienen por finalidad que esta Corte adopte las providencias necesarias para asegurar el derecho a la vida del que está por nacer desde la concepción, derecho que estiman amenazado por la comercialización del fármaco *Postinal* elaborado sobre la base de *Levonorgestrel* cuyo efecto es impedir que el óvulo fecundado anide en el endometrio por la vía de eliminar las condiciones necesarias para que dicho anidamiento se produzca.

La Constitución Política de la República de Chile reconoce como el primero y fundamental de los derechos que garantiza, el derecho a la vida e impone a la ley el deber de proteger la vida del que está por nacer, lo que implica necesariamente su protección en todas las fases de su desarrollo desde la época de la concepción”²²⁷.

Los recurrentes apelaron y fue una sala de la Corte Suprema la que revirtió la decisión también en un fallo dividido.

La Corte estimó, en primer lugar, que los demandantes sí tenían legitimación procesal, fundamentando su decisión a partir de las motivaciones que las organizaciones tienen para accionar. Así, señaló:

²²⁷ Voto disidente de la Srta. María Antonia Morales, 28 de Mayo de 2001.

“[q]ue en concepto de esta Corte, la legitimación activa de los actores, esto es la pretensión de obtener una decisión jurisdiccional respecto de la garantía constitucional invocada como agraviada por aquellas autoridades que señalan en su libelo, se encuentra fundamentada en lo que dispone nuestra Carta Fundamental, tanto en el ya recordado artículo 20, cuanto en su artículo 19 al establecer que la Constitución asegura a todas las personas el derecho a la vida del que está por nacer;

[q]ue el derecho para proteger la vida que tienen los seres que aún se encuentran en etapa de desarrollo o de gestación y, que culminará en el nacimiento, también se encuentra entre los fundamentos de la legitimación activa que reclaman los actores, puesto que como asociaciones propenden a la defensa, protección, cuidado, preservación y desarrollo del pleno derecho a la vida y el respeto a la dignidad humana desde el momento mismo de la concepción. Por ello que han podido accionar para obtener, por esta vía de protección constitucional, el retiro de la autorización del fármaco uno de cuyos efectos podría ser abortivo”²²⁸.

La decisión se asentó en que, a juicio de la Corte, la vida humana comienza con la concepción del óvulo y el espermatozoide, por lo cual, actuando la droga después de la concepción, aquella tiene efectos abortivos y, por lo mismo, debe ser prohibida.

Al efecto la mayoría apoyó su decisión en la facultad de prohibir la píldora en las disposiciones del “artículo 75 del Código Civil, que obliga al juez a tomar por propia iniciativa o a petición de cualquiera persona, “todas las providencias que parezcan convenientes para proteger la existencia del no nacido, siempre que crea que de algún modo peligran” y las del Pacto de San José de Costa Rica, instrumento ratificado por Chile a comienzos de la década de los noventa. Este último declara, en su artículo 4.1, que “[t]oda persona tiene derecho a que se respete su vida. Este derecho estará protegido por la ley y, en general, a partir del momento de la concepción”²²⁹.

En segundo lugar, sobre el fondo del asunto, la Corte entendió que, existiendo un posible efecto que altere las condiciones del endometrio, ello interrumpe la gestión de una vida con una carga genética única, y por lo mismo, le cabe al ordenamiento su protección desde el momento de su

²²⁸ Considerandos 3º y 4º.

²²⁹ Considerando 5º.

inicio sin distinción o discriminación alguna. Con este sustrato, el voto de mayoría declaró que la autorización para comercializar *Postinal* constituía, de parte de la Administración, un acto "ilegal y arbitrario".

El voto disidente, por su parte, que estuvo por confirmar la sentencia apelada y consecuentemente rechazar los recursos, consideró que la acción constitucional impetrada no era el remedio procesal idóneo para resolver la controversia, pues requería de un juicio de lato conocimiento, es decir donde se hubieran producido pruebas. En palabras del voto de minoría:

"...la naturaleza propia de la acción [de protección], recién aludida, y el procedimiento inquisitivo dispuesto para su tramitación, determinan que no sea procedente emplear este arbitrio constitucional para declarar, constituir o extinguir derechos, o introducirse al estudio y resolución de cuestiones que implican conocimientos de orden científico, materias todas propias de un juicio de lato conocimiento, en que haya amplias oportunidades de accionar, excepcionar, debatir, fundamentar y probar, para todas las partes en conflicto;

[q]ue, en armonía con lo consignado anteriormente, cabe concluir que la presente vía no es la idónea para dilucidar el problema planteado por los recurrentes, siendo su resolución propia de un juicio declarativo, donde podrá establecerse en definitiva la naturaleza de la píldora y su modo de actuar en los embriones humanos, todo lo que envuelve analizar informes científicos complejos y otras probanzas pertinentes y decidir acerca de su verosimilitud, de tal manera que no resulta conducente que se pueda proceder pronto y eficazmente en resguardo del derecho aparentemente amenazado utilizándose para ese objetivo un recurso de protección.

[q]ue, asimismo, conviene destacar que tampoco sería admisible que el Tribunal entre primero a proteger y deje para más adelante una controversia más extensa; que igualmente decida a favor del derecho *prima facie* amenazado, sin perjuicio de que después, mediante la producción de una prueba adicionalmente más completa, se demuestre que no existía dicha amenaza, a primera vista verosímil. La situación recién descrita traduce una plena e ineludible discusión de fondo sobre la denominada "píldora del día después" y conlleva a adoptar una posición acerca del estatuto jurídico del embrión humano, aspectos todos que no pueden ser satisfechos por una acción constitucional de carácter cautelar²³⁰.

²³⁰ Voto de los Ministros Yurac y Kokish, considerandos 2º, 3º y 4º.

Justo antes de dictarse la sentencia de la Corte Suprema, el Instituto de Salud Pública registró el mismo producto, aunque de otro laboratorio, el cual tiene idéntico componente químico, y que fue autorizado con la venta de una receta médica (*Postinor-2*)²³¹.

A fines del 2002, el Centro Juvenil AGES inició un nuevo proceso judicial. Esta es una de las organizaciones que había demandado a *Postinal*. Se trató de la llamada “nulidad de derecho público”. La nueva demanda se fundó expresamente en la existencia de un pronunciamiento específico de la Corte Suprema (de agosto de 2001) en que declara a *Postinal* un producto abortivo. De esta manera, al autorizar un producto elaborado a partir del mismo principio activo, los demandantes sostuvieron que el Instituto de Salud Pública de Chile incurría en una situación de manifiesta ilegalidad e inconstitucionalidad, al desconocer el derecho a la vida de los concebidos y no nacidos.

La demanda en buena medida reprodujo los argumentos de derecho que se presentaron en contra de *Postinal*, transcribiendo el considerando vigésimo de la sentencia de la Corte Suprema, el que expresa “[q]ue, cualquiera que hayan sido los fundamentos y consideraciones que tuvieran en vista las autoridades recurridas para autorizar la fabricación y comercialización del medicamento denominado “*Postinal*” con contenido 0,75 mg. de la hormona de síntesis Levonogestrel (sic), uno de cuyos posibles efectos es el de impedir la implantación en el útero materno del huevo ya fecundado, esto es, del embrión, han incurrido en una ilegalidad puesto que tal efecto es a la luz de las disposiciones constitucionales, legales y convencionales analizadas precedentemente, sinónimo de aborto penalizado como delito en el Código Penal y prohibido aún como terapéutico, en el Código Sanitario”.

El Instituto de Salud Pública, según AGES, carecía de facultades para permitir el uso de un fármaco que viola el derecho a la vida, transgrediendo el principio de juridicidad y legalidad al que los órganos del Estado están vinculados, produciéndose una desviación de poder. De acuerdo con los argumentos de los demandantes, el incumplimiento de estos deberes acarrearía la nulidad de derecho público.

También se argumentó que en mayo de 1991, el Instituto de Salud Pública había rechazado la autorización de la píldora pos coital de levonogestrel

²³¹ Los anticonceptivos en Chile pueden adquirirse a libre demanda en las farmacias y sin receta, pese a la normativa vigente. Esta sería una rigidización del régimen de venta.

0,75 mg presentado por una droguería y distribuidora farmacéutica, y que entre la primera presentación de los solicitantes, en 1990, y la segunda, en 1991, no se habían presentado nuevos antecedentes, por lo cual debía rechazarse la solicitud de registro de la píldora.

A su vez, AGES fue de la opinión que el ISP transgredía el principio de igualdad ante la ley, consagrado en el artículo 19 N° 2 de la Constitución chilena,²³² toda vez que a un laboratorio le fue prohibida la venta de uno de sus productos y otro pudo comercializar uno con idénticas características. En la demanda, AGES sostuvo que se advierten diversos intereses que han tendido a modificar jurídica y culturalmente el concepto de aborto, a fin de crear artificialmente una zona de desprotección para los embriones humanos, y por ello, se señala que no es infrecuente que la literatura científica no califique la destrucción de un embrión como aborto. La desinformación sistemática y el reduccionismo semántico que algunos han intentado instalar ha permitido, en opinión de los demandantes, que en otros países los embriones humanos sean privados de sus derechos fundamentales, lo que no habría sucedido en Chile gracias al pronunciamiento de la Corte Suprema que protege la vida desde el momento de la concepción.

ARGUMENTOS DEL INSTITUTO DE SALUD PÚBLICA

El primer argumento que formuló, en diciembre de 2002, era que el demandante—el Centro Juvenil AGES—carecía de personería o representación legal para llevar a cabo su acción. El Instituto de Salud Pública señaló que la organización AGES es una organización comunitaria regida bajo un estatuto que la faculta a promover representar y promover valores e intereses específicos de la comunidad *dentro del territorio de su comuna o agrupación de comunas respectivas*, y no a nivel nacional, como pretendía con su acción judicial.

Desde el punto de vista de la legislación civil, el Instituto de Salud Pública sostuvo que la vida del que está por nacer transcurre entre la concepción y el nacimiento, defiriéndosele derechos eventuales, producidos que sea su nacimiento y protegiendo a todo evento sus derechos mientras se encuentre en la situación de no nato. Sin embargo, y pese a la presunción que establece el artículo 76 del Código Civil — que dispone que la concepción ha precedido al

²³² El artículo 19 N° 2 dispone “La igualdad ante la ley. En Chile no hay persona ni grupo privilegiados. En Chile no hay esclavos y el que pise su territorio queda libre. Hombres y mujeres son iguales ante la ley. Ni la ley ni autoridad alguna podrán establecer diferencias arbitrarias”.

nacimiento no menos de 180 ni más de 300 días contados hacia atrás desde la medianoche que principie el día del nacimiento—, el artículo 55 del mismo cuerpo legal aporta antecedentes que permiten acotar el debate sobre la concepción. Señala el ISP que en el evento que el óvulo se encuentre fertilizado, no se puede hablar de un individuo “que está por nacer”, ya que mientras la madre no haya establecido un vínculo orgánico y biológico, que le permita proporcionarle nutrientes indispensables para su evolución y desarrollo, no ha surgido, desde el punto de vista legal, un individuo que está por nacer.

Argumentos de los terceros Al igual que en el proceso contra *Postinal*, algunas personas trataron de intervenir como terceros. Algunos fueron admitidos luego de que la Corte de Apelaciones resolviera respecto de ellos que tenían un interés directo y comprometido.

Los terceros reseñaron en sus escritos que la autonomía de las mujeres en el ámbito reproductivo implica reconocer que puedan adoptar sus propias decisiones, trazar sus propios planes de vida, por lo cual cercenar el derecho a que puedan elegir un método viola no sólo su derecho a la integridad física y psíquica sino también su derecho a la salud, la libertad de conciencia, el derecho al desarrollo científico, derechos todos que se encuentran expresados en los tratados de derechos humanos que Chile ha ratificado y que se encuentran vigentes.

Sobre el método, postularon que no es abortivo y que el efecto implantatorio no está probado sino discutido científicamente. Más aún, toda la evidencia científica de los últimos años corrobora el aserto de que no habría un efecto sobre el endometrio que impediría la anidación.

En junio de 2004, el juzgado de primera instancia dispuso que, a pesar del debate social, filosófico y moral existente, debía considerarse que la droga tiene efectos abortivos y, consecuentemente, debe prohibirse. Ello, aun cuando no existiera certeza del efecto antiimplantatorio de la droga, ya que, tal como expresa el fallo, no hay consenso en la comunidad científica sobre este punto.²³³ Para justificar su decisión, la jueza razonó a partir de la construcción de una presunción judicial de carácter grave y precisó, que se desprendería de los testimonios de un testigo, algunos de los informes periciales y los documentos aportados en el proceso. Por último, la magistrada resolvió que “el sujeto biológico hombre empieza con la fecundación o concepción”²³⁴.

²³³ Considerandos 41° y 47°.

²³⁴ Considerando 52°.

El fallo de primera instancia se produjo inmediatamente después del anuncio del Gobierno de que distribuiría la píldora gratuitamente a las víctimas de violación que quedaba consignada en la Guía Clínica en el tratamiento integral de la violencia sexual (Ministerio de Salud, 2004). Una vez notificada la sentencia, la jueza sin tener facultades para ello y a petición de los demandantes, ordenó que el Ministerio de Salud retirara de distribución todas las píldoras del día después en el sistema, medida que fue posteriormente levantada por orden de la Corte de Apelaciones de Santiago.

El Instituto de Salud Pública apeló de la decisión, al igual que dos organizaciones (la Asociación de Protección de la Familia y el Instituto Chileno de Medicina Reproductiva) y algunas mujeres a título personal, entre ellas Verónica Shiappacasse y Claudia Dides.

La Corte de Apelaciones revocó el fallo en forma unánime, reiterando la tesis sostenida en 2001 en que se expresaba que los demandantes no podían arrogarse la representación judicial de los no nacidos de Chile. Esto es, la Corte nuevamente fundó su razonamiento en la ausencia de legitimación activa para demandar. Rechazó el argumento que las facultades conservativas del artículo 75 del Código Civil permitieran dar respuesta al problema de la legitimación procesal.²³⁵ Más aún, consideró que para que procediera la aplicación de la norma era preciso contar con la certeza de la existencia de un individuo, cuestión que es discutida científicamente.

La Corte afirmó que no les corresponde a los jueces resolver disputas filosóficas, religiosas o morales que se producen en una sociedad, sino a los propios cuerpos sociales de la comunidad. En sus palabras,

“...la jurisdicción no puede intervenir resolviendo el conflicto de intereses propuesto en autos, pues ésta sólo puede hacerlo sobre la base de certezas y no le es posible reconocer derechos u obligaciones derivados de hipótesis científicas en plena discusión. Lo anterior es válido porque sabido es que el derecho constituye un instrumento limitado, que sólo puede solucionar determinados conflictos de la vida humana y no tiene ni puede tener la pretensión de resolver todas aquellas disputas que se presentan, sea, por ejemplo, en los ámbitos de la filosofía o de la ciencia y, ciertamente, desde luego, mucho menos aquéllos de significación religiosa. En tal sentido, se ha señalado que si el derecho penetrase por todos

²³⁵ Considerando 10º.

lados, el sistema se haría totalitario. Dicho de otro modo, la salud de la sociedad postula una dosis juiciosa de no-derecho (Jestaz, 1966:83). Es por ello que, tanto el momento en que ocurre la concepción así como los efectos que produce en el organismo humano una píldora con determinados componentes químicos como de la que se trata en estos antecedentes, asunto respecto del cual no hay un veredicto científico indubitado, no puede ser resuelto por una sentencia emanada del órgano jurisdiccional, pues en tal caso se estaría reemplazando o arbitrando la verdad científica o la reflexión filosófica, lo que no es de su incumbencia, sino que es materia que compete a otros órganos del Estado y de la sociedad"²³⁶.

La cuestión llegó hasta la Corte Suprema, la que en un fallo unánime, reiteró el principio probatorio según el cual quien alega la existencia de un hecho debe acreditarlo, señalando que los demandantes no habían demostrado debidamente que *Postinor 2* provoque los efectos dañinos que se le atribuyen²³⁷. A su vez, la Corte expresó que los jueces de instancia no contaron con medios probatorios precisos para arribar a la conclusión de que fuese abortivo, sino que resolvieron atendiendo a principios generales, los que no son susceptibles de impugnar por vía de casación pues no exigen que los jueces deban preferir una prueba por sobre otra²³⁸. De esta manera, no estando probado la existencia de los efectos abortivos del fármaco, no se podría concluir que se transgredía el derecho a la vida reconocido en la Constitución²³⁹.

9.4. POLÍTICAS PÚBLICAS

MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

Chile no cuenta con una política general de población explícita, sino con programas y acciones que inciden en la situación poblacional del país. El programa de los gobiernos democráticos, a partir de la década del 90, se basa en el concepto de regulación de la fertilidad, considerado como un derecho reproductivo básico de todas las personas e inspirado en un modelo de salud reproductiva integral. Las líneas directrices se encontraban

²³⁶ Considerando 16.

²³⁷ Considerando 30°.

²³⁸ Considerando 26°.

²³⁹ Considerando 32°.

en el documento Normas de Paternidad Responsable del MINSAL de 1993. En el 2006 luego de un largo trabajo efectuado por ICMER y APROFA y el MINSAL han empezado a regir la Normas Nacionales sobre Regulación de la Fertilidad que incluye Normas Nacionales sobre Regulación de la Fertilidad que han empezado a regir en Chile.

Las mujeres beneficiarias del sistema público pueden acceder gratuitamente a los servicios de regulación de la fecundidad y a los métodos anticonceptivos ofrecidos por dichos establecimientos. Sin embargo, estos servicios no se difunden ni promueven, y por definición, están dirigidos a la población que acude a los centros de salud a solicitarla -demanda espontánea-. Esta falta de difusión y promoción resulta más grave tratándose de la población adolescente, que, como hemos señalado, fue definida por el propio Programa como prioritaria.

Según el diagnóstico de ICMER y CORSAPS el acceso de la población a los métodos anticonceptivos está obstaculizado actualmente por diferentes factores de orden político, técnico y de gestión en los servicios que proveen la atención en planificación familiar. Esto quiere decir, que principales actividades de regulación de la fertilidad están dirigidas en su mayoría a mujeres, excluyendo a los hombres.

El gobierno se compromete a la entrega gratuita de métodos anticonceptivos a todas las mujeres en edad fértil (15 a 49 años), beneficiarias del sistema público de salud, lo que excluye a las y los adolescentes menores de 15 años. Se debe estar inscrita en un consultorio o centro de salud, lo que limita el acceso de la población que no está inscrita, en particular los jóvenes.

El 99% de las atenciones de regulación de la fertilidad en el sistema público de salud, son realizadas por matronas, y corresponden al 35.7% del total de atenciones de nivel primario de salud realizadas por esta profesional. Se rigen por las normas y directrices técnicas que emite el Ministerio de Salud. Al respecto cabe señalar que las normas vigentes no están actualizadas, datan de 1993, en sus contenidos técnicos y de servicios y establecen criterios médicos para el uso de métodos que están obsoletos, lo que representa una barrera al acceso de la anticoncepción. Por esta razón, con la participación de ICMER y APROFA, el Programa de Salud de la Mujer del MINSAL han actualizado las normas sin embargo, aún no han sido publicadas.

Según datos entregados por Ministerio de Salud a través del Monitoreo Atenea realizado por el Foro de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos,

si bien, alrededor del 70% de las mujeres mayores de 15 años pertenecen al sistema público de salud, la proporción de mujeres “bajo control” en los servicios de regulación de la fecundidad del Programa de Salud de la Mujer no supera el 30% del total de mujeres en edad fértil. En 2002, a través de este Programa en el 2002 se atendieron a 1.011.477 mujeres, lo que corresponde a una cobertura del 27.8% de las mujeres de 15 a 44 años.

No obstante, la cobertura general que tiene el Programa como política pública de regulación de la fecundidad existe un déficit que dice relación con que se define dirigido a “mujeres y/o parejas en edad fértil”. En 2002 –primer año del que se dispone de información sobre usuarias/os de MAC en sistema público desagregadas por sexo- accedieron a estos servicios 6.112 hombres, lo que corresponde al 0.6% del total de usuarias/os.

ESTERILIZACIÓN VOLUNTARIA

Según el Monitoreo realizado por el Foro de Salud y Derechos Sexuales y reproductivos, a pesar de que la nueva regulación dispone que tanto en establecimientos públicos como privados se realizará la anticoncepción quirúrgica a mujeres y hombres que lo soliciten, en la práctica se presentan dificultades para su cabal implementación en el sistema público. La falta de difusión adecuada de esta Resolución por parte de las autoridades ministeriales se ha traducido en el desconocimiento generalizado de la misma, tanto entre los/as prestadores/as de salud como entre la población; algunos profesionales de la salud continúan aplicando los requisitos exigidos por la norma derogada; por falta de recursos financieros, en los hospitales se priorizan otras intervenciones quirúrgicas; e inclusive algunos directivos de establecimiento simplemente niegan el derecho de las personas a decidir al respecto, tal como lo consagra esta norma ministerial.

ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA

Respecto a la anticoncepción de emergencia, en el 2001 se autorizó por parte del Instituto de Salud Pública la autorización para comercializar Postinal, un producto dedicado para anticoncepción de emergencia, que provocó sucesivos debates y polémicas entre sectores conservadores principalmente “pro-vida”, la jerarquía y organizaciones defensoras de los derechos sexuales y reproductivos, así como el gobierno y parlamentarios. Durante todo ese año, se discutió en tribunales la autorización del Instituto de Salud Pública para comercializar el producto Postinal. Las acciones judi-

ciales emprendidas en contra del Instituto de Salud Pública lograron evitar la comercialización de Postinal, pero no pudieron impedir la comercialización del producto Postinor- 2, el cual actualmente se vende con restricción, ya que se requiere receta médica retenida para su adquisición. Organizaciones no gubernamentales de mujeres y sociales y del ámbito de la salud y los derechos sexuales y reproductivos intentaron hacerse parte, sin que la Corte de Apelaciones lo permitiera. Por esto motivo se interpuso un recurso de protección ante la Corte Interamericana de Derechos Humanos, el que fue acogido.

La anticoncepción de emergencia (AE) integra la oferta básica de métodos anticonceptivos en el sistema público de salud, a través de las Normas y Guía Clínica para la Atención en Servicios de urgencia de personas Víctimas de Violencia Sexual del Ministerio de Salud, que incluye la provisión de anticoncepción de emergencia. Esta data de abril 2004 y también se incluye en las nuevas Normas Nacionales de Regulación de la Fertilidad. No obstante, y dado la polémica que implicó esta normativa en relación a la entrega de AE a los jóvenes, actualmente (2006) no existe ningún producto dedicado de AE a la venta en farmacias, ya que Grunenthal (Postinor-2) solicitó al Instituto de Salud Pública en enero de este año anular el registro de Postinor y lo retiró del mercado, y Recalcine (Tace) después del debate post norma anunció que retiraba el producto del mercado (sólo queda Tace en stock en farmacias sólo para un par de meses). Lo único que está disponible es el Postinor 2 en los servicios de salud pública (hasta su fecha de vencimiento, que es en 2007).

Desde el gobierno no se realizan campañas de difusión acerca del método, y aún hay desinformación sobre las PAE en los/as proveedores/as de salud y en la población en general.

Los/as proveedores/as de salud podrían ofrecer el método de “Yuzpe” utilizando algunas de las pastillas combinadas de uso regular, cuando no cuentan con personal médico que prescriba Postinor-2. Sin embargo, los/as prestadores/as tienen temor de entregar la información porque no está incluida en la norma actual de planificación familiar.

Existe muy poca información acerca de la demanda y oferta de PAE en los servicios públicos de salud. Una de las principales barreras para acceder a la anticoncepción de emergencia son los/as proveedores/as de salud que no informan, ni proveen del método a las personas que lo necesitan y/o

solicitan, ya sea por desconocimiento del método, por no estar incluido en la norma técnica o por factores personales. Para superar este obstáculo, la anti-concepción de emergencia se ha incluido en la actualización de la norma de regulación de la fertilidad del MINSAL y también en la nueva norma para la atención de las víctimas de violencia sexual del MINSAL.

10. CRONOLOGÍA: CONVENCIONES, LEYES, NORMAS Y REGULACIONES:

CUADRO RESUMEN DE LEYES RELACIONADAS CON LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS EN CHILE

AÑO	LEY Y PROYECTOS DE LEY	CONTENIDO PRINCIPAL
1954	Ley de Estados Antisociales	Iniciativa que tenía como propósito recluir a los indeseables: locos, vagabundos y homosexuales.
1970	Ley N° 17.344	Se refiere a la posibilidad de que las personas cambien su nombre según distintos criterios y razones, pero que dicho cambio solo puede ser realizado una vez de manera simple.
1998	Reforma a la Ley 18.216 del Código Penal	Despenalización de la sodomía; se propone que la edad de consentimiento de las relaciones sexuales es a los 18 años.
2001	Ley 19.779	Establece normas relativas al virus de inmunodeficiencia humana y crea bonificación fiscal para enfermedades catastróficas, publicada en el Diario Oficial el 14.12.2001.

AÑO	LEY Y PROYECTOS DE LEY	CONTENIDO PRINCIPAL
1999	Ley 19.620: Dicta Normas Sobre Adopción de Menores	Enfatiza la designación de matrimonios entre hombres y mujeres, agrega casi al final del documento "Artículo único: Para agregar un nuevo inciso segundo, pasando el actual inciso segundo y tercer a ser tercero y cuarto respectivamente. "El Juez solo podrá otorgar la adopción de un menor a un matrimonio extranjero no residente en Chile cuando se trate de cónyuges de diferente sexo".
2004	Ley Nº 19.942	Modifica los Códigos de Procedimiento Penal y Procesal Penal en Materia de Control de Identidad. "Norma DFL-1 modificada Ley 19.947 del 17 - 05 - 2004: Fija texto refundido, coordinado y sistematizado del Código civil; de la ley nº4.808, sobre registro civil; De la ley nº17.344, que autoriza cambio de nombres y Apellidos; de la ley nº16.618, ley de menores; de la ley Nº14.908, sobre abandono de familia y pago de pensiones Alimenticias, y de la ley nº16.271, de impuesto a las Herencias, asignaciones y donaciones" Ministerio de Justicia.
Proyectos de ley		
2000 (ingresa al parlamento)	Proyecto de ley marco sobre Derechos Sexuales y Reproductivos	Uno de sus artículos plantea: "derechos y libertades fundamentales que corresponden a todas las personas, sin discriminación, y que permiten adoptar libremente, sin ningún tipo de coacción o violencia, una amplia gama de decisiones sobre aspectos consustanciales a la vida humana como son la sexualidad y la reproducción"
2001 (ingresa al parlamento)	Proyecto de Ley que "Establece un régimen Legal para las uniones de hecho"	Su artículo primero que las uniones de hecho son "uniones de hecho las constituidas por un hombre y una mujer mayores de dieciséis años, que hayan convivido de un modo público, libre y exclusivo por un período ininterrumpido no inferior a un año. No se exigirá el plazo señalado en caso de existir hijos comunes."

AÑO	LEY Y PROYECTOS DE LEY	CONTENIDO PRINCIPAL
2003 (ingresa al parlamento)	Proyecto de Ley de "Fomento de la no discriminación y contrato de unión civil entre personas del mismo sexo"	Fomenta un contrato de unión civil entre personas del mismo sexo.
COMERCIO SEXUAL		
1874	Código Penal, es el título 8 que trata "De los ultrajes públicos a las buenas costumbres" en sus artículos 373 y 374 que sanciona a	"Los que de cualquier modo ofendieren el pudor o las buenas costumbres con hechos de grave escándalo o trascendencia, no comprendidos expresamente en otros artículos de este Código, sufrirán la pena de reclusión menor en sus grados mínimo a medio"
1968	Código Sanitario Decreto de Ley N° 725 ²⁴⁰ República de Chile, Código Sanitario, fecha de publicación 31 de enero de 1968; promulgación 11 de diciembre de 1967. Última modificación Ley 20029 del 13 de julio de 2005.	El Código Sanitario "Rige todas las cuestiones relacionadas con el fomento, protección y recuperación de la salud de los habitantes de la República, salvo aquellas sometidas a otras leyes" (1967)
1983	El Decreto 362 del Ministerio de Salud de 1983 sobre "Reglamento sobre enfermedades de transmisión sexual"	Establece en su título I las disposiciones generales "Las enfermedades de transmisión sexual constituyen un grupo de enfermedades transmisibles que se caracterizan porque su principal modalidad de contagio es el acto sexual"; bajo dicha denominación entiende como enfermedades de transmisión sexual, para los efectos del presente reglamento, la sífilis, la gonorrea, el linfogranuloma venéreo, el síndrome de inmuno deficiencia adquirida (SIDA), el chancro blando y la uretritis nongonocócica.

²⁴⁰ República de Chile, Código Sanitario Norma, fecha de publicación 31 de enero de 1968; promulgación 11 de diciembre de 1967. Última modificación Ley 20029 del 13 de julio de 2005.

AÑO	LEY Y PROYECTOS DE LEY	CONTENIDO PRINCIPAL
1989	Ministerio de Relaciones Exteriores, Decreto N 789 Convención para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer, publicada el 9.12.89.	En su artículo 6 sostiene "Los Estados Partes tomarán todas las medidas apropiadas, incluso de carácter legislativo, para suprimir todas las formas de trata de mujeres y explotación de la prostitución de la mujer"
1995	Ley N° 19.409	Crea el delito de Tráfico de Personas Introduce modificación al Código Penal con el objeto de tipificar y sancionar el delito de trata de blanca
2001	Ley N° 19.779	Establece normas relativas al virus de inmunodeficiencia humana y crea bonificación fiscal para enfermedades catastróficas. La ley pone énfasis en el libre e igualitario ejercicio de los derechos por parte de las personas portadoras, "sin discriminaciones de ninguna índole, constituyen un objetivo sanitario, cultural y social de interés nacional".
2000	Decreto Exento N° 20	Ministerio de Salud () Normas de manejo y tratamiento de enfermedades de transmisión sexual,
2002	Decreto 362, 10.11.84, actualizado al 20.02.02	Ministerio de Salud, Reglamento sobre enfermedades de transmisión sexual
2005	Modificación realizada al Código Sanitario corresponde a la Ley 20.029 del 13 de julio de 2005.	En el párrafo número II que contempla los artículos 38 al 41 trata de las enfermedades venéreas. En su artículo 38, indica que el Servicio Nacional de Salud "tendrá a su cargo la lucha contra las enfermedades venéreas y procurará evitar su propagación por todos los medios educacionales, preventivos o de otro orden que estime necesarios."

AÑO	LEY Y PROYECTOS DE LEY	CONTENIDO PRINCIPAL
EXPLOTACIÓN INFANTIL Y COMERCIO INFANTIL		
1979	Decreto de Ley N° 2.465	Este crea el Servicio Nacional de Menores como organismo dependiente del Ministerio de Justicia
1990	Convención de los Derechos del Niño.	suscrita como Ley de la República en 1990, reconoce al niño y la niña la protección de sus derechos contra todas las formas de explotación y abusos sexuales (artículos 19, 34, 35) e insta a los estados partes a adoptar todas las medidas apropiadas para promover la recuperación física y psicológica y la reintegración social a las víctimas de cualquier forma de abandono, explotación o abuso (artículo 39)
1999	Convenio N° 182 de la OIT	Compromete al Gobierno a tomar medidas para obtener la prohibición y la eliminación de las peores formas de trabajo infantil, entre las que se consideran "la utilización, el reclutamiento o la oferta de niños para la prostitución, la producción de pornografía o actuaciones pornográficas"; y "los trabajos en que el niño queda expuesto a abusos de orden físico, psicológico o sexual". Todas estas problemáticas aluden a distintas formas de explotación sexual.
1999	Ley N° 19.617	Reformulación de aspectos legales en materia de delitos sexuales, a través de la aprobación de la Ley N° 19.617, publicada el 19 de julio de 1999. Modifica la tipificación de ciertos delitos sexuales incluyendo violación, violación conyugal, estupro, incesto, abuso sexual de menores y pornografía con menores
2003	El Protocolo facultativo de la Convención sobre los Derechos del Niño relativo a la venta de niños, la prostitución infantil y la utilización de niños en la pornografía	En el artículo 2 del documento se establecen las definiciones fundamentales en torno a las figuras de venta de niños, prostitución infantil, y la utilización de niños en la pornografía.

AÑO	LEY N°	CONTENIDO PRINCIPAL
2004	Ley N° 19.927	<p>Esta ley modifica el Código Penal, Procesal Penal y de Procedimiento Penal en materia de delitos de pornografía infantil. Tiene por objeto resguardar el bienestar de los menores de edad, procurando sancionar en forma drástica a todos quienes cometan actos de pedofilia, abuso de menores o realización de pornografía infantil. Se busca agilizar los procedimientos que involucran estas causas. La nueva normativa aumenta de 12 a 14 años la edad mínima de los menores para consentir en actos de índole sexual y en cuanto a las sanciones, aumenta las penas para el delito de estupro, quedando en condenas que van de los 3 años y un día a 10 años.</p>
2004	Resolución exenta 527	<p>“Normas y Guía Clínica para la Atención, en Servicios de Urgencia, a Personas Víctimas de Violencia Sexual” Ministerio de Salud. En el punto V de la guía, se establecen los “Aspectos a considerar en la atención de niñas/os y adolescentes;” que se refiere fundamentalmente a formas en las que se puede detectar abuso sexual, así como también un formato de entrevista y examen de menores y acompañantes. Asimismo, se establecen medidas de protección.</p>
2005	Decreto N° 342	<p>Protocolo para prevenir, reprimir y sancionar la trata de personas, especialmente mujeres y niños, que complementa la Convención de las Naciones Unidas contra la delincuencia organizada transnacional, promulgado mediante Decreto N° 342 de fecha 20 de diciembre de 2004. Publicado en Diario Oficial, 16 de febrero de 2005.</p>

AÑO	LEY Y PROYECTOS DE LEY	CONTENIDO PRINCIPAL
VIOLENCIA DE GÉNERO		
1989	Decreto N 789	Convención para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer, publicada el 9.12.89. Ministerio de Relaciones Exteriores.
1991	Ley N° 19.023	Se crea el Servicio Nacional de la Mujer (SERNAM)
1994	Convención Belem Do Pará Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer. Artículo 2°.	Que declara que la violencia contra la mujer "incluye la violencia física, sexual y psicológica: que tenga lugar dentro de la familia o unidad doméstica o en cualquier otra relación interpersonal, ya sea que el agresor comparta o haya compartido el mismo domicilio que la mujer, y que comprende, entre otros, violación, maltrato y abuso sexual; que tenga lugar en la comunidad y sea perpetrada por cualquier persona y que comprende, entre otros, violación, abuso sexual, tortura, trata de personas, prostitución forzada, secuestro y acoso sexual en el lugar de trabajo, así como en instituciones educativas, establecimientos de salud o cualquier otro lugar, y que sea perpetrada o tolerada por el Estado o sus agentes, dondequiera que ocurra"
1994	Ley N° 19.325.	Ley Violencia Intrafamiliar Establece normas sobre procedimiento y sanciones relativos a los actos de violencia intrafamiliar.
1995	Ley N° 19.409	Introduce modificación al Código Penal con el objeto de tipificar y sancionar el delito de trata de blancas.

AÑO	LEY Y PROYECTOS DE LEY	CONTENIDO PRINCIPAL
1999	Ley 19.617	<p>Modifica el Código Penal, el Código de Procedimiento Penal y otros Cuerpos Legales en materias relativas al delito de Violación. Ley sobre delitos sexuales, modificada en 1999, reemplazó la palabra mujer por persona y amplió la definición de los delitos. Dentro de las modificaciones destaca una nueva definición de violación, que en su misma figura sanciona la violación de mujeres y hombres e incluye la penetración vaginal, anal y bucal.</p>
2004	Nueva modificación a los delitos de violencia sexual Ley N° 19.927.	<p>Modifica el Código Penal, el Código de Procedimiento Penal y el Código Procesal Penal en materia de Pornografía Infantil. Aumenta las penas y redefine algunos delitos para incluir conductas, se eleva la edad mínima de consentimiento sexual, de 12 a 14 años, se introducen algunas normas especiales de procedimiento para facilitar la investigación policial. Se destaca el cambio en el nombre del capítulo en que se agrupan los delitos "Crímenes y delitos contra el orden de las familias, contra la moralidad pública y contra la integridad sexual", explicitándose por primera vez en la legislación chilena, la integridad sexual como un bien jurídico a tutelar.</p>
		<p>Establece que la Violencia Intrafamiliar es "Toda conducta que, por acción u omisión, ocasiona daño físico y/o psicológico a otro miembro de la familia". Esta conceptualización significó una ampliación del concepto de VIF, considerando que es constitutivo de violencia intrafamiliar todo maltrato que afecte la vida, la integridad física y psíquica entre las personas que mantienen el vínculo de parentesco que se señala en la ley, además del cónyuge y/o conviviente, como en la ley antigua, la nueva ley contempla</p>

AÑO	LEY Y PROYECTOS DE LEY	CONTENIDO PRINCIPAL
2005	Modificación de Ley VIF, Ley N° 20.066	a ex cónyuges, ex-convivientes y a los padres de hijo común, aunque no haya mediado convivencia. Al mismo tiempo, se incluyen por igual a los parientes tanto de los cónyuges como de los actuales convivientes: toda la ascendencia, la descendencia y colaterales hasta la relación tíos/tías - sobrinos/sobrinas, por otro lado, cualquier otra persona que sea menor de edad, con discapacidad que se encuentre bajo la dependencia de cualquier integrante de la familia puede ser considerado/a víctima de violencia intrafamiliar.
2005	Ley N° 20.005	Tipifica y sanciona el acoso sexual, esta ley fue promulgada por unanimidad en el senado, no obstante, su tramitación duro 13 años. Se define al acoso sexual como un “requerimiento unilateral” por cualquier medio, de carácter “sexual y no deseado” por la persona afectada, que le produzca un perjuicio o amenace sus “oportunidades en el empleo, en su situación o normal desenvolvimiento laboral”; lo que excluye las relaciones afectivas que surjan por mutuo consentimiento. Estipula que las empresas con más de 10 empleados deberán crear un reglamento interno en el que se especifique la acción a seguir en casos de acoso u hostigamiento con fines sexuales, al mismo tiempo, la normativa dictamina dos procedimientos a elegir: una investigación a cargo de la empresa o la intervención de la Dirección del Trabajo.
UNIONES Y PARENTALIDAD		
		Implica que el marido es el jefe de la sociedad y es el único que puede administrar los bienes que la integran, salvo impedimento declarado judicialmente. Para cualquier operación relativa a los bienes conyugales, necesita de la autoriza-

AÑO	LEY Y PROYECTOS DE LEY	CONTENIDO PRINCIPAL
1855	"Sociedad Conyugal" se crea con el Código Civil	ción de la mujer. Son parte del matrimonio los bienes adquiridos durante y antes de contraer el vínculo, si se termina el matrimonio, se liquidan los bienes quedando cada uno con la mitad.
1934	Separación de Bienes	Propone que hombre y mujer son independientes para administrar sus bienes, el patrimonio de cada cónyuge queda protegido en caso de que uno tenga problemas con acreedores, en caso de fallecimiento cualquiera puede dejar a través de un testamento una mejora en la situación del cónyuge sobreviviente.
1994	Ley 19.335	Existen tres sistemas patrimoniales, los cuales se distinguen por la forma en que se administran los bienes y por cómo se protege a los/as esposos/as en situaciones de deuda, en otras palabras es "el conjunto de normas jurídicas que regula los intereses pecuniarios de los cónyuges entre sí y de éstos en relación a los terceros".
		Establece Régimen de Participación en los Gananciales, y modifica el Código Civil, la Ley de Matrimonio Civil, el Código Penal, el Código de Procedimiento Penal y otros Cuerpos Penales que indica "el cuál puede ser aplicado a través de dos formas el (a) "sistema de modalidad diferida", donde mientras está vigente el régimen, los cónyuges están separados totalmente de bienes y por tanto administran y actúan libremente respecto del patrimonio de cada cual, pero en el caso que durante el matrimonio estos patrimonios hayan crecido, una vez finalizado el vínculo se forma una comunidad efímera, limitada en el tiempo, con los aumen-

AÑO	LEY Y PROYECTOS DE LEY	CONTENIDO PRINCIPAL
1994	Ley N° 19.335	tos producidos y para el sólo efecto de ser liquidada y dividida por mitades entre los cónyuges o sus herederos, cada cual tiene, entonces, un derecho real sobre la mitad que le corresponde. Por otro lado, existe el (b) "sistema de compensación de beneficios o de modalidad crediticia" que implica que mientras está vigente, el régimen opera del mismo modo anterior."
1998	Ley N° 19.585	Modifica el Código Civil y otros Cuerpos Legales en materia de Filiación. Se eliminan del código civil y de toda su legislación las expresiones "legítimos," "naturales" y "simplemente ilegítimos," utilizadas para diferenciar a los hijos nacidos dentro del matrimonio de los nacidos fuera, y a los parientes de los primeros de los parientes de los segundos, se ha mantenido la diferenciación entre filiación matrimonial y no matrimonial para el sólo efecto de la determinación de la filiación. En caso de no existir filiación matrimonial consagra el principio de la libre investigación de la paternidad y de la maternidad utilizando pruebas de ADN.
1999	Ley N° 19.620	Dicta Normas Sobre Adopción de Menores. Nueva ley de adopciones reconoce un solo tipo de adopción (plena) y en su artículo primero señala que "la adopción tiene por objeto velar por el interés superior del adoptado, y amparar su derecho a vivir y desarrollarse en el seno de una familia que le brinde el afecto y le procure los cuidados tendientes a satisfacer sus necesidades espirituales y materiales, cuando ello no pueda ser proporcionado por su familia de origen"
2000	Ley N° 19.670	Extiende el beneficio del fuero a mujeres y hombres que adoptan un hijo en conformidad a la ley de adopción .

AÑO	LEY Y PROYECTOS DE LEY	CONTENIDO PRINCIPAL
2000	Ley N°19.711	Regula el derecho a visita a los hijos sometidos a la tuición de uno de los padres.
2001	Ley N° 19.741	Sobre Abandono de Familia y Pago de Pensiones Alimenticias.
2001	Ley N° 19.711	Regula el derecho a visita a los hijos sometidos a la tuición de uno de los padres.
2004	Ministerio de Justicia "Norma DFL-1 modificada Ley 19.947 del 17 - 05 - 2004:	Fija texto refundido, coordinado y sistematizado del Código civil; de la ley n°4.808, sobre registro civil; de la ley n°17.344, que autoriza cambio de nombres y Apellidos; de la ley n°16.618, ley de menores; de la ley N°14.908, sobre abandono de familia y pago de pensiones Alimenticias, y de la ley n°16.271, de impuesto a las Herencias, asignaciones y donaciones."
2004	Ley 19.947	Establece Nueva Ley de Matrimonio Civil, esta Ley regula todo lo relacionado con el matrimonio: su significado, los requisitos para casarse, quiénes lo pueden contraer, los deberes y derechos que implica, qué autoridad realiza el matrimonio, la forma en que éste se termina y las vías para resolver los conflictos que se producen. Establece que el matrimonio termina debido a la muerte natural de uno de los cónyuges, por muerte presunta de uno de los cónyuges, por sentencia firme de nulidad y por sentencia firme de divorcio.
2004	Ley N° 19.968	Crea los Tribunales de Familia, en octubre de 2005 comenzaron a funcionar 60 tribunales, repartidos por todo Chile, a cargo de 258 jueces especializados que tratan temas como matrimonio civil, adopción, violencia intrafamiliar, maltratos, tuición y regímenes de visita, entre otros.

AÑO	LEY Y PROYECTOS DE LEY	CONTENIDO PRINCIPAL
2005	Ley N° 20.047	Establece un permiso paternal en el código del trabajo. Este permiso establece un post natal de cuatro días pagados para los padres (que pueden ser usados de forma continua o separadamente durante el primer mes) con el fin de que puedan compartir con sus esposas o parejas cuando nace un hijo/a o cuando lo adoptan, al igual que el pre y post natal de la mujer se trata de un derecho irrenunciable.
2005	Artículo 182 del Código civil	En lo que respecta a la filiación de hijos/as concebidos mediante aplicación de técnicas de reproducción humana asistida, el artículo 182 del Código civil, estipula que el padre y la madre del hijo/a nacido bajo estas técnicas son el hombre y la mujer que se sometieron a ellas. Que las técnicas de reproducción asistida son empleadas por parejas heterosexuales, ya que supone el reconocimiento de un padre y una madre, que la ley establece perentoriamente que el padre y la madre del hijo/a serán quienes se sometieron a las técnicas de reproducción asistida y que se impide el ejercicio de las acciones destinadas a impugnar la filiación resultantes de éstas técnicas, así como aquellas destinadas a reclamar una distinta.
2005	Ley 20.030	Modifica el Código Civil, en lo relativo a la exigencia de presentación de antecedentes para dar curso a la demanda de reclamación de maternidad o paternidad, y a la valoración de los medios de prueba sobre el particular.
2005	Ley 20.086	Introduce modificaciones a la aplicación de los procedimientos de la Ley de tribunales de familia.

AÑO	LEY Y PROYECTOS DE LEY	CONTENIDO PRINCIPAL
Proyectos de ley		
2003	Proyecto de Ley de Fomento de la no Discriminación y Contrato de Unión Civil entre Personas del Mismo Sexo.	Considera a la pareja homosexual como una familia, la cual debe ser protegida jurídicamente. En caso de su aprobación, el contrato de unión civil se efectuaría ante un notario y podría acogerse a la norma los mayores de edad que acrediten una convivencia mínima de dos años y cuenten con la compañía de dos testigos, como prueba de su unión las partes recibirán una escritura pública donde definirán el régimen patrimonial al cual desean acogerse, mientras una copia de ese documento será enviada al Registro Civil en un plazo de 30 días. Sobre Abandono de Familia y Pago de Pensiones Alimenticias.
VIH/SIDA y ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL		
1984	Decreto 362	Ministerio de Salud Reglamento sobre Enfermedades de Transmisión Sexual.
2000	Reglamento sobre notificación de enfermedades transmisibles con notificación obligatoria: N° 712.	Ministerio de Salud Reglamento sobre notificación de enfermedades transmisibles con notificación obligatoria.
		Establece normas relativas al virus de inmunodeficiencia humana y crea bonificación fiscal para enfermedades catastróficas. La toma del test de Elisa para VIH debe ser siempre confidencial y voluntaria, por lo mismo la persona (o el o la representante legal); no es posible condicionar la contratación de trabajadores/as, tanto en el sector público como privado, ni la permanencia o renovación de sus empleos, ni su promoción, al resultado positivo de un examen de VIH. Al mismo tiempo pasó a ser ilegal exigir el test de Elisa para cualquiera de los efectos mencionados con anterioridad. Tampoco es posible dicha

AÑO	LEY Y PROYECTOS DE LEY	CONTENIDO PRINCIPAL
2001	Ley N° 19.779	discriminación para estudiantes de cualquier centro educacional, ni para el ingreso o permanencia en un establecimiento de salud. No obstante, en el ámbito del trabajo la ley establece que tanto Carabineros de Chile, Investigaciones y Gendarmería quedan al libre albedrío sobre exigir o no el test de Elisa, prueba de que aún en Chile existen instituciones que tienen facultades que van por sobre lo moralmente deseable.
2002	Decreto 362, de 1983, actualización.	Ministerio de Salud, CONASIDA "Reglamento sobre enfermedades de transmisión sexual".
2004	Ley N° 19.996	Establece un Régimen de Garantías en Salud. Más conocida como Plan Auge estipuló los reglamentos con los que contaría el Régimen de Garantías Explícitas y la atención en salud de las personas VIH positivas donde a partir de noviembre de 2004 se comienza a hacer efectiva con la normativa que describimos con anterioridad.
2004	Ley N° 19.927	Modifica el Código Penal, el Código de procedimiento penal y el Código Procesal Penal en materia de delitos de pornografía infantil.
2004	Decreto N° 170 de 2004: Aprueba Garantías Explícitas en Salud del Régimen General de Garantías en Salud	Ministerio de Salud.
2004	Ley 19.966	Establece un Régimen de Garantías en Salud.
2004	Decreto N° 170	Aprueba Garantías Explícitas en Salud del Régimen General de Garantías en Salud, Ministerio de Salud

AÑO	LEY Y PROYECTOS DE LEY	CONTENIDO PRINCIPAL
SEXUALIDAD DE LOS Y LAS ADOLESCENTES		
1979	Ley N° 18681	"Crea el Servicio Nacional de Menores y fija el texto de su Ley Orgánica"
1990	Ley N° 18962	Ley Orgánica Constitucional Educación, LOCE.
1990	Decreto 830	Promulga convención sobre los derechos del niño. Ministerio de Relaciones Exteriores.
1990	Decreto Supremo N° 830	Convención de los Derechos del Niño, promulgado el 14 de agosto de 1990. Publicado en el Diario Oficial el 27 de septiembre.
1994	Circular N° 875	Ministerio de Salud Dirigida a: Secretarías Ministeriales Jefes Departamentos Provinciales, Directores de Establecimientos Educativos del País.
1994	Circular N° 875	Ministerio de Educación.
1998	Ley N° 19.585	De Filiación.
1998	Decreto N° 1640	Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer. Ministerio de Relaciones Exteriores.
1999	Ley N° 19.620	Dicta normas sobre la adopción de menores.
2000	Ministerio de Educación (2000) Modifica la Ley N° 18.962, Orgánica Constitucional de Enseñanza	En lo relativo al derecho de las estudiantes que se encuentren embarazadas o que sean madres lactantes de acceder a los establecimientos educacionales.
2001	Ley N° 19779	Establece Normas Relativas al Virus de Inmuno Deficiencia Humana y Crea Bonificación Fiscal Para Enfermedades Catastróficas.

AÑO	LEY Y PROYECTOS DE LEY	CONTENIDO PRINCIPAL
2003	Reforma constitucional que establece la obligatoriedad y gratuidad de la educación media.	Ministerio de Educación.
2003	Ley N° 19876	Reforma Constitucional que establece la obligatoriedad y gratuidad de la educación media.
2004	Reglamento que regula el inciso tercero del artículo 2° de la ley N° 18962 que regula el estatuto de las alumnas en situación de embarazo y maternidad N° 79.	Ministerio de Educación.
2004	Ley N° 1 9997	Crímenes y Delitos Contra El Orden De Las Familias, Contra La Moralidad Pública y Contra La Integridad.
2004	Ley N° 19968	Crea los Tribunales de Familia.
2004	Resolución exenta 527	Normas y Guía Clínica para la Atención, en Servicios de Urgencia, a Personas Víctimas de Violencia Sexual, Ministerio de Salud.
2005	Ley N° 20066	Establece Ley De Violencia Intrafamiliar.
2005	Ley N° 20084	Establece un Sistema de Responsabilidad de los Adolescentes por Infracciones a la Ley.
2006	Ley N° 19688	Orgánica Constitucional de la enseñanza, en lo relativo al derecho de las estudiantes que se encuentren embarazadas o que sean madres lactantes de acceder a los establecimientos educacionales.
2006	Decreto N° 789	Promulga la Convención para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer (CEDAW). Ministerio de Relaciones Exteriores.

AÑO	LEY Y PROYECTOS DE LEY	CONTENIDO PRINCIPAL
REGULACIÓN DE LA FERTILIDAD: MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS, ESTERILIZACIÓN Y ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA		
1994	Ley N° 19.299	Modifica la base de cálculo del subsidio maternal.
1996	Dictamen 225-85	De la Dirección del Trabajo, otorga el Derecho a Sala Cuna para las trabajadoras de Centros Comerciales con una misma personalidad jurídica.
1997	Ley N° 19.505	Otorga permiso especial a trabajadores en caso de enfermedad grave de hijo mayor de un año y menor de 18, aplicable a la madre o el padre.
1998	Ley N° 19.591	Prohíbe el test de embarazo como exigencia para ser contratada, promovida o mantenida en un empleo y concede fuero maternal a la trabajadora de casa particular.
1999	Decreto 1.907	Se ratifican los convenios 103 y 156 de la OIT que abordan, respectivamente, la protección a la maternidad y las responsabilidades familiares compartidas.
2000	Resolución Exenta N° 2326	Fija directrices para los servicios de salud sobre esterilización femenina y masculina, publicada en e Ministerio de Salud.
2002	Ley N° 19.824	Modifica el artículo 203 del Código del Trabajo, disponiendo la obligatoriedad de instalar salas cunas en establecimientos industriales y de servicios que indica.
2003	Ley N° 19.852	Sobre Subrogación para las mujeres alcaldes en el período pre y post natal.
2004	Resolución exenta 527	Normas y Guía Clínica para la Atención, en Servicios de Urgencia, a Personas Víctimas de Violencia Sexual, Ministerio de Salud.

AÑO	LEY Y PROYECTOS DE LEY	CONTENIDO PRINCIPAL
2005	Ley N° 20.047	Establece el permiso paternal en el Código del Trabajo.
2006		Normas Nacionales de Regulación de la Fertilidad.
Proyectos de ley		
2004	Boletín "3702-07"	Se presentó en el 2004 una Reforma la Constitución Política de la República con el objeto de establecer una nueva garantía constitucional en materia de derechos sexuales y reproductivos (RC) Diputados Patrocinantes Guido Girardi L. Jaime Quintana L. Enrique Accorsi O. a la Comisión Constitución, Legislación y Justicia de la Cámara de Diputados.
2000	Boletín "2608-11" Proyecto ley marco sobre Derechos Sexuales y reproductivos	Patrocinado por los diputados/as Isabel Allende B.; Rosa González R., Victor Jeame B., marina Procchelle A., Jaime Mulet M., Gabriel Ascencio M., Carlos jarpa W. Osvaldo Palma F. María Antonieta Saa D., Fanny Pollarolo V.
ABORTO		
1989	Derogación del artículo 119 del Código Sanitario	La Junta Militar aprobó la derogación del aborto terapéutico sin consulta ciudadana. Este tuvo vigencia entre 1931 y 1989, artículo 119 Código Sanitario, que permitía efectuar el aborto en los casos en que la vida de la mujer embarazada estuviera en peligro, si contaba con la aprobación de dos médicos.
Proyectos de ley		
1991	Boletín "499-07"	Modificación del art. 119 del Código Sanitario en lo relativo al aborto terapéutico presentado por los y las diputadas Carlos Smok U. Juan Pablo Letelier M Armando Arancibia C. Carlos Montes C. Adriana Muñoz D.

AÑO	LEY Y PROYECTOS DE LEY	CONTENIDO PRINCIPAL
1994	Boletín "1297-18"	Modificación del Código Penal y el Código de Procedimiento Penal en lo relativo al delito de aborto. Presentado por los Diputados/a: Pedro Pablo Alvarez-Salamanca B. María Angélica Cristi M. Alberto Espina O. Arturo Longton G.
2000	Proyecto de Ley Marco DSR Boletín "2608-11"	Incluye en su artículo 17 "Se reconoce a las/los usuarios/as de los servicios de salud pública y privada el derecho a la confidencialidad de la información relacionada con la salud sexual y reproductiva, entre los cuales se incluye la confidencialidad de la información en complicaciones de aborto y acceso a métodos anti-conceptivos". Isabel Allende B. Rosa González R. Víctor Jeame B. Gabriel Ascencio M. Carlos Jarpa W. Osvaldo Palma F. Marina Prochelle A. María Antonieta Saa D. Fanny Pollarolo V. Jaime Mulet M.
2002	Boletín Legislativo N° 2978-07. Materia Modifica en el Código Penal el delito de aborto.	Moción de los diputados señores Rodrigo Álvarez Z., Eugenio Bauer J., Marcelo Forni L., José Antonio Kast R., Iván Moreira B., Darío Paya M., Felipe Salaberry S., Gonzalo Uriarte H., Ignacio Urrutia B. Iván Morerira, Darío paya y la diputada Marcela Cubillos S.
2003	Boletín Legislativo 3197-11. Modif. el art. 119 del Código Sanitario en lo relativo al aborto terapéutico.	Moción de los/as diputados/as Adriana Muñoz D., María Antonieta Saa D., Carmen Ibañez S., Isabel Allende B., Enrique Accorsi O., Guido Girardi L., Osvaldo Palma F., Arturo Longton G., Fulvio Rossi C., Carlos Abel Jarpa W.

AÑO	LEY Y PROYECTOS DE LEY	CONTENIDO PRINCIPAL
2004	Boletín "3608-04"	Autoriza erigir tres monumentos en memoria de las víctimas del aborto. Diputados/as patrocinantes son Marcela Cubillos S. Eduardo Díaz D. Julio Dittborn C. Javier Hernández H. Darío Molina S. Iván Moreira B. Marcelo Forni L. Felipe Salaberry S. Cristián Leay M. Gonzalo Uriarte H.
2006		Proyecto de Ley que despenaliza hipótesis de conductas de aborto consentido. Diputado Marco Antonio Enríquez-Ominami y Diputado René Alinco

ANEXO: SÍNTESIS: PROYECTO LEY MARCO SOBRE DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS SANTIAGO, CHILE 2000

Consta de cuatro partes. La primera se relaciona con un diagnóstico de salud sexual y reproductiva y de los derechos sexuales y reproductivos; la segunda, explicita cuales son los fundamentos éticos y políticos para el Proyecto de Ley; la tercera, refiere a los fundamentos jurídicos y, finalmente, el articulado propiamente tal.

La segunda parte se vincula a la Justificación Ética y Política. Una de las ideas fuerza de este apartado es que las personas puedan ejercer su libertad. Otro de los temas desarrollados es el concepto de ciudadanía y su relación con el Estado. Los Estados contemporáneos se constituyen en función de instituciones jurídicas que aseguren la igualdad. A su vez, es necesario considerar que el proceso de negociación y elaboración de consensos es parte de nuestra sociedad. Esto último implicó, en la misma elaboración del Proyecto de Ley, que las organizaciones y personas que trabajaron en él tuviesen que negociar y consensuar distintos temas. Esto fue particularmente claro en el caso del aborto, como uno de los temas más complicados de enfrentar por la situación legal chilena, y por el ambiente valórico opositor al aborto, debido al cual ni siquiera es posible discutir sobre el tema. Entonces ahí ya hay una negociación de antemano en el proyecto de ley.

Otro tema de este capítulo es el reconocimiento de la diversidad, la participación ciudadana; ciudadanía y consumo, que también es un tema nuevo que tiene que ver con la conformación de estos estados contemporáneos

modernos y el derecho al bienestar, al acceso equitativo y la posibilidad de optar y regular la vida social. Esas son las ideas centrales en torno a este eje ciudadanía y estado moderno.

Los conceptos de vida pública y vida privada también fueron elaborados, como parte de la justificación ética y política. Las acciones de gran parte de las instituciones se vinculan con la vida privada. Esta es una de las discusiones importantes que reaparece cada vez que se tratan temas de sexualidad y reproducción. Por ejemplo, podemos recordar lo que fue la discusión en torno a la ley de violencia intrafamiliar. Al respecto cabe recordar la pregunta: ¿hasta dónde el Estado puede entrometerse en los espacios privados de las familias?. No obstante, es posible observar algunos de los resultados después de varios años respecto a la violencia intrafamiliar, lo que ha significado conocer y denunciar situaciones de violencia sexual, maltrato infantil, etc. que fue de gran relevancia visibilizarlos a través de los medios y ante la opinión pública.

Tres ideas son fundamentales en este Proyecto de Ley Marco: libertad, autonomía e igualdad/equidad/empoderamiento. La libertad en el ámbito de los derechos sexuales y reproductivos está presente a lo menos en: la sexualidad como un espacio de dominación y esclavitud a lo largo de la historia, expresión de una pérdida inaceptable de libertad en el campo de la intimidad y de la afectividad, generando violencia de género. Por otra parte, históricamente la libertad ha consistido en la capacidad de instaurar nuevos comienzos en la vida individual y colectiva. La libertad permite el nacimiento de acciones creativas que instauran nuevas condiciones de existencia para la justicia social e individual.

Respecto a la Autonomía, se define como la capacidad que tiene cada persona para adoptar normas, reglas y criterios que permiten la construcción de una voluntad individual, expresada en múltiples comportamientos y respetuosa de la autonomía de las otras personas. Es la posibilidad para que a cada persona se le reconozcan sus derechos, sin renunciar a la propia identidad, a sus deseos y proyectos.

La Igualdad/ Equidad/Empoderamiento, son aspectos de un mismo proceso. Citando el proyecto de ley "La igualdad/equidad, cuando se promueve por medio de derechos hace visible el espacio legítimamente ocupado por cada persona. La visibilidad permite y posibilita el empoderamiento. A través de éste las personas se apropian de su realidad social convirtiéndose en actores."

Por otra parte, muchos de los derechos han sido precedidos por el empoderamiento. Esto sucede sobretodo cuando los nuevos derechos encuentran dificultades para ser consagrados debido a que surgen oposiciones y resistencias. En estos casos el empoderamiento no sólo precede los derechos sino que debe perdurar después que estos han sido promulgados. Es así como “la igualdad en el campo de los Derechos Sexuales y Reproductivos precisa el empoderamiento y la capacidad de asumirse de forma autónoma. Este empoderamiento es aún más importante cuando abordamos el amplio tema de la supresión de la desigualdad de género”.

La justificación ética de este proyecto se concentra en dos aspectos específicos: el primero se refiere a la necesidad de volver visibles comportamientos, decisiones y opciones que se expresan en el ámbito de los Derechos Sexuales y Reproductivos. Su invisibilidad impide la reflexión y la evaluación ética de las prácticas en el campo de la sexualidad y afectividad. “El reconocimiento, evaluación y reflexión de estos comportamientos son esenciales para la profundización de la ciudadanía, que se expresa en función de nociones como bienestar, calidad de vida, acceso equitativo a la riqueza social, posibilidad de opción, de regulación y de responsabilidad individual y colectiva”.

El segundo, se refiere a que las personas se apropian de sus derechos a partir de y en función de la experiencia personal. Los derechos sexuales y reproductivos abren la posibilidad de vivir la sexualidad y reproducción protegida por la información y el acceso a servicios.

LAS GARANTÍAS

El propósito general se relaciona con el establecimiento de bases normativas generales para que el Estado de Chile asuma su responsabilidad, internacionalmente comprometida, de modo que su accionar respete, garantice y promueva los Derechos Sexuales y Reproductivos. Esa es una idea central junto con generar un espacio público de discusión. Desde que ingresó el Proyecto de Ley se ha producido una serie de discusiones y acciones en torno al proyecto para poder dar cumplimiento a este segundo objetivo. El Proyecto de Ley se basa en derechos que ya están establecidos en nuestra Constitución, como el derecho a la libertad y seguridad individual, el derecho a la igualdad, el derecho a la salud, el derecho a la privacidad y también el derecho a la libertad de pensamiento y de culto. Además, también se basa en derechos reconocidos en Conferencias Internacionales

de Derechos Humanos: Teherán en 1968, Bucarest en 1974, las Conferencias Internacionales de Naciones Unidas realizadas en Viena en 1993, El Cairo en 1994 y en Beijing en 1995 y también en los mecanismos de protección de los Derechos Sexuales y Reproductivos con la CEDAW, el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos. Esos son los marcos generales que están detrás de este proyecto de ley marco.

El texto se ordena sobre la base de tres títulos. El primero sobre disposiciones generales, que contempla básicamente los principios en esta materia. El segundo sobre conceptos generales, y un tercero en que se presenta el articulado de derechos sexuales y reproductivos.

El primero de ellos establece los principios de la política de Estado, es decir, de qué manera debe actuar en este ámbito. En su artículo 1º explicita las obligaciones y cuales son las obligaciones internacionales en relación a una política de Estado en esta materia. Especialmente, se hace énfasis en la promoción, es decir la obligación que tiene el Estado de crear todas las condiciones culturales, sociales, políticas, institucionales y educacionales, para que se puedan ejercer los derechos sexuales y reproductivos. Por otra parte, se establecen ciertos principios como son el del no sexismo, participación social y el principio de no discriminación. En síntesis disposiciones generales que plantean la promoción de cambios, elaboración, ejecución y evaluación de políticas al respecto y prohibición de todas las formas de discriminación en el ejercicio de estos derechos, ya sea que provenga de parte del Estado o de particulares. Se debe destacar que si esto no es considerado se conceptualiza como una transgresión y, por lo tanto, se establece una penalización.

Los derechos sexuales y reproductivos en este proyecto son consignados como derechos humanos, y en consecuencia se trata de una legislación de nuevo tipo en nuestro país, en el sentido que es una legislación promotora y de garantías en torno a la idea de libertad y de autonomía de las personas, pero también de igualdad y no discriminación.

En el segundo título se entregan los conceptos generales, la definición de los derechos sexuales y reproductivos, tratando de ser lo más fiel posible a la definición internacional y también la definición de salud sexual y reproductiva (artículos 6º y 7º).

En síntesis, el proyecto consta de 17 artículos cuyas ideas principales son:

- Es deber del Estado diseñar y ejecutar políticas públicas que garanticen y promuevan la información, la educación y acceso a los servicios de salud.
- El derecho de las personas a ejercer la sexualidad independiente de la reproducción y la libertad para elegir con quién vivirla.
- El derecho a no ser sometido a ninguna forma de abuso, tortura, mutilación o violencia sexual ni discriminación.
- El derecho a tomar decisiones libres, informadas y responsables acerca de si desean o no tener hijos/as, el número de éstos y el intervalo entre los nacimientos. El derecho de mujeres y hombres a recuperar la fertilidad cuando ésta ha sido dañada.
- El derecho a no ser sometidos a experimentaciones sobre métodos anticonceptivos que no estén científica y éticamente aprobados a nivel internacional.
- El derecho a acceder a información sobre métodos de regulación de la fecundidad y de prevención de infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH/SIDA.
- El derecho a la esterilización voluntaria previo consentimiento informado.
- Es deber del Estado asegurar y garantizar el acceso a servicios de salud de calidad a mujeres y hombres de todas las edades.
- El derecho de las personas a la confidencialidad de la información relacionada con la salud sexual y reproductiva, incluyendo las complicaciones de aborto y acceso a métodos anticonceptivos.
- Prohibición de toda discriminación que implique menoscabo, restricción o limitación al ejercicio de estos derechos por razones de edad o sexo.

Este texto ha sido estructurado en dos capítulos. El primero corresponde a un marco general del Chile actual, en el cual se realiza un recorrido relacionado a transformaciones culturales, datos sociodemográficos, cifras macroeconómicas, estructura del aparato político, administrativo y antece-

dentes generales de la realidad social chilena. El segundo capítulo se refiere a la situación de los Derechos Sexuales y Reproductivos en Chile; para ello se incorporaron distintos apartados temáticos a saber: Derechos y libre expresión de la sexualidad; Comercio Sexual, Explotación Sexual y Comercio Infantil; Violencia de Género; Violencia Intrafamiliar; Violencia Sexual; Acoso Sexual; Femicidio y Otras manifestaciones de violencia de género; el caso de las mujeres inmigrantes; Sexualidad de los/las adolescentes; Aborto; Regulación de la fertilidad: métodos anticonceptivos, esterilización voluntaria, anticoncepción de emergencia.

Para mantener una coherencia en la lectura, se estandarizó la información en subapartados que dan la entrada a cada una de las problemáticas identificadas en la investigación. Cada apartado contiene: estado de la situación; legislación, normas y regulaciones; jurisprudencia (cuando corresponda); políticas públicas y la bibliografía que sustentan los datos narrados.

11. BIBLIOGRAFIA

LIBROS

Agrupación Peruana por la Integración Latinoamericana, Apila, (2005) *Violencia contra la mujer: Mujeres Inmigrantes, Comuna de Estación Central, Área Mujer y Trabajo*, Apila, Santiago.

AGUAD, Alejandra, (s/f) *Regímenes Patrimoniales del Matrimonio*, Facultad de Derecho, Universidad Diego Portales, Santiago.

APRAMP (2005) *La prostitución. Claves básicas para reflexionar sobre un problema* Madrid, España.

ARAVENA, Pamela "Hechos Consumados: Pastilla habemus"; El Mercurio, 25 de marzo de 2001, D3.

ARAYA, C. y P. Latorre (1997) *Prostitución juvenil. Los hijos del desamor*. Raíces. Santiago, Chile.

Área de Estudios de Género, FLACSO-Chile (2005) *Evaluación del Programa de Poblaciones Vulnerables* realizado para CONASIDA, Ministerio de Salud.

Asamblea General de Naciones Unidas (1993) *Declaración sobre la eliminación de la violencia en contra de la mujer*. Procedimientos de la 85 Reunión Plenaria.

AYLWIN, Patricio (1993) *Mensaje de S.E. el Presidente de la República: Dicta Normas sobre adopción de menores, deroga la Ley N° 18.703, y modifica la Ley N°7.613*, Boletín N° 899-07

AYLWIN, Patricio (1993) *Mensaje de S.E. el Presidente de la República: Modifica el Código Civil y otros cuerpos legales en materia de filiación*, Boletín N° 1060-07, Valparaíso.

BARRIGA, Paula.; GUAJARDO, Alejandro (2005) *Frente al Espejo: Relatos de Mujeres*, Centro Regional de Información y Apoyo para la prevención del VIH/SIDA, CRIAPS, Santiago.

BARRIGA, Paula; GUAJARDO Alejandro (2005) *Significaciones del uso del condón masculino y gestión de Riesgo en la adquisición del VIH/SIDA en mujeres de Cerro Navia*, Tesis para optar al título de sociólogo, Universidad Arcis, Santiago.

BELLO, A. (1992) "La prostitución en Temuco, 1930-1950. La mirada del 'cliente'", en *Proposiciones* No 21, 1992, pp. 78-88.

Bloque Lésbico (s/f) *Violencia en parejas de lesbianas*, Santiago.

BOBBIO, Norberto; Niccola Matteucci (1982) *Diccionario de Política*, Ediciones Siglo XXI, México.

BRAVO, Milsen; DIDES, Claudia; PÉREZ, Soledad; PASCAL, Rodrigo (2003a) *MUJERES VIVIENDO CON VIH/SIDA Diagnóstico sobre Ética y Derechos Sexuales y Reproductivos*. Vivo Positivo, Santiago.

BRAVO, M.; DIDES, C.; PÉREZ, S. (2003b) *Guía de Trabajo para Talleres de Ética y Derechos Sexuales y reproductivos para Mujeres Viviendo con VIH/SIDA*. Vivo Positivo, Instituto de la mujer, Ministerio de Trabajo y asuntos Sociales, España, Santiago de Chile.

CACERES, t.al. 2002 *SIDA y sexo entre hombres en América Latina: Vulnerabilidad, fortalezas y propuestas para la acción*, UPCH/ONUSIDA.

CALVÍN, María Eugenia; ITURRIETA, Sandra; TORO, María, (2005) *Violencia Sexual Conyugal, Estereotipos de Género y Orientaciones para la Prevención: 2° Informe Investigación Violencia Conyugal en San Ramón*, Investigación y

Sistematización de Experiencias”, Fundación Educación Popular en Salud-EPES, Santiago.

CANALES, Patricia (2005) *La Regulación de la prostitución en la legislación comparada*. Serie de Estudios n° 325. Biblioteca del Congreso Nacional, Santiago, Chile.

CARMONA M; Del Valle, C., (1999) *El Sida: La historia no oficial*, Memoria para optar al Título de periodista, Universidad Nacional Andrés Bello, Santiago.

CARO, Isaac; GUAJARDO, Gabriel. (1997) *Homofobia cultural en Santiago de Chile. Un estudio cualitativo*. Santiago, Chile: FLACSO-Chile.

CARRASCO, Marina; VIDAL, Francisco; PASCAL, Rodrigo, (2004) *Mujeres chilenas viviendo con VIH/SIDA: ¿Derechos sexuales y reproductivos?*, Universidad ARCIS, Vivo Positivo, FLACSO- Chile, Serie libros FLACSO, Santiago

CASAS Lidia (1996) *Mujeres procesadas por aborto. Foro Abierto de Salud y Derechos Reproductivos. Santiago, y Mujeres Encarceladas, Foro Abierto de Salud y Derechos Reproductivos y Center for Reproductive Rights and Policy, Nueva York.*

CASAS, Lidea y CONTESE, J. “*La Píldora del Día Después*” *Derechos Sexuales y Reproductivos, Protección de la Vida y Políticas Públicas* (sin publicar).

CASAS, Lidia (2005) *Aborto del derecho a la legalidad*. Ponencia presentada en la Jornada de Debate sobre Aborto en Chile, Foro de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos, Santiago.

CASAS, Lidia (2005) *El aborto en Chile*. Ponencia presentada en la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile, Santiago.

CASAS, Lidia.; CORDERO, Rodrigo.; ESPINOZA, Olga.; OSORIO, Jimena. (2004) *Perspectiva de género en la diferencia de mujer en el nuevo sistema procesal chileno: estudio exploratorio*. Informe Final de Resultados para la Defensoría Penal Pública. Centro de Investigaciones Jurídica, Facultad de Derecho, Universidad Diego Portales.

CASAS, Lidia; DIDES, Claudia; PÉREZ, Soledad.; MAGAÑA, Alavaro. (2001) *Informe Final de Sistematización de Información sobre medidas y sanciones*

en virtud del artículo 5 de la Ley 19.325, Centro de Investigaciones Jurídicas Universidad Diego Portales, Santiago.

CASAS, Lidia; DIDES, Claudia; ESTRADÉ, Leonardo; FRASCA, Tim; HURTADO, Josefina; MAGAÑA, Alvaro; MATAMALA, Maria Isabel; MATURANA, Camila; MAYNOU, Pilar; OCAMPO, Hugo; PISCHEDDA, Gabriela; ZORRILLA, Sergio (2000) *Propuesta de Ley Marco Derechos Sexuales y Reproductivos*, Santiago.

CASAS, Lidia; ISLA, Pablo. "Confidencialidad de la Información Médica" En: CASAS, L. DIDES, C. ISLA, P. *Confidencialidad de la Información y Consentimiento Informado en Salud Sexual y reproductiva*. CORSAPS, Santiago, 2002.

CASAS, Lidia; MERA, Alejandra (2004) *Violencia de género y Reforma Procesal Penal chilena: Delitos Sexuales y lesiones*, Serie publicaciones especiales 16, Facultad de Derecho Universidad Diego Portales, Santiago.

CASAS, L.; DIDES, C.; ESTRADÉ, L. FRASCA, T.; HURTADO, J. MAYNOU, P.; MAGAÑA, A.; MATAMALA, M. MATURANA, C.; PISCHEDDA, G.; ZORRILLA, S. (2000) *Proyecto Ley marco sobre derechos Sexuales y reproductivos*, Santiago, Chile.

Centro De Análisis De Políticas Públicas Universidad De Chile (2000) *Diagnóstico y lineamientos de política pública para la prevención del embarazo no deseado en adolescentes* (Selección). Santiago, Chile.

Centro de Atención y Prevención de Violencia Intrafamiliar (1996) Informe, Municipalidad de Santiago.

Centro Interdisciplinario de Estudios de Género, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile (1999) *Prostitución juvenil urbana*. Instituto Nacional de la Juventud, Santiago, Chile.

Centro Legal para Derechos Reproductivos y Políticas públicas (CRLP), Foro Abierto de Salud y Derechos Reproductivos, *Encarceladas. Leyes contra el aborto en Chile. Un análisis desde los Derechos Humanos*, Santiago de Chile, 1998

CLAUDE, Marcel (2002) *Determinación del nuevo umbral de la pobreza para Chile. Una aproximación desde la sustentabilidad*, Fundación Terram, Santiago.

Comisión Interamericana de Derechos Humanos, Resolución 2181-81.

CONASIDA (2002) Estudio Nacional de Comportamiento Sexual, Fundación Ideas Encuestas sobre Tolerancia y Discriminación.

Convención de Belem Do Para: Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer.

Corporación La Morada; Instituto de la Mujer (2004) *Tráfico de Mujeres con fines de explotación sexual en Chile*, Santiago.

Corriente de Opinión (2003) *Para entender la mediación familiar*, Fundación Chile Unido, Valores para el Progreso, N° 84, Santiago.

CORTÉS, M. y B. PADÍN (1997) "Mujer, comercio sexual y violencia", en Santa Cruz, Guadalupe (eds) (1997) *Veredas por cruzar. 10 años / Instituto de la Mujer*. Instituto de la Mujer. Santiago, Chile.

DÉLANO Bárbara; TODARO, Rosalba (1993) *Asedio sexual en el trabajo*, Centros de Estudios de la Mujer-CEM, Santiago.

Diario La Tercera, 2 de agosto de 1984.

DÍAZ, Ximena; MEDEL, Julia; GUAJARDO, Alejandro (2004) *Resumen Ejecutivo: Estudio de caracterización de los factores de riesgo y vulnerabilidad frente al VIH/SIDA en trabajadores*, CEM, FLACSO – Chile, Santiago, por publicar.

DIDES, Claudia (2002) "Proyecto de Ley marco sobre derechos Sexuales y Reproductivos". En VIDAL, F., DONOSO, C. (edit.) *Cuerpo y Sexualidad*. Santiago: Vivo Positivo, FLACSO, Universidad Arcis, 2002.

DIDES, Claudia (2004) "Aproximaciones a los debates públicos sobre sexualidad y reproducción: aprendizajes sobre la introducción de la AE en Chile. En: CÁCERES, C.; PETCHENY, M. FRASCA, T. TERTO, V. (edit.) *Ciudadanía Sexual en América latina: abriendo debates*. Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima Perú.

DIDES, Claudia (2005) *EL Discurso Conservador en el debate Público sobre Anticoncepción de Emergencia en Chile: Análisis a partir de la prensa escrita (2001-2005)*. Tesis de Magíster en género y Cultura, Facultad de Filosofía y Humanidades, Universidad de Chile, 2005. Por publicar en FLACSO.

DIDES, Claudia (2006) Aportes al Debate sobre el Aborto en Chile: derechos, género y bioética. En: ACTA BIOETHICA. Género y Bioética, Organización Panamericana de la Salud OPS; Año XII N°2, Santiago.

DIDES, Claudia (2006) Voces de Emergencia: el discurso conservador y la píldora del día después. FLACSO-Chile; UNFPA, Santiago.

DIDES, Claudia (comp.) (2004) *Diálogos Sur-Sur sobre religión, derechos y salud sexual y reproductiva: los casos de Argentina, Colombia, Chile y Perú*. Santiago, Chile: Programa de Estudios de Género y Sociedad, Universidad Academia de Humanismo Cristiano.

DIDES, Claudia. *El Discurso Conservador en el Debate Público sobre Anticoncepción de Emergencia en Chile: Análisis a partir de la prensa escrita (2001-2005)* Tesis de Magíster en Estudios de Género y Cultura Mención Humanidades, Facultad de Filosofía y Humanidades, Universidad de Chile. Por publicar en FLACSO-Chile.

DIDES, Claudia; Pérez, Soledad (2001) *Informe Final estudio cualitativo percepción de las demandantes de la región metropolitana y IX región*. Centro de Investigaciones Jurídicas Universidad Diego Portales.

DONOSO, Carla y MATUS Cristián (2000) "Trayectorias y simultaneidades: una mirada desde la subjetividad de jóvenes clientes de prostitución a la construcción de identidad masculina," en OLAVARRÍA, J.; PARRINI, R. (eds.) (2000) *Masculinidad/es. Identidad, sexualidad y familia*. Primer encuentro de estudios de masculinidad. FLACSO-Chile/Universidad Academia de Humanismo Cristiano/Red de masculinidad. Santiago, Chile.

El Agua Consultores (1997) *Estudio sobre la aplicación de la Ley 19.325 y la formulación de propuestas para mejorar su eficiencia y eficacia*, Santiago.

Facultad de Derecho, Universidad Diego Portales (2005) Informe anual sobre derechos humanos en Chile 20005. Hechos de 2004, Santiago.

FARÍAS, Pamela; GÓMEZ, Marcela (1999) *Aporte al Debate Laboral N° 7: Acoso Sexual en el Trabajo: De la impunidad a la acción*, Dirección del Trabajo, Gobierno de Chile, Santiago.

FLACSO-Chile (1995) *Informe de encuesta: representaciones de la sociedad chilena: opiniones y actitudes*. FLACSO, Santiago, Chile.

Foro de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos y Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe, (2005) *Atención Humanizada del Aborto Inseguro en Chile. Monitoreo del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, El Cairo, 1994*. Santiago, Segunda edición octubre.

Foro Red de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos, Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe, Maturana, Camila (2004) *Derechos Sexuales y Reproductivos en Chile a diez años de El Cairo. ATENEA. El monitoreo como práctica ciudadana de las mujeres*. Santiago, Chile.

Foro-Red de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos, Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y el Caribe (2004) *Derechos Sexuales y Reproductivos en Chile a diez años de El Cairo. Atenea. El monitoreo como práctica ciudadana de las mujeres. Monitoreo del Programa de Acción del CIPD '94*. Santiago, Chile.

Fundación Chile 21 (2001) *Una ley Moderna de Divorcio: Indicaciones al Proyecto Ley de Divorcio*, Revista Propuestas Públicas, Fundación Chile 21, Número 4, Santiago.

Fundación de la Familia, Ministerio de Justicia (2004) *Protegiendo los derechos de nuestros niños y niñas. Prevención del Maltrato y el Abuso Sexual Infantil en el espacio escolar. Manual de apoyo para profesores*. Santiago, Chile.

Fundación Ideas (2003) *Encuesta De tolerancia y no discriminación*. Facultad de Ciencias Sociales, Departamento de Sociología, Universidad de Chile, Santiago.

Gobierno de Chile, Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes-CONACE (2000) *Cuarto Estudio Nacional de Drogas en la Población General de Chile*, Santiago.

GÓMEZ, Adriana (2005) *Cuerpos Autónomos, vidas soberanas. Mujeres y derecho al aborto libre y seguro*. Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe, Santiago, Chile.

GÓMEZ, Gastón (2005) *El Recurso de Protección y los Derechos Fundamentales*, Ediciones Universidad Diego Portales Escuela de Derecho.

Grupo Iniciativa (1999) *Encuesta Nacional: Opinión y actitudes de las mujeres chilenas sobre las condiciones de género*, Santiago.

GUAJARDO, Alejandro (2003) *Contemplaciones y Relatos de Personas Viviendo con VIH/SIDA en seis Agrupaciones de Centros Hospitalarios de la Región Metropolitana*. Vivo Positivo, Consejo Nacional del Libro y la Lectura, Gobierno de Chile, Santiago.

INE (2000) *Anuario de Estadísticas Vitales 2000*, Chile.

INE (2000) *Ingresos de Hogares y Personas. Encuesta suplementaria de ingresos*, Santiago.

INE (2003) *Censo 2002: Síntesis de Resultados*, Santiago.

INE (2006) *Cifras comentadas Trimestre Noviembre 2005– Enero 2006*, Santiago.

INE, MIDEPLAN, Programa Orígenes, BID, *Estadísticas Sociales de los Pueblos Indígenas en Chile. Censo 2002* (2005) Santiago de Chile.

INE-Carabineros de Chile (2004) *Anuario de Estadísticas Policiales: Carabineros de Chile 2004*, Santiago.

INJ (2001) *Tercera Encuesta Nacional de Juventud*, Santiago.

INJ (2003) *Cuarta Encuesta Nacional de Juventud*, Santiago.

INJ (2006) *Segundo Informe Nacional de la Juventud: Condiciones de vida y políticas públicas de juventud desde la Transición al Bicentenario*, Salviat Impresores S.A., Santiago.

INJUV (1997) *Segunda Encuesta Nacional de Juventud*. Santiago.

INJUV (2003) *Cuarta Encuesta Nacional de Juventud del 2003*.

Instituto de la Mujer (1995) *Informe Final Estudio de Seguimiento de la Ley de Violencia Intrafamiliar*, Santiago.

Instituto Nacional de Estadísticas (2003) *Censo 2002: Síntesis de Resultados*, Santiago.

Instituto Nacional de Estadísticas (2004) *Anuario de Justicia*. Santiago.

Instituto Nacional de Estadísticas (2005) *Compendio Estadístico 2005*, Dirección Nacional, Departamento Atención al Usuario y Difusión, Santiago.

JESTAZ, Philippe 1966. *El Derecho*, Ed. Jurídica de Chile.

La Morada; Instituto de la Mujer; Internatonial Women's Human Rights Law Clinic, City University of New York School of Law; OMCT, Organización Mundial Contra la Tortura, (2004) *El Informe Sombra*, Ginebra.

LAMAS, Marta (2002) "Usos, dificultades y posibilidades de la categoría de "género", En: *El género, La construcción cultural de la diferencia sexual*, Programa universitario de estudios de género, México.

LASTRA Teresa et.al. (2004) *Percepción de riesgo del VIH/SIDA en hombres clientes de sexo comercial femenino adulto en locales topless de la comuna de Santiago Centro*. Fundación Margen. Santiago, Chile.

LASTRA, Teresa (1997) *Las otras mujeres*. APRODEM. Santiago, Chile.

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

MATURANA, Camila; MAIRA, Gloria; ROJAS Soledad (coord.) (2004) *Femicidio en Chile*, Organización de Naciones Unidas, Santiago.

MIDEPLAN (2002) *Síntesis de los principales enfoques, métodos y estrategias para la superación de la pobreza*, División Social - Departamento de Evaluación Social, Santiago.

MIDEPLAN (2003) *Caracterización Socioeconómica Nacional: CASEN*. Santiago, Chile.

MINEDUC (2004) *Resultados Nacionales Simce 8° básico 2004*, Santiago.

MINEDUC (2005) *Plan de Educación en Sexualidad y Afectividad*. Santiago, Chile.

Ministerio de Educación, Gobierno de Chile (2005) Comisión Nacional de Educación Sexual, Santiago.

Ministerio de Planificación (2000) *Política Nacional y Plan de Acción Integrado a favor de la infancia y adolescencia 2001- 2010*. Santiago, Chile.

Ministerio de Planificación (2003) *Encuesta CASEN*. Santiago, Chile.

Ministerio de Salud (1997) *Política Nacional se salud para adolescentes y jóvenes*. Santiago, Chile.

Ministerio de Salud (2000) *Diagnóstico de situación sobre esterilizaciones voluntarias*. División Rectoría y Regulación Sanitaria, Departamento de las Personas, Programa Salud de la Mujer. MINSAL, Junio 2002.

Ministerio de Salud (2000) *Norma de manejo y tratamiento de enfermedades de Transmisión Sexual*, Subsecretaría de Salud, Ministerio de Salud, Santiago.

Ministerio de Salud (2005) *Guía Clínica Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida. VIH/SIDA*, Santiago.

Ministerio de Salud Chile, CONASIDA, Agence Nationale de Recherches sur le SIDA, Francia (2000) *Estudio Nacional de Comportamiento Sexual*. Santiago.

Ministerio de Salud Chile, CONASIDA, Agence Nationale de Recherches sur le SIDA, Francia (2000) *Estudio Nacional de Comportamiento Sexual. Primeros Análisis*. Santiago, Chile.

Ministerio de Salud, Comisión Nacional del Sida (2000) *Boletín Epidemiológico N° 13*, Santiago.

Ministerio de Salud, Comisión Nacional del Sida (2000) *Estudio Nacional de Comportamiento Sexual: Síntesis de Información seleccionada*, Gobierno de Chile; Ministerio de Salud, CONASIDA, ANRS Francia; Santiago.

Ministerio de Salud, Comisión Nacional del Sida (2001) *Boletín N°4 Enfermedades de Transmisión Sexual*, Área de Enfermedades de Transmisión Sexual, Santiago.

Ministerio de Salud, Comisión Nacional del Sida (2002) *Estrategias de Prevención*, Área de prevención- CONASIDA, Santiago.

Ministerio de Salud, Comisión Nacional del Sida (2003) *Boletín Epidemiológico Semestral VIH/SIDA N°15*, Santiago.

Ministerio de Salud, Comisión Nacional del Sida (2004) *Algunos cambios en el Comportamiento de las y los chilenos*, División de Rectoría y Regulación, Santiago.

Ministerio de Salud, Comisión Nacional del Sida (2004) *Vigilancia epidemiológicas en Centros Centinelas, 1999-2003*. Santiago.

Ministerio de Salud; Superintendencia de Salud; Fonasa, (2005) *Así funciona el AUGE: Garantías explícitas de Salud*, Editado por el Departamento de Comunicaciones y Relaciones Públicas, Santiago.

Ministerio de Salud-CONASIDA; Sociedad Chilena de Infectología; Sociedad Chilena de Pediatría; Comité Científico Asesor, (2004) *Documento de trabajo: Protocolo AUGE, Tratamiento antirretroviral para personas que viven con VIH/SIDA y para la prevención de la transmisión vertical del VIH*, Ministerio de Salud, Santiago.

Ministerio del Interior – Comisión Nacional sobre Prisión Política y Tortura (2004) *Informe de la Comisión Nacional sobre prisión política y tortura, "Informe Valech"*, Santiago.

MINSAL (2001) *Departamento de Estadísticas e Información de Salud*, Santiago.

MINSAL (2004) *Normas y Guía Clínica para la atención en servicios de urgencia de personas víctimas de violencia sexual*, Santiago.

MINSAL (2004) *Violencia y Salud Mental*, Unidad de Salud Mental, Santiago.

MINSAL, OPS/OMS, (1997) *Perfil epidemiológico. Situación de Salud de los Pueblos Indígenas de Chile*.

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

MNEDUC (2004) *Comisión de Evaluación y Recomendaciones sobre Educación Sexual*. Santiago, Chile.

MOLINA, Pilar "Se complica el 'Día después'. La píldora de emergencia a los tribunales", *El Mercurio*, 8 de abril de 2001, D6.

MOLINA, Ramiro; SANDONAL, Jorge; GONZALES, Electra "Salud Sexual y Reproductividad en la adolescencia. Edit. Maditerra

MOLTEDO, Cecilia; Miranda, Mayra, (2004) *Protegiendo los derechos de nuestros niños y niñas. Prevención del Maltrato y el Abuso Sexual Infantil en el espacio escolar. Manual de apoyo para el profesor*, Fundación de la Familia, Ministerio de Justicia, Ministerio de Educación, Santiago.

MONTIEL Argüello, Alejandro (1994) "El Derecho a la Vida y la Convención Americana sobre Derechos Humanos, Corte Interamericana de Derechos Humanos" en *La Corte y el Sistema Interamericano de Derechos Humanos*, ed. Rafael Nieto, San José de Costa Rica.

MOVILH (2004) *III Informe Anual sobre Derechos Humanos de las Minorías Sexuales Chilenas: 2004*. Santiago, Chile.

MUMS (2002) *Percepción de riesgo y población travesti*. Documento de Trabajo. Una aproximación reveladora. Santiago, Chile.

MUMS (2002) *Percepción de riesgo y Población Travesti. Una aproximación reveladora*. Documentos de trabajo. Mosquito Editores, Santiago, Chile.

MUMS (2003) *Trabajo sexual masculino. Hombres más allá de lo casual*. Documento de trabajo N°2, Santiago, Chile.

NÚÑEZ, Héctor (2004) "La representación de lo gay en la sociedad homofóbica". En Olavaria, José; Márquez, Arturo (eds.) *Varones: entre lo público y la intimidad. IV Encuentro de Estudios de Masculinidades*. FLACSO-Chile, Santiago.

Observaciones finales del Comité de Derechos humanos: Chile 30/03/99. CCPR/C/79. Add. 104 (Concluding Observations/Coments). En Foro red de Salud y Derechos Sexuales y reproductivos.

Observaciones finales del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer: Chile 09/07/99. A/54/38, paras, 202-235. En: Foro Salud de Derechos Sexuales y reproductivos.

OIT (2005) Información sobre el trabajo infantil. Ginebra, Suiza.

OMS (1999) *Anticoncepción de Emergencia: Guía Práctica para la Prestación de Servicios*, Ginebra.

ONUSIDA (2004) *Informe sobre la epidemia mundial de SIDA 2004: Cuarto Informe Mundial*, Programa conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/ SIDA, Ginebra, julio.

Opiniones, Informativos (2003) *Debate Histórico: Divorcio*, Instituto Chileno de Estudios Humanísticos, Santiago.

Opiniones, Informativos (2004) *Nueva Ley de Matrimonio Civil*, Instituto Chileno de Estudios Humanísticos, Santiago.

OPS (2005) *Observatorio de Equidad de Género en Salud. Informe. Proyecto Género, Equidad y Reforma de la Salud Chile, Segunda Fase, Serie Género y Reforma de la Salud N°2*, Santiago.

Organización Internacional del Trabajo (1999) "Convenio sobre las peores formas de trabajo infantil" <http://www.oit.org/ilolex/spanish/convdisp1.htm>

Organización Mundial de la Salud (1992) *CIE 10 Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. Meditor, Madrid.

PÉREZ M., M. Soledad, Dides C., Claudia con colaboración de: FAJRELDIN CHUAQUI, Valentina; GONZÁLEZ Caniulef, ELSA Gabriela; SOTO REYES, Marcela (2005) *Salud, sexualidad y reproducción. Sistematización de investigaciones y experiencias en Pueblos Indígenas en Chile 1990-2004*. CORSAPS-UNFPA, Santiago.

PÉREZ, Cecilia (2003) "Intervención de la Ministra del Servicio Nacional de la Mujer, Srta. Cecilia Pérez Díaz, ante la Sala del Senado, con motivo del inicio de la discusión en dicha instancia del Proyecto que Modifica la Ley de Matrimonio Civil", Valparaíso.

PÉREZ Moscoso, M. Soledad, DIDES C. con colaboración: FAJRELDIN Ch. V.; GONZÁLEZ C. E. G.; SOTO R. M. 2005. *Salud, sexualidad y reproducción. Sistematización de investigaciones y experiencias en Pueblos Indígenas en Chile 1990-2004*. CORSAPS-UNFPA, Santiago.

PÉREZ, Cecilia (2004) "Intervención de la Ministra Cecilia Pérez en el acto de Promulgación de la nueva Ley de Matrimonio Civil", Santiago.

PNUD (2000) *Desarrollo Humano en Chile: Nosotros los chilenos un desafío cultural*, Santiago, Chile.

PNUD– MIDEPLAN (2000) *Desarrollo Humano en las comunas de Chile*, Santiago.

PNUD, (1998) *Informe Desarrollo Humano en Chile - Las Paradojas de la Modernización*, **Sinopsis**, Santiago.

Primer Encuentro de Mujeres Viviendo con VIH/SIDA (2002) Notas de campo, Santiago.

Primer encuentro Transgénero de Valparaíso (2005). SIDACCIÓN, Santiago Chile.

Propuesta de Ley Marco sobre derechos sexuales y reproductivos (2000) Santiago, Chile.

Pueblos Indígenas en Chile 1990-2004. CORSAPS-UNFPA, Santiago.

REQUENA, Marinao (ed.) (1990) *Aborto inducido en Chile. Edición Sociedad Chilena de Salud Pública*, Santiago.

RICO, Nieves (1996) *Violencia de Género un problema de Derechos Humanos*, Serie Mujer y Desarrollo 16, CEPAL, Santiago.

RODRÍGUEZ, Ambrosio (1999) *Nuevo Régimen de Adopción*, Actualidad Jurídica, Base de Datos del Diario Oficial, Santiago.

RODRÍGUEZ, Claudia (2005) "*Informe de Consultoría para el equipo técnico, capacitación y presentación de temas relativos a la problemática jurídica del transgenerismo en Chile*". Ponencia expuesta en el 1º Congreso Trans del Ecuador 19 - 21 de Noviembre del 2005.

RODRÍGUEZ, Claudia (2006) Entrevista en el marco de la realización de proyecto CLAM.

SANTA MARÍA, Néstor; VIERA, Orloff; GUTIÉRREZ, René; GONZÁLEZ, Leonardo (2002) *Violencia Sexual en Chile y nueva Ley de Delitos Sexuales*, Revista Fronteras en Obstetricia y Ginecología, Departamento de Obstetricia y Ginecología de la Facultad de Medicina de la Universidad de La Frontera, Volumen 2 – Número 1, Temuco.

SCHIAPPACASSE Verónica, VIDAL Paulina, CASAS Lidia, DIDES Claudia, DÍAZ Soledad (2003) *Chile:*

SCHIAPPACASSE, Verónica; VIDAL, Paulina; CASAS, Lidia; DIDES, Claudia; DÍAZ, Soledad, (2004) *Chile: Situación de la Salud y los Derechos Sexuales y Reproductivos* Instituto Chileno de Medicina Reproductiva-ICMER, Corporación de Salud y Políticas Sociales-CORSAPS; CORSAPS, Publicado por SERNAM, Santiago.

SCOTT, Joan (2003) "El género una categoría útil para el análisis histórico", En: *El género, La construcción cultural de la diferencia sexual*, Programa universitario de estudios de género, México.

SEGOVIA, Jimena Silva (2003) *Ángeles del Desierto Implicancias de los contratos sociales-sexuales en los crímenes de la comunidad Alto Hospicio, Iquique, Antofagasta.* Tesis de Magíster Género y Estudios Culturales, Facultad de Filosofía y Humanidades, Universidad de Chile.

SENAME (2004a) *Explotación sexual comercial infantil.* Santiago, Chile.

SENAME (2004b) *Un Chile apropiado para los niños.* Santiago, Chile.

SEPÚLVEDA, Martha (comp.) (2005) *Anuario de Estadísticas Criminales 2004* Fundación Paz Ciudadana, Santiago.

SERNAM (2001) *Programa de Prevención de la Violencia Intrafamiliar. Estudio de Prevalencia,* Centro de Análisis de Políticas Públicas de la Universidad de Chile, Santiago.

SERNAM (2002) *Estudio Detección y Análisis de la Prevalencia de la Violencia Intrafamiliar.* Programa de Prevención de la Violencia. Chile.

SERNAM (2003) *Chile: situación de la salud y los derechos sexuales y reproductivos.* Santiago, Chile.

SERNAM (2006) *Orientaciones técnicas del modelo de intervención de los Centros de la Mujer,* Santiago.

SERNAM e INE (2001) *Mujeres Chilenas. Estadísticas para el Nuevo Siglo,* Santiago.

Servicio Nacional de La Mujer (2005) *VIH/SIDA en Mujeres. Construcción de una Estrategia de Prevención*. Elaborado por: Dides, C.; Márquez, A.; Barrales, K. Área de Estudios de Género FLACSO-Chile.

Servicio Nacional de la Mujer, (2000) *El nuevo Estatuto Filiativo y las Modificaciones al derecho sucesorio, a la luz de las normas y principios de la Ley N° 19.585*, Santiago.

SHIAPPACASSE, V.; CASAS, L.; VIDAL, P.; DIDES, C.; Díaz, S. (2003) *Chile Situación de la salud y los derechos sexuales y reproductivos*. Instituto Chileno de Medicina Reproductiva, Corporación de Salud y Políticas Sociales. Publicado por SERNAM, Santiago.

SIDACCIÓN (2005) *Primer Encuentro Transgénero de Valparaíso*. SIDACCIÓN, Santiago, Chile.

Situación de la salud y los Derechos Sexuales y Reproductivos, ICIMER/CORSAPS, Publicado por SERNAM Santiago.

The Alan Guttmacher Institute, (1994) *Aborto Clandestino: una realidad Latinoamericana*, New York.

Todaro, Rosalba; Yáñez, Sonia (2004) "El Trabajo de Transforma, Relaciones de producción y relaciones de género", Ediciones CEM, Santiago.

Universidad Diego Portales, Facultad de Derecho (2003) *Informe Anual sobre Derechos Humanos en Chile 2003. Hechos de 2002...* Santiago.

URRIOLA, Ivonne (1996) *Mujeres Transgresoras. Delincuencia Femenina en Santiago 1900-1925*. Tesis para optar al grado de Licenciada en Historia. Pontificia Universidad Católica de Chile. Instituto de Historia, Santiago, Chile.

VALDÉS, Teresa; BENAVENTE, Cristina; GYSLING, Jacqueline (1999). *El poder en la pareja, la sexualidad y la reproducción. Mujeres de Santiago*. Santiago: Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, FLACSO-Chile.

VALDÉS, Teresa; GUAJARDO, Gabriel (edit.) (2004) *Hacia una Agenda sobre Sexualidad y Derechos Humanos*. Seminario-taller. Santiago, Chile: Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, Chile; Flora Tristán-Centro de la Mujer

Peruana; Centro Latinoamericano de Sexualidad y Derechos humanos.

VIANNA Adriana, LACERDA Paula (2004) "Direitos e políticas no Brasil o panorama actual" Centro Latino Americano.

VIDAL, F.; ZORRILA, S.; DONOSO, C.; HEVIA, A.; PASCAL, R. (2002) *Situaciones de discriminación que afectan a las personas Viviendo con VIH/SIDA en Chile*. Centro de Investigaciones en Bioética y Salud Pública. CIBISAP, Universidad de Santiago, Vivo Positivo.

VIDAL, Francisco; CARRASCO, Marina; SANTANA, Paula (2005) *Discriminación por VIH/SIDA en Chile: Cambios y continuidades 2000–2005*, Editorial: Universidad Arcis; FLACSO Chile; Vivo Positivo, Santiago.

Vivo Positivo (2004) *Cuadernillo: Derechos sexuales y reproductivos, protocolo ACTG 076*, Santiago.

Zorrilla, Sergio "Confidencialidad, Autonomía y Derechos de las Personas. Reflexiones en torno al artículo 17 del Proyecto Ley marco sobre Derechos Sexuales y reproductivos": En: CASAS, L. DIDES, C. ISLA, P. *Confidencialidad de la Información y Consentimiento Informado en Salud Sexual y reproductiva*. CORSAPS, Santiago, 2002.

ZÚÑIGA, Alejandra (2000) *El derecho a la vida y el interés público*, en: Cuadernos de Análisis Jurídico, Serie Publicaciones Especiales N° 14, Universidad Diego Portales Escuela de Derecho.

LEYES, NORMAS, REGLAMENTOS Y DECRETOS

Boletín "2608-11" Proyecto ley marco sobre Derechos Sexuales y reproductivos (2000) Patrocinado por los diputados/as Isabel Allende B.; Rosa González R., Víctor Jeame B., Marina Procchelle A., Jaime Mulet M., Gabriel Ascencio M., Carlos Jarpa W. Osvaldo Palma F. María Antonieta Saa D., Fanny Pollarolo V.

Boletín "3702-07" Se presentó en el 2004 una *Reforma a la Constitución Política de la República con el objeto de establecer una nueva garantía constitucional en materia de derechos sexuales y reproductivos* (RC) Diputados Patrocinantes Guido Girardi L. Jaime Quintana L. Enrique Accorsi O. a la Comisión Constitución, Legislación y Justicia de la Cámara de Diputados

Cámara de Diputados, Boletín N° 3494-07 "Proyecto de ley que establece un régimen legal para las uniones de hecho." Ingresada el Miércoles 7 de Abril, 2004.

Cámara de Diputados, Boletín N° 3283-18 "Fomento de la no discriminación y contrato de unión civil entre personas del mismo sexo." 10 de Julio, 2003.

Cámara de Diputados, Boletín N° 3847-18: Modifica el artículo 31 de la ley n° 19.620, "Sobre adopción de menores, por parte de matrimonios extranjeros no residentes en Chile". Ingresado el 20 de abril de 2005.

Cámara de Diputados, Boletín N° 3863-07: Reforma constitucional que sustituye el inciso quinto del Artículo 1° de la Constitución Política de la República."

Cámara de Diputados, Boletín: 2608-11 "Proyecto Ley Marco sobre Derechos Sexuales y Reproductivos (2000), Santiago, Chile." Ingresado el 19 de octubre de 2000.

Convención sobre los derechos del niño", Fecha de publicación: 27.09.19

Convención sobre los derechos del niño", publicada en el Diario Oficial el 27 de septiembre de 1990.

Ministerio de Educación (1994) Circular N° 875 – 17/05/94. Santiago, Chile.

Ministerio de Educación (2000) Modifica la Ley N° 18.962, Orgánica Constitucional de Enseñanza, en lo relativo al de derechos de las estudiantes que se encuentren embarazadas o que sean madres lactantes de acceder a los establecimientos educacionales. Santiago, Chile.

Ministerio de Educación (2003) Reforma constitucional que establece la obligatoriedad y gratuidad de la educación media. Santiago, Chile.

Ministerio de Educación (2004) Reglamento inciso tercero del artículo 2° de la ley N° 18962 que regula el estatuto de las alumnas en situación de embarazo y maternidad. Santiago, Chile.

Ministerio de Educación, Reglamento que regula el inciso tercero del artículo 2° de la ley N° 18962 que regula el estatuto de las alumnas en situación de embarazo y maternidad N° 79. Fecha de publicación: 12.03.04.

Ministerio de Justicia "Norma DFL-1 modificada Ley 19.947 del 17 - 05 - 2004: Fija texto refundido, coordinado y sistematizado del Código civil; de la ley nº4.808, sobre registro civil; De la ley nº17.344, que autoriza cambio de nombres y apellidos; de la ley nº16.618, ley de menores; de la ley Nº14.908, sobre abandono de familia y pago de pensiones Alimenticias, y de la ley nº16.271, de impuesto a las Herencias, asignaciones y donaciones"

Ministerio de Relaciones Exteriores, Decreto Nº 1640 Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer. Fecha de Publicación: 11.12.1998.

Ministerio de Relaciones Exteriores, Decreto Nº 789 Convención para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer, publicada el 9.12.89.

Ministerio de Relaciones Exteriores, Decreto Nº 789 Promulga la Convención para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer (CEDAW). Fecha de Publicación 9.12.2006.

Ministerio de Relaciones Exteriores, DTO-830 Promulga convención sobre los derechos del niño. Fecha de Publicación: 27.09.1990.

Ministerio de Relaciones Exteriores, DTO-830 Promulga convención sobre los derechos del niño. Fecha de Publicación: 27.09.1990.

Ministerio de Salud (1983) Decreto 362, Reglamento sobre enfermedades de transmisión sexual. D. Oficial 10/11/84. desde www.minsal.cl/ici/leyes_reglamentos/dto362.pdf

Ministerio de Salud (1984) *Reglamento sobre Enfermedades de Transmisión Sexual* DTO.362, publicada en el Diario Oficial el 7 de mayo de 1984.

Ministerio de Salud (2000) *Normas de manejo y tratamiento de enfermedades de transmisión sexual*, Decreto Exento Nº 20 del 14.01.2000.

Ministerio de Salud (2000) *Reglamento sobre notificación de enfermedades transmisibles con notificación obligatoria: Nº 712*, publicada en el Diario Oficial el 17 de abril de 2000.

Ministerio de Salud (2004) "DTO. Nº 170 de 2004: *Aprueba Garantías Explícitas*

en Salud del Régimen General de Garantías en Salud”, publicada en el Diario Oficial el 26 de noviembre de 2004.

Ministerio de Salud Resolución Exenta N° 2326 de 2000, “Fija directrices para los servicios de salud sobre esterilización femenina y masculina”, publicada en el Diario Oficial el 9 de diciembre de 2000.

Ministerio de Salud, (2003) *Normas y Guía Clínica para la Atención, en Servicios de Urgencia, a Personas Víctimas de Violencia Sexual*, Resolución exenta 527, del 6.04.2004.

Ministerio de Salud, “Resolución exenta 527: Normas y Guía Clínica para la Atención, en Servicios de Urgencia, a Personas Víctimas de Violencia Sexual”
Fecha de Publicación: 6.04.04.

Ministerio de Salud, Circular N° 875: Dirigida a: Secretarías Ministeriales Jefes Departamentos Provinciales, Directores de Establecimientos Educativos del País, Fecha de publicación: 17.05.94

Ministerio de Salud, CONASIDA “*Reglamento sobre enfermedades de transmisión sexual*” DTO: 362, de 1983, actualizado al 20 de febrero del 2002.

Ministerio de Salud, *Reglamento sobre enfermedades de transmisión sexual* dto. 362, 10.11.84, actualizado al 20.02.02

MINSAL (2004) *Normas y Guía Clínica para la atención en servicios de urgencia de personas víctimas de violencia sexual*, Santiago.

MINSAL (2006) Normas Nacionales sobre Regulación de la Fertilidad, Santiago, Chile.

Protocolo facultativo de la Convención sobre los Derechos del Niño relativo a la venta de niños, la prostitución infantil y la utilización de niños en la pornografía”, publicado en el Diario Oficial el 6 de septiembre de 2003.

Protocolo para prevenir, reprimir y sancionar la trata de personas, especialmente mujeres y niños, que complementa la Convención de las Naciones Unidas contra la delincuencia organizada transnacional”, Publicado en el Diario Oficial, 16 de febrero de 2005.

República de Chile Ley 19.779, Establece normas relativas al virus de inmunodeficiencia humana y crea bonificación fiscal para enfermedades catastróficas. Fecha de Publicación: 14.12.2001

República de Chile Ley 20.050: Establece reforma constitucional que introduce diversas modificaciones a la Constitución Política de la República. Fecha de promulgación: 18-08-2005.

República de Chile, "Ley 19.335: Establece Régimen de Participación en los Gananciales, y modifica el Código Civil, la Ley de Matrimonio Civil, el Código Penal, el Código de Procedimiento Penal y otros Cuerpos Penales que indica", publicada en el Diario Oficial el 12 de septiembre de 1994.

República de Chile, "Ley 19.585: Modifica el Código Civil y otros Cuerpos Legales en materia de Filiación", publicada en el Diario Oficial el 13 de octubre de 1998.

República de Chile, "Ley 19.620: Dicta Normas Sobre Adopción de Menores", publicada en el Diario Oficial el 26 de julio de 1999.

República de Chile, "Ley 19.947: Establece Nueva Ley de Matrimonio Civil", publicada en el Diario Oficial el 7 de mayo de 2004.

República de Chile, "Ley 19.966: Establece un Régimen de Garantías en Salud", publicada en el Diario Oficial el 25 de agosto de 2004.

República de Chile, "Ley 19.968: Crea Los Tribunales de Familia", publicada en el Diario Oficial el 25 de agosto de 2004.

República de Chile, "Ley 20.030: Modifica el Código Civil, en lo relativo a la exigencia de presentación de antecedentes para dar curso a la demanda de reclamación de maternidad o paternidad, y a la valoración de los medios de prueba sobre el particular", publicada en el Diario Oficial el 24 de junio de 2005.

República de Chile, "Ley 20.047: Establece un permiso paternal en el código del trabajo" publicada en el Diario Oficial el 2 de septiembre de 2005.

República de Chile, "Ley 20086: Introduce modificaciones a la aplicación de los procedimientos de la Ley de tribunales de familia" publicada en el Diario Oficial 7 de diciembre de 2005.

República de Chile, Código Penal, Publicado el 12.11.1874.

República de Chile, Código Sanitario fecha de publicación 31 de enero de 1968.

República de Chile, Código Sanitario Norma, fecha de publicación 31 de enero de 1968; promulgación 11 de diciembre de 1967. Última modificación Ley 20029 del 13 de julio de 2005.

República de Chile, Código Sanitario, fecha de publicación 31 de enero de 1968; promulgación 11 de diciembre de 1967. Última modificación Ley 20029 del 13 de julio de 2005.

República de Chile, Ley 18681 "Crea el Servicio Nacional de Menores y fija el texto de su Ley Orgánica", Fecha de publicación: 16.01.1979.

República de Chile, Ley 18962: Ley Orgánica Constitucional Educación, LOCE, Fecha de publicación: 10.03.1990.

República de Chile, Ley 19.277, "Modifica El Código Penal, El Código De Procedimiento Penal y El Código Procesal Penal En Materia de Delitos de Pornografía Infantil", publicada en el Diario Oficial el 14 de enero de 2004.

República de Chile, Ley 19.325: *Establece normas sobre procedimiento y sanciones relativos a los actos de violencia intrafamiliar*", publicada en el Diario Oficial el 19 de agosto 1994.

República de Chile, Ley 19.779: Establece normas relativas al virus de inmunodeficiencia humana y crea bonificación fiscal para enfermedades catstróficas, publicada en el Diario Oficial 4 de diciembre 2001

República de Chile, Ley 19.927: *Modifica el Código Penal, el Código de procedimiento penal y el Código Procesal Penal en materia de delitos de pornografía infantil*", publicada en el Diario Oficial el 5 de enero de 2004.

República de Chile, Ley 19.942: Modifica los Códigos de Procedimiento Penal y Procesal Penal en Materia de Control de Identidad. Fecha de Publicación: 15.04.2004.

República de Chile, Ley 19688: Orgánica Constitucional de la enseñanza, en lo relativo al derechos de las estudiantes que se encuentren embarazadas o que sean madres lactantes de acceder a los establecimientos educacionales. Fecha de publicación: 3.08.2006.

República de Chile, Ley 19779: Establece normas relativas al virus de inmuno deficiencia humana y crea bonificación fiscal para enfermedades catastróficas. 14.12.2001.

República de Chile, Ley 19876: Reforma Constitucional que establece la obligatoriedad y gratuidad de la educación media. Fecha de publicación: 22.05.2003

República de Chile, Ley 19968: Crea los Tribunales de Familia, publicada 30.08.2004.

República de Chile, Ley 19997, Crímenes y Delitos Contra El Orden De Las Familias, Contra La Moralidad Pública y Contra La Integridad Sexual. Publicado: 14.01.2004

República de Chile, Ley 20066: Establece Ley De Violencia Intrafamiliar, publicada: 07.10.2005

República de Chile, Ley 20084: Establece un Sistema de Responsabilidad de los Adolescentes por Infracciones a la Ley, Fecha de Publicación: 07.12.2005

República de Chile, Ley de Filiación N° 19585, fecha de publicación: 26.10.1998.

República de Chile, Ley N° 19.409: *Introduce modificación al Código Penal con el objeto de tipificar y sancionar el delito de trata de blancas*, publicada en el Diario Oficial el 07 de septiembre 1995.

República de Chile, Ley N° 19.617: *Modifica el Código Penal, el Código de Procedimiento Penal y otros Cuerpos Legales en materias relativas al delito de Violación*, publicada en el Diario Oficial el 12 de julio de 1999.

República de Chile, Ley N° 19.927: *Modifica el Código Penal, el Código de Procedimiento Penal y el Código Procesal Penal en materia de Pornografía Infantil*, publicada en el Diario Oficial el 14 de enero de 2004.

República de Chile, *Ley N° 20.005: Tipifica y sanciona el acoso sexual*, publicada en el Diario Oficial el 8 de marzo de 2005.

República de Chile, *Ley N° 20.066: Establece Ley de Violencia Intrafamiliar*, publicada en el Diario Oficial el 22 de septiembre de 2005.

República de Chile, Ley N° 19.620, Dicta normas sobre la adopción de menores, fecha de publicación: 05.08.1999.

República de Chile, Ley N° 19779 Establece Normas Relativas al Virus de Inmuno Deficiencia Humana Y Crea Bonificación Fiscal Para Enfermedades Catastróficas, Fecha de Publicación: 14.12.2001.

República de Chile, Ley-17344: Autoriza el cambio de nombres y apellidos en los casos que indica. Fecha Publicación: 22.09.1970.

República de Chile, Código Penal.

PROYECTOS DE LEY

Diputado M. Enríquez-Ominami y R. Alinco. (2006) Proyecto de Ley que despenaliza hipótesis de conductas de aborto consentido.

Diputados/as patrocinantes son Marcela Cubillos S. Eduardo Díaz D. Julio Dittborn C. Javier Hernández H. Darío Molina S. Iván Moreira B. Marcelo Forni L. Felipe Salaberry S. Cristián Leay M. Gonzalo Uriarte H. Boletín "3608-04"

Isabel Allende B. Rosa González R. Víctor Jeame B. Gabriel Ascencio M. Carlos Jarpa W. Osvaldo Palma F. Marina Prochelle A. María Antonieta Saa D. Fanny Pollarolo V. Jaime Mulet M. Boletín "2608-11"

Moción de los diputados señores Rodrigo Álvarez Z., Eugenio Bauer J., Marcelo Forni L., José Antonio Kast R., Iván Moreira B., Darío Paya M., Felipe Salaberry S., Gonzalo Uriarte H., Ignacio Urrutia B. Iván Morerira, Darío paya y la diputada Marcela Cubillos S. Boletín Legislativo N° 2978-07. Materia Modifica en el Código Penal el delito de aborto.

Moción de los/as diputados/as Adriana Muñoz D., María Antonieta Saa D., Carmen Ibañez S., Isabel Allende B., Enrique Accorsi O., Guido Girardi L., Osvaldo Palma F., Arturo Longton G., Fulvio Rossi C., Carlos Abel Jarpa W. Boletín Legislativo 3197-11. Modif. el art. 119 del Código Sanitario en lo relativo al aborto terapéutico.

Presentado por los Diputados/a: Pedro Pablo Alvarez-Salamanca B. María Angélica Cristi M. Alberto Espina O. Arturo Longton G. Boletín "1297-18".

Presentado por los y las diputadas Carlos Smok U. Juan Pablo Letelier M. Armando Arancibia C. Carlos Montes C. Adriana Muñoz D. Boletín "499-07".

Proyecto de Ley de Unión civil entre personas del mismo sexo.

Proyecto de Ley Marco de Derechos Sexuales y Reproductivos.

JURISPRUDENCIA

Acción de protección Corte de Apelaciones de Santiago, "García López con Servicio Metropolitano de Salud Sur Oriente y Ministerio de Salud", 14 de junio de 1999.

Acciones constitucionales cuyos roles 3025-01 contra el Servicio de Salud Metropolitano Oriente y el Ministerio de Salud, 3026-01 contra el Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente y el Ministerio de Salud y 3027-01 contra Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente y el Ministerio de Salud. Corte de Apelaciones de Santiago, "Rojas, Náyade y otros contra Servicio de Salud Metropolitano Oriente (y otros), Ministerio de Salud", 28 de agosto 2001.

C/Elizabeth del Carmen Rodríguez Apablaza; homicidio simple; Rol único 0300129634-4, Tribunal de Juicio Oral en lo Penal; Ovalle, 23 de junio de 2004.

C/Roberto del Rosario Pizarro Alfaro, violación; Rol único 20001201-2, Tribunal de Juicio Oral en lo Penal, La Serena, 30 de agosto de 2005.

Claudia Isabel Subiabre González, Parricidio; RIT 42-2005, Tribunal de Juicio Oral en lo Penal; Punta Arenas, 19 de julio de 2005.

Claudia Marta San Martín Bravo con Luis Leif Lonis Pizarro, Rol 4171-05, Corte de Apelaciones de Antofagasta, 11 de abril de 2005.

Corte de Apelaciones de Santiago, "Libui Cristián contra COFRA Ltda y Club de Polo y Equitación San Cristobal", rol 7204-05, 16 de mayo de 2006.

Corte de Apelaciones de Santiago, Rol 5308-2000 25 de octubre de 2000.

Corte de Apelaciones de Valparaíso; Rol 510-2004; 21 de enero de 2005; Considerando 4, párrafo segundo.

Corte Suprema, "López Átala", Causa Rol 1193-03, 31 de mayo de 2004.

Corte Suprema, "Mena Donoso, Gladys contra Servicio de Salud Valparaíso-San Antonio", rol 24360, 12 de enero de 1995.

Corte Suprema, rol 3599-01, 9 de octubre de 2001.

"José Eduardo Ochoa Zambrano, delito de violación impropia, Causa RUC 0400337233-8, RIT 386-2004, Juzgado de Garantía de Puerto Montt, 4 de octubre de 2005.

"Juan Alejandro Milla Bórquez con Compañía Chilena de Tabacos SA; Rol 918-04, Corte Suprema, 21 de julio de 2005.

"Juan Alejandro Milla Bórquez contra Compañía Chilena de Tabacos SA", Rol 5006-T, Juzgado de Letras de Casablanca, 1 de octubre de 2002.

"Juan Alejandro Milla Bórquez contra Compañía Chilena de Tabacos SA", Rol 160-03, Corte de Apelaciones de Valparaíso, 14 de enero de 2004; considerando primero a tercero, inclusive.

Libui Cristián contra COFRA Ltda y Club de Polo y Equitación San Cristóbal", rol 19.812-7-2004 en el Tercer Juzgado de Policía Local de Las Condes, 18 de agosto de 2005.

"Máximo Enrique Amaya Nieto contra Empresa Santa Isabel S.A.", Rol 6688; Juzgado de Letras de Valparaíso, 24 de noviembre de 1994.

"Maya con Maya" RIT C-491-2005; 1 Juzgado de Familia de Santiago.

N.N. con Carabineros; Rol C-3921-2003; 13 Juzgado Civil de Santiago; Santiago, 27 de julio de 2005; Considerando 7.

“N.N. con Carabineros”; rol C-3921-2003, 27 de julio de 2005. 13 Juzgado Civil de Santiago,

Recurso de protección, Corte de Apelaciones de Valparaíso, “Luengo Marcelo contra Hospital Carlos van Buren”, rol 543-98.

“NN contra Francisco Demetrio Mendoza Romero”, Rol 223-2005, Corte de Apelaciones de Valparaíso, 23 de septiembre de 2005, Considerando noveno.

“NN” por violación, RIT: 17-2006, Cuarto Tribunal de Juicio Oral en lo Penal de Santiago, 25 de abril de 2006.

“Rodrigo Ramón Valenzuela Quezada contra Décimo Tercer Juzgado Civil de Santiago”, Rol 2569-2004, Corte Suprema, 31 de marzo de 2006.

“Solabarrieta Fernando contra Kozak Sergio Eduardo”, Rol 2050-2000, Corte Suprema, 5 de mayo de 2005, Considerando primero, letra d, párrafo 6.

“Swanne Day, Paul contra Matamala Jarpa, María Angélica”, Rol 4827-2004, Corte Suprema, 13 de junio de 2005.

PÁGINAS WEB:

Anticoncepción de emergencia (2005) Recuperado: noviembre 2005 desde <http://www.anticoncepciondeemergencia.cl>

APROFA (2005) Anticoncepción de emergencia. Recuperado: noviembre 2005 desde <http://www.aprofa.cl>

Biblioteca Congreso Nacional (s/f) El Ciudadano/En la Familia/Matrimonio Civil/Divorcio. Recuperado el 15 de febrero de 2006 desde: <http://www.bcn.cl/pags/ecivica/eldivo.htm>

Biblioteca del Congreso Nacional. Regímenes Patrimoniales (s/f) Recuperado: 15 de marzo de 2006 desde: <http://www.bcn.cl/pags/ecivica/repatri.htm>

Biblioteca Congreso Nacional (2005) Filiación Recuperado: 15 de diciembre de 2005 desde: <http://www.bcn.cl/pags/ecivica/filiaz.htm>

Biblioteca Congreso Nacional (2005) Tribunales de Familia comenzarán a operar en octubre de 2005 Recuperado: 15 de febrero de 2006 desde http://www.bcn.cl/pags/home_page/ver_articulo_en_actualidad.php?id_destaca=221

Cañón, Germán (2003) "Unión Civil Homosexual a un paso de entrar al congreso" (artículo de prensa) desde: <http://www.opusgay.cl/1315/article-32511.html>

Centro Interdisciplinario de Estudios de Género, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile (1999) Prostitución juvenil urbana. Instituto Nacional de la Juventud, Santiago, Chile.

Comercial Sex Information, Recuperado: 16 de marzo 2006 desde <http://www.walnet.org/csis/specials.html>

CONASIDA (2000) Área de Prevención Recuperado: octubre 2005 desde <http://www.minsal.cl>

Congreso Nacional (s/f) El Ciudadano/En la Familia/Matrimonio Civil/Divorcio. Recuperado el 15 de febrero de 2006 desde <http://www.bcn.cl/pags/ecivica/eldivo.htm>.

Corporación de Asistencia Judicial región de Valparaíso, regiones III, IV y V (2005) Construyendo Justicia Materias de Familia. Recuperado: 20 de marzo de 2006 desde: http://www.cajval.cl/contenido/Atenciones/Consultas_Frecuentes_correo/PF_familia.htm.

Defensoría Penal (2006) Defensoría Penal Pública. Recuperado: marzo 2006 desde <http://www.defensoriapienal.cl>

Derechos Humanos (2004) Caso Atala. Tuición de Menores por madres lesbianas Recuperado: 15 de marzo de 2006 desde: <http://www.derechoshumanos.cl>.

Diario de la Sociedad Civil (s/f) Recuperado: 03.10.2006 desde: www.sociedadcivil.cl

Diario Las Últimas Noticias (2006) Recuperado: el 28 de marzo de 2006 desde http://www.lun.com/librerias/prt_em.asp?idnoticia=C38381820880787.

Díaz, Soledad; Croxatto, Horacio B. Anticoncepción hormonal de emergencia Instituto Chileno de Medicina Reproductiva. Recuperado: octubre 2005 desde www.anticoncepciondeemergencia.cl

Electoral.cl (2006) Algunas hipótesis: ¿De dónde vinieron y a dónde se fueron los votos en 2ª vuelta? Recuperado en: marzo 2006 desde <http://www.electoral.cl>

Foro-Red de Salud de Derechos Sexuales y Reproductivos (2005) Recuperado: septiembre 2005. Desde www.forsalud.cl www.reddesalud.org

Foro Red de Salud y Derechos Sexuales y reproductivos (2005) Recuperado: noviembre 2005 desde <http://www.forsalud.cl>

Foro Red Salud de Derechos Sexuales y Reproductivos (2005) Monitoreo Atenea. Recuperado: noviembre 2005 desde: <http://www.forsalud.cl/forosalud/secciones/muestra>.