



d o s s i e r

Foro “Debate de emergencia: mujeres y anticoncepción en Chile”

## Foro: “Debate de emergencia: mujeres y anticoncepción en Chile” \*

Kemy Oyarzín\*\*

En medio de semanas de conmoción mediática, el 9 de mayo de 2001, en la Sala Domeyko de la Casa Central de la Universidad de Chile, tuvo lugar un foro denominado, “Debate de Emergencia: Mujeres y Anticoncepción en Chile”. La actividad contó con la participación de los médicos, Pilar Vigil, Directora Ejecutiva del Centro de Estudios Biológicos de Reproducción, CEBRE, de la Pontificia Universidad Católica; Horacio Croxatto, Presidente del Instituto Chileno de Medicina Reproductiva, ICMER; y Marisol Prado, ex presidenta –y primera presidenta mujer– de la Federación de Estudiantes de la Universidad de Chile, FECH; con los abogados Lidia Casas, Coordinadora del proyecto de la Corporación de Salud y Políticas Sociales, CORSAPS, y al mismo tiempo profesora de la Universidad Diego Portales; Gonzalo García, Presidente del Movimiento Nacional por la Vida, Antucuyén; y la psicóloga Irma Palma, profesora de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Chile, y, en este momento, Directora de un proyecto relacionado con estas materias y auspiciado por FONDEF.

El debate–transcrito a continuación– responde a una política del Centro de Estudios de Género y Cultura de la Facultad de Filosofía, compartida por la Revista *Nomádias*, tendiente a poner en el escenario cultural y académico temáticas vigentes y divergentes que inquietan a la sociedad chilena actual, particularmente en el ámbito de sexualidad y género.

El foro permitió la expresión de un amplio espectro de miradas frente al controvertido uso del levonorgestrel, más conocido como píldora anticonceptiva de emergencia (PAE), amplitud que no ha signado a los medios comunicacionales del país frente a éste y a otros de los llamados “temas difíciles”. En este caso, se trata de discusiones que desbordan el sesgo comunicacional, que permiten reeditar la vocación pública y pluralista de la Universidad de Chile, y que a la vez acogen la interdisciplinariedad requerida por los estudios de género y sexualidad. El debate –acalorado y nada consensuado– despliega el ejercicio de la reflexión crítica, articulando las aristas valóricas, normativas, culturales, jurídicas y políticas de un tema que por su complejidad desafía los marcos tecnocráticos y sobre especializados de los saberes y prácticas médico-farmacológicos. Dada la magra sensibilidad país acerca de las estrategias de poder sobre los cuerpos, resulta imperativo atender los problemas de la ciudadanía en

\* Edición de Loreto Chávez del foro realizado el 9 de mayo de 2001, en la sala Domeyko de la Casa Central de la Universidad de Chile.

\*\* Directora Centro de Estudios de Género y Cultura en América Latina de la Facultad de Filosofía de la Universidad de Chile.

sexualidad. Este tipo de discusión contribuye a la tortuosa tarea de ir superando los resquemores del país frente a las diferencias y a los desencuentros valóricos.

Explícita e implícitamente, el debate remite al inicio de la vida humana desde perspectivas biológicas y socio-jurídicas (a partir del momento del parto o de la implantación del embrión en el endometrio) a los derechos de la mujer y del embrión, al embarazo adolescente, al aborto y a otros temas vinculados a bioética y biopolítica. Los ejes más generales de la polémica giran en torno al descentramiento de la medicalización de la vida y de la sexualidad de las personas y presuponen distintas posturas frente al constructivismo de la sexualidad. Aunque por razones diversas ninguno de los panelistas hace una defensa a ultranza del uso del levonorgestrel o PAE, se distinguen nítidamente dos posiciones: una que rechaza tajantemente su uso por considerarlo "microabortivo" y otra que a partir de una "cautela" frente a la hormona demuestra que ésta no puede científicamente comprobarse como abortiva (Horacio Croxatto); a su vez, esta postura preconiza que su instalación en el mercado posibilita la libre opción (Lidia Casas, Marisol Prado e Irma Palma). Una y otra vez los fundamentalismos valóricos dejan en evidencia que no siempre las políticas de libre mercado se condicen con libertades existenciales de las personas. Los detractores remiten a parámetros esencialistas, justificando su postura en términos absolutos e intentando poner un dique moralista a las opciones de *los sujetos de la sexualidad* y de la procreación. La "defensa absoluta de la vida" (Pilar Vigil) o la aplicación mecánica del concepto de "derechos humanos" a un embrión cuyo estatuto jurídico está aún por debatirse a nivel país (Gonzalo García), simplifican los tensionados aspectos bioéticos involucrados en la decisión del uso de la PAE. Se subordinan allí las esferas relacionales, vivenciales y sociales convocadas en la determinación de la maternidad a favor de una defensa trascendentalista de la vida del *cigoto*, constructo o ente sobre el cual se proyectan ficciones biológico-religiosas, que no son nunca asumidas como tales. Los seis días que dura el viaje del embrión en su desplazamiento a la Trompa de Fallopio subordinan en importancia la duración de la vida entera de una mujer. En última instancia, esta discusión refleja un cambio del Alto Clero de la Iglesia Católica en el sentido de subordinar los derechos de las personas a la defensa de la familia.

Para quienes aquí favorecen la libre opción, el debate debe contemplar las consecuencias que un embarazo no deseado pueda tener en la persona. Se decide *por* otros; no *con* otros (las mujeres, los adolescentes), en tanto esos otros son prejuizados como *irresponsables* y sus conductas consideradas potencialmente *excesivas*, en un país que se ha habituado a desconfiar de la democracia y que preconiza prácticas tuteladas a todo nivel. Se excluye del planteamiento la "vida" de la *persona* materna como sujeto de elección psico-biográfica-sujeto existencial, deliberante y proyectivo-. No se entienden las funciones maternas como históricas, cambiantes, socialmente relativas. La mujer es reducida a objeto-útero, desubjetivada ("no podemos dar al útero la condición de humanidad", opina Pilar Vigil); los detractores de la PAE confrontan como *rivales* las vidas de la madre y del embrión. Esta línea de opinión

dificulta la incorporación de las mujeres reproductoras como sujetos de derecho: el género, construcción de la sexualidad y de la diferencia sexual, *desaparece* frente a la reactualización de un biologismo mecanicista. En suma, el desafío que emana de este foro es la instalación de un debate amplio, participativo y transparente a nivel país sobre temáticas relativas a sexualidad y ciudadanía, en función de un marco jurídico sobre salud reproductiva más acorde a los cambios culturales que la Modernidad implica.

### PILAR VIGIL, médico

Buenas tardes. Estar acá es una gran alegría, veo caras conocidas y creo que vamos a poder discutir acerca de la píldora del día después siguiendo el debate que se está dando en nuestro país. Quiero plantear la situación en dos aspectos fundamentales, lo que es la vida humana y cómo poder solucionar ciertos problemas que son una realidad en nuestro país hoy en día.

El primer aspecto está relacionado con el inicio de la vida humana. Sin plantear si estamos de acuerdo o no acerca del inicio de la vida humana, es importante que como biólogos, manejeamos el concepto del origen de una vida. Si bien es cierto que todo esto es discutible, me parece innegable que, desde el punto de vista biológico, la vida de las especies comienza en el momento de la fecundación. De aquí en adelante podemos pensar que un organismo puede o no ser considerado persona, puede o no tener derechos en base a distintos argumentos.

En 1998, en la Conferencia del Cairo se redefinió el inicio del embarazo a partir de la implantación. Antes de esto, se habla de microaborto o bien de falla reimplantacional precoz.

El momento de la fecundación es cuando se une el óvulo con el espermatozoide y se forma el cigoto, que es la célula originada de la fusión de los dos gametos. El cigoto es un organismo de la especie humana que, donde se encuentre y habiendo condiciones para su desarrollo, va a originar un ser humano, sea por un embarazo tóxico o, por ejemplo, por un embarazo abdominal. No puede depender del útero la condición de humano, así como no puede depender del útero la condición de un organismo o de una especie. Así, las levaduras no llegarían nunca a ser levaduras, porque ellas no tienen útero o los gusanos o distintas especies que no tienen útero. Por lo tanto, no podemos dar al útero la condición de humanidad o no de un organismo. Finalmente, sabemos que el cigoto contiene el genoma que le caracteriza y además tiene la capacidad de autorregulación y organización.

Cabe preguntarse si el huevo humano es un ser humano, es decir, si tiene endógenamente la capacidad de construirse continuamente a sí mismo. Desde mi perspectiva, sí: en el huevo humano se da un proceso de anagénesis, que le otorga la capacidad de autogenerarse y autorregularse, por lo tanto, excluir al huevo o embrión de ser un individuo de la especie humana no es un concepto biológico, sino que se trata de otra cosa; la valorización que se haga de ello es un problema de fe, no es un problema de ciencia. Entonces, me gustaría que en la discusión pudiéramos lo que es biológico y objetivo como algo biológico. Nuestro planteamiento adquiere diferencia cuando se plantea un problema de

fe: la trascendencia o no de un ser de la especie humana, si la vida animal es semejante a la de los otros seres vivos o bien si la vida humana es una vida distinta, de una trascendencia particular.

¿Qué ha ocurrido en el mundo? Sabemos que la tasa de fecundidad de la pareja humana es variable, que depende del hombre y de la mujer, de la etapa del ciclo menstrual, de la edad y las condiciones de salud. Hoy día, la tasa de fecundidad global de las mujeres de entre 26 y 38 años ha bajado; sin embargo, en Chile, la tasa de fecundidad de las adolescentes ha aumentado. Este es un problema que tenemos que reconocer como país y tenemos que tratar de dar soluciones concretas.

La tasa de concepción de la pareja humana es algo que ha sido bien estudiado con distintos métodos y cambia de acuerdo a unos u otros. Están los estudios de Barret, de Wilcox y de la Organización Mundial de la Salud. La tasa de fecundidad en general, en un día fértil, según el estudio de Barret, que consideró poblaciones normales y anormales, va a ser de un 7%. Según el estudio de Wilcox, en que también hubo ocasiones en que había cierta falla reproductiva, por así decirlo, va a ser de un 36%. Por último, el estudio de la Organización Mundial de la Salud vio un 66% de fecundidad para el día de la ovulación en parejas normales y con hijos. Por lo tanto, el periodo fértil va a oscilar —según la edad, la salud y las condiciones reproductivas—, entre un 7% y un 66%, con un promedio de 20 o 25% de fecundidad por sitio.

Vamos a entrar ahora brevemente, en los mecanismos de acción del levonorgestrel.

Es innegable el hecho de que si se utiliza la anticoncepción de emergencia, la tasa de embarazos obtenidos baja considerablemente, porque es una manera altamente efectiva de evitar un embarazo. Estudios de la Organización Mundial de la Salud muestran la tasa de embarazos esperados y la tasa de embarazos obtenidos con el método de Yuste —que es un progestágeno más estrógeno—, o solamente con el levonorgestrel. A partir de estos datos, se ve que los embarazos obtenidos son mucho menos que los embarazos esperados, es decir, la efectividad de este tipo de método para evitar el embarazo es de entre un 85% a 90%, según lo que se esperaba obtener. Pero, ¿cuáles son los mecanismos con los que se está previniendo el embarazo? Aquí están interactuando una serie de mecanismos variables, que van a depender de diversas condiciones. En este sentido el levonorgestrel puede actuar inhibiendo la ovulación, evitando la fecundación, impidiendo la ovulación espermática, impidiendo la implantación, impidiendo el desarrollo del embarazo mediante una insuficiencia lútea, alterando la vascularización del endometrio o en la fase lútea, impidiendo la síntesis de un péptido necesario para la implantación; pero esto va a depender del momento del ciclo en que está la mujer, del compuesto que se use, de la dosis administrada, del número de dosis y de la etapa del ciclo de la mujer. La etapa del ciclo la podemos dividir en período preovulatorio, periovulatorio y postovulatorio. En el período preovulatorio, la acción del levonorgestrel, básicamente va a retardar la ovulación, impedir la migración espermática y también va a tener cierta incidencia a nivel de la vascularización del endometrio. En el período periovulatorio, el mecanismo de acción va a consistir en

impedir la migración espermática, pero después de seis horas, va a retardar o inhibir la ovulación y esto va a depender de si la mujer está con una ovulación inminente o si ya ha ovulado. Si se toma durante el período postovulatorio, va a actuar, principalmente, alterando el endometrio y disminuyendo la cantidad de progesterona que produce el cuerpo lúteo, con lo cual se produce una insuficiencia lútea.

En el mundo hay una baja de un 50% en la tasa global de fecundidad, sin embargo ha aumentado la tasa de fecundidad en las niñas de entre 15 y 19 años. En 1998, un 16,6% de los nacidos vivos, fueron hijos de madres adolescentes. La anticoncepción se ha planteado como una solución a este problema, pero en Estados Unidos se ha visto que entre los años '70 y '90, a pesar de que se aumentó el presupuesto para anticonceptivos, no se logró disminuir la tasa de fecundidad en adolescentes; sí se disminuyó notablemente en el resto de la población, pero en las adolescentes aumentó. En EE.UU., en el año 1970, se tenían registrados 190.000 abortos al año, aprobada la ley de aborto, aumentaron a 445.000 en 1980. De acuerdo con un trabajo de Churchill, publicado en el *British Medical Journal*, en países como Inglaterra, donde está aprobada la anticoncepción de emergencia, observaron que las adolescentes que habían utilizado la consulta contraceptiva alguna vez, tuvieron 3,32 veces mayor probabilidad de embarazo que aquellas que no la habían usado; vieron que el uso de anticonceptivos de alguna manera aumentó el embarazo de un 47% a un 65%; lo mismo en aquellas niñas que usaban preservativos. Es decir, aquellas que usaban estos métodos, finalmente se embarazaban más que aquellas que no los habían usado. Con respecto al aborto, aquellas adolescentes que habían utilizado anticoncepción de emergencia, abortaron 3,21 veces más; y las que habían usado preservativo, 4,53 veces más que aquellas que decidieron continuar su embarazo. Es decir, las niñas que alguna vez utilizaron la anticoncepción de emergencia, se embarazaron más y cuando se embarazaban, tenían un riesgo de terminar en un aborto provocado durante el primer trimestre de 4 a 5 veces mayor que aquellas que no habían utilizado la anticoncepción de emergencia. La conclusión de los ingleses es que la anticoncepción de emergencia no reduce los embarazos de adolescentes, ni el número de abortos, sino que los aumenta.

En EE.UU., la anticoncepción de emergencia ha tenido diversas consecuencias, el 33% de las usuarias discontinuaron su uso a los seis meses a causa de los síntomas digestivos y las metrorragias que se les produjeron; es decir, un 30% de las niñas que en un momento dado la utilizaron, a los seis meses dijeron que no la volverían a usar por los efectos colaterales que sufrieron. Recientemente, en la revista *Lancet* del 14 de abril de 2001, se dice que tiene pocos efectos colaterales y que éstos serían básicamente, las metrorragias y los síntomas digestivos. Sin embargo, resulta riesgoso introducir este tipo de medicamentos que no han sido suficientemente probados en sus fases 2 y 3 ni en monos ni en humanos, porque —como dice este autor—, pueden ocurrir ciertas exacerbaciones de reacciones alérgicas. Además, es bien importante no olvidar que un 5% de la población tiene una enfermedad que se llama el factor Leiden, que lleva a un aumento de enferme-

dades metabólicas; otro problema presente en nuestra población —entre el 2% y el 4%—, es la resistencia adquirida a la proteína C y los síndromes antifosfolípidos. Estamos hablando del 3%, pero el 3% de nuestros jóvenes, que son más o menos tres millones y medio. En estas personas, puede generar riesgo de una enfermedad tromboembólica severa. Otro riesgo que presenta su uso, es el cáncer de ovarios y de mamas. No se tienen los datos exactos de Chile, pero en la población general habría aproximadamente un 5% de mujeres portadoras de alguno de estos dos genes; por lo tanto, hay que discutir y ver qué se hace con este tipo de mujeres, si se les va a recomendar el uso de esta pastilla o no.

¿Qué ocurre con el síndrome post aborto? Podría pensarse que al tomar una píldora nadie va a tener un síndrome post aborto, sin embargo, la realidad sobrepasa la teleserie. Hay una red en internet donde las mujeres dan su testimonio con nombre y Rut, y dicen: “estoy enferma, estoy lastimada y estoy emocionalmente destrozada; estoy asustada, tengo dos hijos en vez de cinco que debería estar viendo”. Una mujer que había tomado la píldora 3 veces dijo: “yo solo esperaba que me explicaran, porque nunca me dijeron que era aborto, no tuve información que me ayudara a tomar una real decisión. Cuando escuché por primera vez como funcionaba la píldora del día después, yo realmente pensé que me volvía loca”.

Ahora bien, en la literatura científica no hay un trabajo que demuestre la inhibición de la implantación del embrión humano por uso del levonorgestrel, pero tampoco existe ningún trabajo que demuestre lo contrario. La evidencia científica hoy es clara, en el sentido que se trata de una píldora multifactorial, que puede impedir la implantación y puede producir la pérdida del embarazo por una insuficiencia lútea. Esta es una evidencia bastante contundente que no se puede desconocer.

La anticoncepción de emergencia—de acuerdo a los datos que tenemos de la literatura internacional—, no me parece que sea una solución. La mujer requiere una solución mejor y, más que la mujer, el hombre también. Hoy día hay que prevenir los problemas que afectan al mundo. En Chile podemos trabajar unidos para alcanzar una propuesta nacional, en que asumamos la sexualidad como parte del desarrollo humano y que demos educación sexual. Todos sabemos que cuesta hablar de sexualidad. En ese sentido me voy a referir a las JOCAS, porque puedo estar muy en desacuerdo con algunos de sus planteamiento, sin embargo debo reconocer que para nosotros las JOCAS, fueron fantásticas, porque en doce años de trabajo en educación sexual, nunca nadie nos había pedido nada; con las JOCAS se saca a la luz lo que realmente se requiere en la educación sexual. Esto es algo que debemos trabajar, que debemos asumir. Sabemos que nos va a costar lograr que el ser humano sea responsable y que tenga la capacidad de decidir y responder por sus actos frente a sí mismo y a los demás, pero ojalá que los actos los podamos decidir antes, no después.

Uno de los principales problemas de la anticoncepción de emergencia es que estamos llegando tarde a la consecuencia del acto y a veces podemos hacer más daño que bien. Podemos inducir a pensar que no somos responsables de nuestras acciones y que no podemos decidir antes lo que queremos hacer. En consecuencia,

después de hacerlo, podemos tomar soluciones que siempre van a ser soluciones parche, que puede costarle la vida a una persona. La familia es la primera y principal educadora de sus hijos, pero también tenemos que estar conscientes de que no siempre hay una familia detrás que apoye. Por lo tanto, cuando no la hay, debe haber alguien que a ese niño o a esa niña la quiera, la acoja y la forme como persona. Esta es una responsabilidad de todos. No podemos, de manera alguna, pretender que el Estado sea la familia que nosotros no hemos sido; estas son responsabilidades personales, individuales en las que nos tenemos que comprometer todos. Finalmente –yo creo en Dios–, la vida humana merece nuestra protección desde la concepción –este es uno de los principales problemas de la anticoncepción de emergencia– y tengo serias dudas de que esta vida humana se esté protegiendo desde el momento mismo de la concepción. Pienso que esto es otra cosa que podríamos discutir. Muchas gracias.

### **HORACIO CROXATTO, médico**

Voy a dedicar mis 10 minutos a tres mensajes.

El primero tiene relación con la biología de la anticoncepción de emergencia con la droga levonorgestrel. El mensaje es simple: con cualquiera de las definiciones de aborto que se use, no hay ninguna evidencia científica de que el levonorgestrel sea una droga abortiva. No hay ninguna evidencia científica de que el levonorgestrel administrado después de la fecundación impida el embarazo en la mujer. No hay ninguna evidencia científica de que el levonorgestrel interfiera con el desarrollo y la implantación de un huevo fecundado en la mujer. Sin embargo, hemos sido testigos de numerosos mensajes en los medios de comunicación que afirmaban, desde los titulares hasta la letra chica, que el levonorgestrel es abortivo. Quienes afirmaron que el LNG es abortivo eran personas sin competencia para interpretar la literatura científica sobre el tema, o personas muy sesgadas que solo toman en cuenta la información que se acomoda a su posición doctrinaria o personas que repiten como loro lo que otros dicen. Felizmente, hay excepciones entre los oponentes a la anticoncepción de emergencia. Hay personas serias, críticas, honestamente interesadas en la búsqueda de la verdad. Algunas de estas personas se han ubicado en la legítima trinchera de la duda. Estas personas han valorado el hecho de que no hay ninguna evidencia científica de que el levonorgestrel nunca o en ningún caso es abortivo. Su propuesta es que tal vez podría serlo y por lo tanto, hay que adoptar la cautela. La realidad es ésa. Las investigaciones realizadas y el conocimiento que tenemos del mecanismo de acción del levonorgestrel usado como anticoncepción de emergencia son aun insuficientes para saber a ciencia cierta como actúa. Quien hoy día afirme que es abortivo o por el contrario que nunca lo es, no encontrará respaldo a su afirmación en la evidencia científica disponible en este momento.

Hay evidencia científica de que el levonorgestrel suprime la ovulación cuando se toma antes de la ovulación. Pero es obvio que no todas las mujeres que recurren a la anticoncepción de emergencia reciben la droga antes de la ovulación. Algunas la reciben



después y no hay claridad respecto a lo que pasa en esos casos. En algunos puede ser que el levonorgestrel impida la fecundación por la acción que tiene sobre los espermatozoides. En otros es posible que no haga nada y esos son los casos en que el método falla y la mujer se embaraza a pesar de haber usado anticoncepción de emergencia. Se pueden presentar hipótesis, o se puede hacer conjeturas que lleven a sospechar qué es o qué no es abortivo, pero no hay evidencia científica que pruebe o descarte lo uno ni lo otro. (No tengo tiempo aquí para explicar lo que es evidencia científica).

Qué hacer o decidir en estas circunstancias.

Aquí viene mi segundo mensaje. Aparte de seguir investigando como actúa el levonorgestrel, hay que explorar los caminos valóricos. Uno, es considerar que el huevo fecundado es merecedor de un respeto y una protección absoluta a tal punto que cualquier acción de la madre que pudiera menoscabar su potencial de desarrollo queda moralmente excluida. Este camino lleva necesariamente a rechazar la anticoncepción de emergencia, en su estado actual de conocimiento. Obviamente esta doctrina puede ser adoptada voluntariamente de acuerdo a la conciencia de cada uno, pero no puede ser impuesta por cuanto el valor del huevo fecundado no es absoluto para todos, sino que es relativo. ¿Qué quiere decir relativo? Quiere decir que es un ser humano en desarrollo, pero no desarrollado. En verdad, dentro del espacio biológico en que actúa la anticoncepción de emergencia estamos hablando de un ente biológico cuyo desarrollo podría ser interrumpido cuando está formado por una célula o por 200 células, pero no más que eso. Estamos hablando de un ente biológico que no siente, no tiene conciencia, no piensa, no goza, no sufre, ni siquiera sabe que existe. Su valor no es comparable al de un ser humano desarrollado. No hay ninguna duda que nosotros, los seres humanos, valoramos de un modo distinto lo que está desarrollado y lo que está por desarrollarse. Pagamos más por un toro que por un ternero, pagamos más por una gallina que por un huevo, pagamos más por una planta que por una semilla. Dicho esto, quiero explicitar que no conozco a nadie que se sienta cómodo con la idea de interrumpir el desarrollo de un ser humano desde la fecundación en adelante.

Las mujeres, en su inmensa mayoría son vulnerables a la pobreza, la violencia, la ingenuidad, la inequidad de género, los riesgos inherentes a la reproducción, la falta de educación, las demandas de la vida hogareña y muchos otros factores sociales, culturales y económicos. A menudo perciben un nuevo embarazo como una amenaza a su integridad o a la de su grupo familiar. Un nuevo embarazo pone en riesgo su salud o la salud familiar y si es una adolescente pone en riesgo la salud de su futuro. Es en estas circunstancias de la vida real donde el valor de una vida adulta se contrasta con el valor de una vida que aun está en un estado muy precario de su desarrollo. La mayoría de las mujeres que usan anticoncepción de emergencia carecen absolutamente de certeza respecto a lo que está ocurriendo o lo que puede ocurrir. Solo desean que no ocurra lo que temen. Si es que la anticoncepción de emergencia alguna vez interrumpió una vida humana incipiente, la mujer confía en que no es el caso o a lo menos desea que no sea su caso.

La anticoncepción de emergencia, no es la panacea ni le quita el carácter dramático a la situación que vive una mujer después de un coito desprotegido. Su única bondad es que le da una esperanza de no tener que vivir momentos aun más dramáticos y angustiosos si es que llega a comprobar que está embarazada.

La controversia está entre una moral elitista que propone el respeto absoluto del ser humano desde su concepción y la moral realista de la inmensa mayoría de las mujeres que tienen que evaluar la relación costo/beneficio para su salud y la de su familia o la de su futuro frente a un embarazo indeseado cuando todavía pueden evitarlo. La moral elitista está defendida por grupos de inspiración religiosa, que en nuestro país son mayoritariamente católicos, que primero se opusieron a la planificación familiar, argumentando que hay que tener todos los hijos que Dios quiera darnos, que luego se opusieron a los métodos anticonceptivos, argumentando que el acto sexual debe estar siempre abierto a la procreación, que se opusieron al uso del condón para evitar la transmisión del VIH y que ahora se oponen a la anticoncepción de emergencia, argumentando que es abortiva.

Mi último mensaje es que la moral elitista pretende ejercer una dictadura moral mientras que la moral realista deja las decisiones a la libertad de conciencia de cada persona. Para la moral realista, el bien más preciado es la educación, la cual no puede soslayar la educación sexual. En mi opinión es hora de que reemplacemos pugnas estériles y posturas dogmáticas por una educación integral que permita a niños, adolescentes, adultos y viejos hacer el mejor uso posible de sus capacidades de discernimiento y de decisión frente a sus problemas de la vida cotidiana. Gracias.

### LIDIA CASAS, abogada

El debate al que hemos estado asistiendo en los últimos tres años, tiene solo algo que ver con la anticoncepción de emergencia, dado que en el fondo del debate han estado puestos otros temas. Planteo esto, porque el hecho que desata la polémica, es un recurso de protección interpuesto por organizaciones no gubernamentales, una de ellas llamada Movimiento Mundial de Madres, que expresamente señala que se debe prohibir constitucionalmente –por inconstitucional e ilegal–, la píldora del día después y cualquier otra droga que produzca los mismos efectos. ¿Cuáles son las dos consecuencias de un planteamiento como éste? En primer lugar, la anticoncepción de emergencia no es un método nuevo, es un método que simplemente usa un principio activo: una hormona, un progestágeno, que está presente en el 75% de los anticonceptivos hormonales que se usan en Chile. Pedir por la vía judicial que se prohíba una droga –un principio activo, una hormona, un progestágeno– es, en definitiva, echar abajo todo el sistema de planificación familiar construido en Chile a partir de los años sesenta. Por eso afirmo que este debate tiene solo algo que ver con anticoncepción de emergencia y mucho que ver con otros temas.

En el mundo del que vengo –el mundo del derecho–, hay una serie de preocupaciones sobre cuál es el rol del Estado en una situación como ésta. Si se mira la historia de la planificación

familiar en Chile, se ve que en el debate que se produjo en los años sesenta por la introducción de los métodos anticonceptivos y de la planificación familiar, hubo una seria oposición de algunos grupos. Fue un gran debate que significó que sectores de la Iglesia Católica tuvieran que enfrentarse con un gobierno de la democracia cristiana; sin embargo el presidente Eduardo Frei Montalva tuvo altura de miras, al establecer que las personas tenían un grado de autonomía importante y que el rol del Estado era facilitar los medios con el objeto de reducir la morbilidad y mortalidad materna y la desnutrición infantil. Cualquier salubrista de este país, a quien se le pregunte sobre las cifras de aborto en los años sesenta, dirá que eran dramáticas: dos o tres mujeres por cama, millones de litros de sangre usados en las maternidades producto de los abortos provocados. La introducción de la planificación familiar en Chile significó, entre otros muchos avances, un descenso dramático de la mortalidad materna y en las cifras de desnutrición infantil.

La planificación familiar es un derecho de todos los individuos. Hay un grado de autonomía que tienen las personas y esta individualidad tiene que ver también con otros derechos que se encuentran comprometidos, como el derecho a la propia vida, el derecho a la integridad física y psíquica y el derecho a la salud. Entonces, cuando hablamos de planificación familiar y de métodos anticonceptivos, hay que reconocer que estos medios lo único que logran o facilitan, es que las personas puedan por sí mismas, decidir con grados de autonomía regulados por el Estado, cómo proteger mejor su integridad física.

A continuación quiero hacer algunas precisiones. En primer lugar, la doctora Vigil hablaba de "persona". En el derecho existe una concepción distinta de persona: se es persona –para el derecho–, desde que se nace, al punto que habiendo nacido y si ni siquiera se ha respirado un instante, se presume que no se ha existido jamás. Distinto es que la vida intrauterina –la vida en gestación– tenga derechos eventuales como establece el Código Civil. Esto es muy importante, porque estamos hablando de conceptos y de disciplinas distintas. El derecho habla de persona y entiende por persona al nacido y no estoy discutiendo si la vida intrauterina tenga o merezca protección jurídica; de hecho nuestro ordenamiento le consagra diversas formas de protección.

En segundo lugar, un punto que me parece importante –ya que la doctora Vigil hacía referencia a ello–, es que a partir de la Conferencia del Cairo (1994), se haya redefinido el concepto de embarazo. Esto me llama la atención como abogada, porque en nuestras propias normas legales, el concepto de aborto no está definido en la ley, ni tampoco lo está el concepto de embarazo. Entonces, ¿cómo aplicamos algunas nociones que se encuentran en debate hoy en día? Para que exista aborto tiene que haber una interrupción maliciosa de un embarazo, y ¿qué se entiende por existencia de embarazo? Nuestros jueces, nuestros panelistas no empezaron desde el Cairo en el año 1994. Nuestros Códigos –de hecho nuestro Código Penal lo es–, son unos de los más antiguos, los más arcaicos de América Latina, y en ellos se entiende que hay una mujer embarazada cuando la mujer está preñada. Entonces, la doctrina penal ha establecido que solo puede haber aborto cuando

tenemos un embarazo y si aquí no hay embarazo, entonces no puede haber aborto y, por lo tanto, esta argumentación cae por su propio peso. Distintos son algunos de los puntos que se han planteado en este debate sobre la concepción. Quiero ser muy clara sobre esto, la ley nada dice al respecto, en las disposiciones del año 1857, plasmadas en el Código Civil en donde nuestro legislador ni siquiera da una definición de concepción. Ésta se colegiría de un hecho cierto: el parto, y desde ahí se construye una fecha supuesta de concepción. El problema es que la ciencia médica ha dejado en evidencia que el Código Civil, en esa presunción de derechos de cuándo se habría producido la concepción, está errado. Por lo tanto, el avance científico también demuestra que nuestras normas son de más de un siglo atrás. Están bastantes antiguas en esta materia y los jueces también se dan cuenta de eso.

En tercer lugar, la ley es capaz de adecuarse al desarrollo de las sociedades y lo que hace el derecho es recoger lo que sucede a su alrededor. El derecho no puede ir detrás, tratando de establecer nociones donde la filosofía, la ciencia o la ética no se han puesto de acuerdo. Por lo tanto, creo que la vía utilizada para este debate, la vía judicial, ha enrarecido el debate que se debe hacer sobre la planificación familiar, sobre la anticoncepción, sobre las opciones de los individuos. Porque usar la vía judicial es como dar un golpe fuerte en la mesa, es como decir que se van a utilizar todos los mecanismos al alcance para evitar que, en definitiva, haya debate y que sean otros quienes decidan, otros que ni siquiera tienen conocimiento científico. Nuestra visión es que las personas tengan derecho a decidir respecto de aquellos métodos que deseen o no deseen usar. Porque en materia de reproducción, podemos ayudar y pensar en que el Estado tiene que facilitar los medios, tanto para que aquellas personas que sufren de infertilidad, puedan efectivamente lograr tener hijos, como para que aquellas que no desean tener hijos, puedan evitar embarazos y, en definitiva, abortos. Con respecto a las cifras en este país o las que mostraba la doctora Vigil –como las altas tasas de embarazos en adolescentes–, solo basta mirar la distinción que se hace entre comunas ricas y pobres del gran Santiago. En una comuna como Las Condes, el embarazo adolescente apenas alcanza el 3%. En una comuna como Til Til o Colina alcanza el 25% de todos los nacidos vivos. Esto exige que elevemos la altura de miras. Y me alegro de poder escuchar que estamos hablando no solo sobre anticoncepción, sino que también sobre educación sexual, porque a lo largo de la historia de este país, buena parte de los debates se han truncado precisamente, porque hay grupos con mucho poder que se han opuesto a todos los grandes programas para enfrentar el tema de la sexualidad; por eso digo que este debate tiene algo que ver con anticoncepción, pero bien poco. Gracias.

### **MARISOL PRADO, médico**

Quiero empezar leyendo un artículo que sale en la agenda de la Federación de Estudiantes, justamente esta semana, entre el 7 al 13 de mayo, y que dice: “El 11 de mayo de 1935 se funda el Movimiento de Emancipación de las Mujeres, MEMCH. Solo hace 50 años y tras la lucha sostenida de miles de chilenos y chilenas, las

mujeres conquistaron el derecho a voto en nuestro país. Según un estudio presentado en la Universidad de Chile en julio de 1999, hoy en día un 81% de las mujeres opina que tiene derecho a trabajar remuneradamente si así lo decide; a pesar de eso, el 52% señala que por ser mujer encuentra más dificultades para encontrar trabajo; un 90.7% estima que las mujeres lo harían igual o mejor que los hombres en la vida pública. En el ámbito de la sexualidad y la vida privada, 6 de cada 10 mujeres se muestran favorables al inicio de una vida sexual antes del matrimonio, 9 de cada 10 están de acuerdo en que usar anticonceptivos es un derecho. Por último, en relación al aborto, existe consenso en que la ley debiera permitirlo en algunas circunstancias: 8 de cada 10 lo aprueba si peligran la vida de la madre; 7 de cada 10 cuando el feto presenta malformaciones; y 6 de cada 10 cuando el embarazo es producto de una violación". De las cifras entregadas resulta evidente que discursos oficiales y hegemónicos que hoy se refieren a estos temas no cuentan con un apoyo real de la ciudadanía y que al menos deberían ser discutidos.

Estoy muy contenta de que se me haya invitado a este foro, creo que debates como éste, que contraponen posiciones, son importantes no tan solo para los que estamos aquí, sino que en relación con el concepto de desarrollo de país que queremos. La anticoncepción no es un tema solo médico, biológico o farmacológico, es un tema que cruza a toda la sociedad, nos atraviesa a todos, voy a decir mejor a casi todos, porque esto de usar tantos dogmas nos tiene como estamos. Involucra uno de los temas más difíciles de hablar, no solo en la vida pública, sino también en la vida privada de cada uno de nosotros, la sexualidad. La anticoncepción tiene que ver fundamentalmente con la libertad que tenemos de llevar adelante una vida sexual, una sexualidad libre. Quizás una de las decisiones más importantes que tiene que tomar una mujer durante su vida es acerca de su descendencia, es decir, el tener o no tener hijos. Recién en las últimas décadas y gracias a conocimientos adquiridos sobre la biología de la reproducción, los seres humanos hemos podido dar a la mujer, y al hombre también, la posibilidad que nunca antes tuvo, la de decidir el tener o no tener hijos, y en el primer caso, el de decidir cuántos hijos tener.

La anticoncepción tiene muchos métodos. Los anticonceptivos orales son un tipo de método y la píldora del día después es uno de ellos. Hemos escuchado acá que no existen pruebas científicas que digan que no es abortiva. Quiero desatanizar el tema, porque no se trata de una píldora pecaminosa o asesina, se trata de un compuesto que tiene hormonas, hormonas que todos poseemos. En cuanto a la anticoncepción oral, existen muchas alternativas, la anticoncepción de emergencia es una alternativa más. Además ha existido siempre y no necesariamente como píldora de emergencia; ha existido en la prescripción médica, como fórmulas de concentrados hormonales que vienen en las cajas de anticonceptivos que muchas mujeres usamos, en que el efecto tiene relación con la concentración, por el número de píldoras que una puede o no tomar. Eso existe y ha existido y hay muchos países que tienen píldoras de emergencia. Entonces, me parece que hoy, más que una discusión biológica, farmacológica, la discusión tiene que

ver con un trasfondo social, en el sentido de que la discusión médica debe tener como fin el servicio que la anticoncepción de emergencia presta a la sociedad. Se ha tratado de transformar esta discusión en una discusión sobre moral, acerca de nuestro comportamiento sexual. Los temas científicos son importantes para el desarrollo de la vida humana en toda su magnitud, pero son temas científicos, son solo un aporte al desarrollo. No se puede, a través de la ciencia, decidir cuál es la moral que nosotros como seres humanos, que somos pensamiento, que somos sentimiento, que somos un núcleo que va más allá de lo biológico, debemos tener.

Todo esto, que hemos denominado el escándalo de la píldora del día después, me hace ver que aquí se trata de una presión que se ejerce sobre nosotros, en relación con cómo nosotros desarrollamos las relaciones sexuales. Se está tratando de imponer un modelo de moral, un modelo de sociedad y un modelo de relaciones humanas, a través de una presión sobre las actitudes que tomamos frente a nuestra sexualidad; por lo tanto, se trata de una forma de instalación de este poder. ¿Por qué digo todo esto? Porque los que se oponen a la píldora también son contradictorios. Por un lado se habla de la importancia que tiene la educación sexual, pero por otro lado se ataca –y se atacó cuando se atacó el proyecto JOCAS–. Por una parte se dice que hay que dar un apoyo a la adolescente embarazada, pero se sigue discriminando a las alumnas embarazadas, y por otro lado se habla que en Chile ya no existe discriminación sexual. No debemos olvidar la polémica, de hace algunos años atrás, con respecto a la inseminación artificial: se dijo que era antinatural, un engendro científico. Hoy ese método científico, que fue muy mal mirado por muchos, ha producido en algunas parejas una felicidad muy profunda y ha hecho que esas parejas se sientan familia, eso que llaman núcleo de la sociedad. Lo que me molesta fundamentalmente es la forma de dominación que algunos grupos pretenden ejercer sobre los otros. Qué sucede por ejemplo, frente a la Iglesia Católica que trata de imponer una postura determinada a la sociedad, incluyéndonos a los ateos, o qué sucede con los que creemos tener una moral distinta, y no por ello una mala moral, simplemente distinta; ¿qué sucede con otras culturas? ¿Qué sucede en definitiva, con aquellos que pensamos distinto? Acaso, ¿nosotros tenemos que ser los tolerantes? ¿Es que debemos situarnos al lado de la realidad, hacer palco, observar y mirar cómo otros deciden sobre lo que tenemos que hacer, porque tienen una moral mejor, porque tienen un poder mayor? A mí esas cosas me molestan. ¿Qué pasaría, entonces, si existieran otros grupos de poder? Por ejemplo, aquellos que postulan la filosofía de la Iglesia Testigos de Jehová –muy respetable–, que se niegan a las transfusiones sanguíneas. ¿Qué sucedería si ellos tuvieran el poder legal de hacer que bajo su concepto filosófico, ningún ser humano pudiese recibir una transfusión sanguínea? ¿Qué debería suceder en ese caso con nosotros que tenemos otro pensamiento filosófico, distinto, ni peor ni mejor? ¿No tendríamos que poner a la ciencia al servicio de ellos –como hoy se pone–, para ver una autotransfusión? ¿Tendríamos que negarnos y dejarlos morir porque ellos han decidido hacerlo? Lo pregunto desde mi posición científica: ¿qué hago yo? No soy Testigo de Jehová, pero eso no me da derecho a negarle la mejor

atención que pueda, bajo sus propias condiciones, esforzar mi mente y mi saber científico y ponerlo a su servicio, para que puedan tener una salud de acuerdo a sus creencias. Yo quiero y exijo lo mismo para mí.

Con respecto al tema de la sociedad: ¿qué pasa con todas las encuestas que se hacen, las violaciones, los embarazos no deseados? ¿Qué pasa con la sexualidad libre y abierta? Acaso, ¿no tenemos derecho a decidir? ¿No tenemos derecho a tener la libertad de hacerlo? ¿Quién se hace cargo de eso? Yo podría dar cifras, miles de cifras y testimonios de jóvenes que dicen que si no hubiesen tenido hijos a los catorce años, hoy podrían ser mujeres profesionales; mujeres que se quejan: me siento abandonada, me siento sola, me siento castrada, si alguien me hubiese dicho algo, si alguien me hubiese ayudado. Podemos presentar muchas cifras y estudios, pero el tema es otro, el tema es que como sociedad, debemos dar la posibilidad de que cada ser humano pueda desarrollarse y decidir libremente, bajo el pensamiento que tenga. Para terminar, solo quiero decir que una de las cosas que más me gustó cuando practicaba la filosofía católica y que ha permanecido en mí, es que uno no debe hacer a otro lo que uno no quiere que le hagan, por lo tanto, yo nunca le impondré a alguien que tome la píldora de emergencia, pero pido que no me impongan a mí el no hacerlo. Muchas gracias.

### **GONZALO GARCÍA, abogado**

“Los hombres nacen libres e iguales en dignidad y en derechos”. Qué frase más importante es la establecida en el artículo primero, inciso primero de nuestra Constitución. A mi juicio, este artículo constituye la piedra angular de todo nuestro ordenamiento jurídico. Aún más, soy de los que creen que este artículo obliga al Estado a desarrollar la trilogía valórica establecida en él. Un primer valor que se plantea es la dignidad humana, que se entenderá como el respeto que merece toda persona por ser tal. Por tanto, impide que sea coaccionada físicamente, mentalmente, incluso que sea discriminada. Del reconocimiento de esta dignidad humana nace justamente la protección a los derechos inherentes a las personas, y por tanto, estos derechos inherentes a las personas constituyen el límite al ejercicio de la soberanía del Estado. Este principio está establecido en el artículo quinto de nuestra Constitución. Segundo valor, la libertad. La libertad en nuestra constitución está desarrollada en dos dimensiones: una primera dimensión, conocida normalmente como libre albedrío, que consiste en la libertad para optar entre las distintas alternativas posibles en una sociedad. Aún más, es la libertad para crear alternativas nuevas a las ya existentes. Una segunda dimensión de la libertad está establecida como la libertad de participación, la libertad para poder participar en el Estado, que se concreta justamente en los derechos políticos. Tercer valor, la igualdad. La igualdad consiste en que no existe ningún ser humano superior a otro en dignidad y en derechos.

Hago referencia a esta trilogía valórica, porque antes de entrar a debatir el tema de la píldora del día después, incluso más allá, el tema de los derechos sexuales y reproductivos, es necesario

tener en cuenta esta trilogía valórica, de otro modo corremos un doble riesgo: limitar innecesariamente nuestras potencialidades como seres humanos y como sociedad, o pasar a llevar los derechos inherentes a las personas. Los derechos inherentes a las personas o derechos humanos, son derechos de las personas en sociedad, porque vivimos en comunidad. Aún más, pero no obstante lo anterior, son derechos individuales. Por lo tanto, llegamos a la siguiente premisa: si yo soy titular de derechos humanos, de derechos esenciales a la persona humana, también lo serán ustedes, lo serán todas las personas que componen el nosotros social. Con lo cual concluimos: el derecho humano, como sujeto activo que tengo yo como titular de derecho humano, requiere su correlativo del sujeto pasivo del Estado y de los demás seres humanos. Aún más, para la vigencia de los derechos humanos, de todos los seres de la especie humana, no basta con la disponibilidad de los derechos humanos míos, sino que la igual disponibilidad de los derechos humanos de los demás seres individuales que viven en nuestra sociedad. Habrá que reconocer, entonces, que el derecho humano es relativo, porque de esta manera permitirá a cada uno de nosotros el goce del mismo derecho.

Una vez aclarados estos puntos esenciales, podemos abordar el tema de la contracepción de emergencia y, lo que me interesa aún más, los derechos sexuales y reproductivos. Si entendemos los derechos sexuales y reproductivos como se entendió en el Cairo—es decir, el conjunto de derechos que permiten a todo individuo un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de una mera ausencia de enfermedades y dolencias en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo, o aún más, en el sentido que la salud reproductiva entraña una capacidad de gozar de una vida sexual satisfactoria y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia—, entonces debemos reconocer que estamos en presencia de derechos y libertades inherentes a la persona humana, y por tanto, el Estado deberá buscar desarrollar políticas que lleven a un mayor desarrollo de estos derechos. De ese modo, la salud sexual será el reconocimiento, el respeto y la garantía de derechos. En primer lugar, la libertad sexual, que implica necesariamente su limitación a los derechos inherentes a las demás personas y por lo tanto, excluye toda forma de coerción, explotación o abuso sexual. Segundo, el derecho a la autonomía y la integridad sexual del cuerpo, reconoce la capacidad para tomar decisiones autónomas sobre la propia vida sexual dentro del contexto de la ética personal y social. Tercero, el derecho a la privacidad sexual. Cuarto, derecho a la equidad sexual, que consiste en eliminar toda forma de discriminación en atención de condición de sexo, incluso de orientación sexual. Quinto, el derecho al placer sexual. Sexto, el derecho a la expresión sexual emocional sin distinción de sexo, de condición u orientación sexual. Séptimo, el derecho a la información y el derecho a la educación sexual, si aceptamos que el reconocimiento a la dignidad humana exige también que se reconozca un ámbito de inmunidad, implica respetar el derecho a adoptar decisiones relativas a la reproducción sin sufrir discriminación, violencia, etc., y habrá que aceptar también que para ejercer la libertad se requiere del



derecho a disponer de la información y una educación sexual adecuada y verídica. Octavo, el derecho a la salud sexual. Noveno, y aquí me detengo, el derecho a la toma de decisiones reproductivas libres, responsables e informadas, es decir, implica el derecho a tener o no hijos, el número y el espacio entre cada uno de ellos, y el derecho al acceso a los métodos de regulación de la fecundidad. En consecuencia debemos establecer si en el legítimo ejercicio de mi derecho humano, como ser humano, como individuo que vive en sociedad estoy pasando a llevar el derecho de otro ser humano, porque de eso se trata justamente la defensa de los derechos humanos en nuestra sociedad, en nuestro ordenamiento jurídico.

Entonces, surge la siguiente pregunta: ¿es el recién fecundado sujeto activo de derechos inherentes a la persona? Y aún más, ¿es el recién fecundado un ser humano con dignidad y con derechos? Evidentemente la respuesta la podemos encontrar en la religión, la podemos encontrar en la filosofía, la podemos encontrar en la embriología, en todas las ciencias. Yo he buscado dar una respuesta un poco más objetiva, justamente porque no quiero imponer criterios, sino que quiero defender los derechos humanos de las demás personas. El artículo diecinueve de nuestra Constitución reconoce a las personas derechos anteriores al mismo Estado, y en su número primero establece que la ley protege la vida del que está por nacer, y el artículo cuarto, párrafo primero, de la Convención Americana de los Derechos Humanos, o Pacto de San José de Costa Rica, establece que toda persona tiene derecho a que se respete su vida y este derecho estará protegido por la ley, en general, a partir del momento de la concepción. Además establece que es persona todo ser humano, y en su artículo tercero, al mismo tiempo establece otra cosa: que todo ser humano desde el momento de la concepción tiene derecho a su personalidad jurídica, lo cual, ciertamente, desde un punto de vista científico a lo mejor es cuestionable y desde un punto de vista de la defensa de los derechos humanos no es cuestionable, porque resulta que un pacto que viene a limitar el ejercicio de la soberanía establece que el recién fecundado tiene derecho a la personalidad jurídica y debe ser considerado como persona en ese sentido, y esto más allá, del Código Civil, artículo setenta y cinco. Me refiero a esto, porque en realidad el Código Civil se refiere a persona desde un punto de vista patrimonial, totalmente distinto a la defensa de los derechos humanos como estoy sosteniendo. En consecuencia, el estatus jurídico que establece nuestro ordenamiento jurídico al embrión es un estatus jurídico de un ser humano, y por lo tanto, lo respeta y lo garantiza. En consecuencia, los órganos del Estado tienen una obligación, es decir, establecer si en un acto material un acto jurídico suyo respeta o no respeta los derechos esenciales de las personas y esta es una obligación que tienen todos los órganos del Estado, incluso en el Instituto de Salud Pública.

Al momento de autorizar un fármaco, el Instituto de Salud Pública debe determinar dos cosas principales. Primero, si el fármaco es efectivo. Será efectivo para curar un resfrío, para tratar un cáncer; en este caso, si es efectivo para prevenir embarazos no deseados. Segundo, deberá establecer si el fármaco es seguro.

¿Qué dijo el Instituto de Salud Pública? Efectivamente, el fármaco es seguro. Pero olvidó algo muy importante, reconocer el estatus jurídico del embrión. En este caso es efectivo que la ciencia no ha dicho si el fármaco produce o no el aborto, pero entonces el Instituto de Salud Pública, en el respeto a los derechos esenciales de la persona humana, deberá demostrarnos, a nosotros como sociedad, si el fármaco respeta o no, los derechos esenciales de la persona humana y no deberemos ser nosotros quienes le tengamos que probar al Instituto de Salud Pública si el fármaco respeta o no, esos derechos. Aún más, con fecha 13 de marzo del presente, el señor Gonzalo Navarrete del Instituto de Salud Pública, dice: "si existiere una norma jurídica que protegiera al embrión desde el momento de la fecundación, este fármaco sería evidentemente abortivo". En los mismos documentos que ha presentado el Instituto a la Corte de Apelaciones por el recurso de protección, no dice que no impide la implantación, sino que lo afirma. En consecuencia, podemos estar o no de acuerdo, pero el asunto es que detrás de todo esto, el Estado no está respetando los derechos inherentes, ni los tratados internacionales que vienen a constituir la limitación de la soberanía de todos los órganos del Estado. En consecuencia, y para terminar, debemos hacer un esfuerzo por dilucidar en cada caso concreto si la limitación de un derecho traspasa esa adecuada proporcionalidad razonable. No creo que este sea un método lícito, que respete los derechos inherentes a la persona humana. Los métodos como el aborto, como la pastilla RU486, como el levonorgestrel 0.75mg, pueden interrumpir, desde el momento de la fecundación, la vida del que está por nacer, quien por lo demás, es un ser protegido por el ordenamiento jurídico. Muchas gracias.

### **IRMA PALMA, psicóloga**

Deseo en esta intervención cargar las tintas, y cuando se lo hace, se exagera; y es justamente esa exageración la que permite ver con claridad lo que no es obvio. Quisiera hacer una crítica al planteamiento que parece ocultarse en el debate biomédico y legal sobre la anticoncepción de emergencia y que conlleva un juicio moral sobre la sexualidad, en la medida que supone un modelo de prevención, en el cual no cabe una tecnología como la anticoncepción de emergencia.

Nuestra noción de sexualidad se ha modificado muy sustantivamente en el último tiempo. Fundamentalmente en el siglo XX, logra producirse una ruptura más o menos radical entre sexualidad y reproducción, con la cual estaba vinculada ancestralmente. Cuando surgen las tecnologías anticonceptivas los actos sexuales se separan, se liberan de la reproducción. Posteriormente, con el surgimiento de las tecnologías reproductivas conceptivas, la reproducción se separa de los actos sexuales, no se separa de los cuerpos, pero se separa de los actos sexuales. Se generan condiciones para producir una tendencia a la autonomización más o menos radical del erotismo. También asistimos al surgimiento en las últimas décadas de identidades sociales sexuadas, a través de la configuración de sujetos sexuales específicos y de minorías y comunidades sexuales. Es reconocida la tendencia hacia la inicia-

ción más temprana en la sexualidad activa, al mismo tiempo que una extensión mayor en el ciclo vital. Se ha producido una ampliación de los repertorios de prácticas sexuales hacia prácticas que antes eran condenadas severamente, episódicas y más propiamente asociadas a relaciones y formas sexuales proscritas. Lo más evidente probablemente sea la creciente tematización de la sexualidad. Últimamente, la sexualidad se ha constituido también en ámbito de construcción de derechos. La sexualidad hoy puede ser concebida básicamente como un fenómeno vinculado a los procesos de autoidentidad, abierto a una amplia configuración de deseos y prácticas, y se ha conformado como un dominio con autonomía relativa importante. Ahora se dispone de tecnología para evitar los embarazos no deseados, cuestión buscada antes y no lograda. Sin embargo, la disponibilidad de medios no inhibe la presencia de riesgos en la sexualidad. Permítanme centrar esta reflexión estrictamente en relación a la anticoncepción y dejar fuera por ahora la consideración del sida y las ets en general. Porque es en este ámbito (del embarazo y su evitación) de la díada riesgo/prevenición sexual donde se evidencia una tensión que, probablemente de otra manera pueda cruzar también a las ets, y que expresa nuestras concepciones y fundamentos de la acción.

Ciertamente, podemos representar el embarazo no deseado como un riesgo —el vih, las ets—, en el plano de la salud, pero los riesgos son también de orden emocional y moral, refieren a pérdidas en otros planos. Ocurre que muchas veces, esos otros elementos no organizados por la salud pública como riesgos, son configurados subjetivamente como tales y definen cómo se orientan las prácticas de las personas.

A pesar de que hay quienes creen que nuestros comportamientos se ajustan a una lógica racional y que además podemos distinguir claramente, a la manera de una frontera, el riesgo y la protección o el riesgo y la seguridad, pareciera, más bien hoy que el riesgo está constituido como un campo, donde concurren distintos riesgos de la vida personal y social. Por tanto la sexualidad será un ámbito más de la vida que conlleva riesgos pero esos riesgos se encuentran con otros riesgos que están en nuestra vida cotidiana, coexisten y nosotros nos habituamos a ellos.

No habría por qué pensar entonces, que las personas vamos a operar respecto de la sexualidad y la prevención como si hubiera una frontera clara y una luz que señalara cuando estamos en una zona de peligro. El riesgo se constituye de manera mucho más compleja que a la manera de una frontera. Y en esa complejidad creo que no hay que olvidar que los riesgos también suponen relaciones de poder entre las personas que están involucradas en la vida sexual unas con otras, supone disponer o no disponer de medios creados socialmente para actuar respecto de los riesgos. En fin, hay un conjunto de factores que hacen que las personas puedan operar respecto del riesgo con mejor o menor aptitud o menor o mayor eficacia.

Puede decirse que desde una perspectiva de la salud reproductiva puede definirse una anticoncepción óptima (controlada en sus efectos secundarios, su accesibilidad, etc.); también pueden sugerirse desde la sexualidad formas óptimas de anticoncepción. En relación con la sexualidad, los comportamientos no pueden ser

concebidos como enteramente sujetos a la razón, así como tampoco pueden ser pensados como puro e incontrolable impulso biológico. Tengo la convicción personal que la prevención sexual requiere ser lo más remota posible, es decir, distante respecto de los actos sexuales; al mismo tiempo, requiere ser lo menos consciente posible, es decir, que no demande una disposición activa del sujeto. Es la prevención al modo del dispositivo intrauterino. El DIU, que sirve a la prevención de embarazos no deseados, constituye una tecnología que permite a la vez la distancia temporal (entre su implante y su uso), y que, por ello, hace de la prevención un evento único (aquel de la instalación del DIU) pleno de conciencia; sin embargo, de ahí para adelante, la prevención transcurrirá en la mera inconsciencia personal.

Al mismo tiempo estimo que una tecnología que, por el contrario, opere justamente ante la emergencia de una conciencia del riesgo ya experimentado, una conciencia activada en el evento del acto sexual que resultó ser desprotegido, desprevenido, también sirve a la prevención, no ya en una lógica anticipatoria o previsor del acto sexual, sino anticipatoria e inhibitoria del daño probable, que permita actuar inmediatamente sobre una situación en la que se ha estado desprotegido.

No comparto el reconocimiento de una lógica anticipatoria solo de los actos sexuales y expiatoria de las consecuencias de la imprevisión. En mi opinión, aquí se instala un juicio moral en el campo de la prevención que sostiene que los sujetos han de tener costos asociados al ejercicio de su sexualidad, antes o después, sacrificios y esfuerzos de prevención o asunción de las consecuencias indeseadas después.

Al decir esto, no deseo sugerir que se promuevan los actos sexuales, no estoy proponiendo tampoco que las personas tengamos actos sexuales desprotegidos. Lo que estoy intentando es básicamente desnudar una lógica preventiva que lo que hace es incorporar costos a los actos sexuales, previos o posteriores. La anticoncepción, en mi opinión, no requiere ajustarse siempre necesariamente a una lógica anticipatoria. Puede operar la contracepción eficazmente después de producidos los actos sexuales. Se trata de impedir eventuales daños derivados de actos sexuales no protegidos.

Permítanme finalmente una reflexión surgida aquí, ahora mismo en este foro. Es muy interesante ver como los derechos humanos son puestos en este debate, traídos también por los denominados grupos pro-vida, como la defensa del derecho a la vida del no nacido, sin embargo, en conflicto con los derechos reproductivos, consagrados por Naciones Unidas. Al parecer ya nadie podrá escapar en el futuro el tener en cuenta los derechos humanos en todas sus dimensiones.

Los movimientos auto-conceptualizados como mayoría moral por sus promotores surgidos en sociedades desarrolladas en los años '60 y '80 no apelaban a una noción de derechos humanos. Estos movimientos surgen en Chile a fines de los años '90, probablemente porque en dictadura no fueron necesarios, la autoridad hacía lo que correspondía en estas materias para mantener un orden autoritario.

Dice Jeffrey Weeks respecto de estos movimientos en Europa

que no constituyen mayoría ni son morales. Tampoco creo que lo sean en Chile. Aunque la prensa oculta su carácter muy minoritario, en general se conoce cuáles son sus orientaciones culturales gruesas en la sociedad chilena en estas materias.

Tampoco creo que sean morales. Dudo de su moralidad cuando todos los esfuerzos van dirigidos fundamentalmente a moralizar la sexualidad, los riesgos y la prevención de los estratos populares. Piensen en sus esfuerzos orientados a evitar el aborto en caso de embarazos no deseados. Ellos ven solo a las mujeres de estratos populares en esta situación y sus esfuerzos están dirigidos allí, a los consultorios periféricos, no a la Clínica Las Condes ni a la Clínica Alemana, para apoyar la maternidad de mujeres que están dudando respecto de ella. Se dirigen básicamente a moralizar y a limitar las opciones de los estratos populares de la sociedad chilena, y eso hace que sea discutible, por tanto, su carácter moral. Muchas gracias.

