

INFORME DE LA COMISIÓN DE SALUD,
recaído en el proyecto de ley, en segundo
trámite constitucional, sobre información,
orientación y prestaciones en materia de
regulación de la fertilidad.

BOLETÍN Nº 6.582-11.

HONORABLE SENADO:

La Comisión de Salud tiene el honor de informar acerca del proyecto de la suma, iniciado en mensaje de la señora Presidenta de la República, con urgencia calificada de simple.

A las sesiones en que estudiamos este asunto asistieron, además de los integrantes de la Comisión, los Honorables Senadores señores Andrés Chadwick Piñera, Juan Pablo Letelier Morel, Jorge Pizarro Soto y Hosain Sabag Castillo, y el Honorable Diputado señor Marco Antonio Núñez Lozano.

Acudieron igualmente a ellas, del Ministerio de Salud, el Ministro, señor Álvaro Erazo Latorre; el Asesor del Ministro, doctor Rafael Méndez Mella; el Jefe del Departamento Jurídico, señor Sebastián Pavlovic Jeldres; el Abogado del Departamento de Asesoría Jurídica, señor Eduardo Díaz Silva; el encargado del Programa "Salud de la Mujer", doctor René Castro Santoro; la Jefa del Departamento de Comunicaciones y Relaciones Públicas, señora Marta Hansen Cruz; la encargada Nacional del Programa Adolescentes y Jóvenes, doctora Paz Robledo Hoecher. Del Servicio Nacional de la Mujer, la Ministra Directora, señora Laura Albornoz Pollmann; la Ministra Directora (S), señora Carmen Andrade Lara; el Jefe de Gabinete, señor Patricio Reinoso Varas; el Jefe del Departamento de Reformas Legales, señor Marco Rendón Escobar; el abogado del mismo Departamento, señor David Herrera Barrientos. Del Ministerio Secretaría General de la Presidencia, el Ministro, señor José Antonio Viera-Gallo Quesney. De la Biblioteca del Congreso Nacional, el Analista señor Eduardo Goldstein Branfeld.

Además, fueron recibidas en audiencia por la Comisión, las siguientes entidades y personas: de la Conferencia Episcopal de Chile, el Presidente, Monseñor Alejandro Goic Karmelic; el Secretario General Adjunto para Gestión y Comunicaciones, señor Enrique Palet Claramunt. De la Universidad de Santiago de Chile, el Profesor del Departamento de Biología, doctor Horacio Croxatto Avoni. De la Pontificia Universidad Católica de Chile, el Académico doctor Patricio Ventura-Juncá del Tobar; el Profesor doctor Manuel Santos Molina. Del Instituto Nacional de la Juventud, el Director Nacional, señor Juan Eduardo Faúndez Molina; el Secretario General Adjunto para Gestión y Comunicaciones, señor Claudio Coloma Rojas; la profesional

del Departamento de Coordinación Intersectorial, señora Carola González Gallinato; la Jefa del Departamento de Estudios y Evaluación (S), señora Heidi Fritz Horzella. Del Colegio Médico, el Presidente, doctor Pablo Rodríguez Whipple; el Asesor Comunicacional, señor Hugo Rivas Lombardi. De la Sociedad Chilena de Obstetricia y Ginecología Infantil y de la Adolescencia, la doctora Pamela Oyarzón Gomberoff. De la Fundación Jaime Guzmán, el Director Legislativo, señor Jorge Jaraquemada Robles; el señor Francisco López Díaz. De la Corporación Humanas, la Asesora, señora Camila Maturana Kesten; la abogada, señora Paulina Maturana Vivero. De la asociación Acción Familia, el Director, señor Juan Antonio Montes Varas; el Asesor, señor Mathias von Gersdorff Tromel. Del Observatorio Género y Equidad, la Coordinadora, señora Teresa Valdés Echeñique. De la Sociedad Chilena de Obstetricia y Ginecología Infantil y de la Adolescencia, el doctor Ramiro Molina Cartes. De la Sociedad de Pediatría, Comité de la Adolescencia, la Presidenta, señora María Eugenia Henríquez Canessa. De la Mesa Ampliada de Entidades Evangélicas de Chile, el Presidente de la Comisión Legal, Pastor Francisco Javier Rivera Mardones; el Obispo señor Alberto Villalón Becerra. De la Corporación Unidos por la Vida, la Asesora, señora Carmen Croxatto Ovando. De la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, el académico, doctor Elard Koch Cabezas. De la Asociación del Consumidor Organizado, la Presidenta, señora Patricia Gonnelle Zauschkevich. De la Corporación Calcuta Chile, el Director, señor Enrique Estay Cuevas; el Coordinador Regional, señor Eduardo Montalva Pérez; la Directora de Informaciones, señora Marianka Egaña Cerda. Del Foro Red de Salud de Derechos Sexuales y Reproductivos, la Presidenta, señora Rosa Yáñez Solís.

Los documentos entregados por los invitados al formular sus exposiciones se agregan como anexos al presente informe, como partes integrantes del mismo, en ejemplar único, y quedan a disposición de los señores Senadores, en la Secretaría.

- - - - -

De acuerdo con el trámite dispuesto por el Senado, este proyecto debe ser informado también por la Comisión de Constitución, Legislación, Justicia y Reglamento del Senado.

La señora Presidenta de la República hizo presente la urgencia para este proyecto, con carácter de suma. El plazo vence el 28 de agosto en curso.

Se deja constancia de que durante la discusión en general en la Comisión de Salud algunos de sus integrantes presentaron tres indicaciones al proyecto, las que se han incorporado al expediente. Conforme a lo dispuesto por los artículos 118, letra b), y 121 del Reglamento del Senado ellas quedaron para ser consideradas en el trámite reglamentario de segundo informe.

OBJETIVOS FUNDAMENTALES Y ESTRUCTURA DEL PROYECTO

Al tenor del mensaje que le da origen, esta iniciativa de ley tiene por objetivos reconocer legalmente los derechos que las personas tienen en materia de regulación de su fertilidad y, como contrapartida, consignar los deberes que pesan sobre el Estado en esta materia, habilitando, en forma general, a todos los órganos de la Administración competentes, para realizar planes, programas y acciones relativos a la satisfacción de los derechos de la población a obtener educación, información y orientación sobre regulación de la fertilidad, a recibir una educación para la vida afectiva y sexual, a elegir libremente los métodos de regulación de la fertilidad y a acceder a ellos.

El proyecto está conformado por tres artículos permanentes, ninguno de los cuales requiere un quórum especial de aprobación. Algunas de sus disposiciones atribuyen a los órganos del Estado con competencia en la materia el deber de asegurar a las personas el ejercicio de los derechos que él consagra. Las atribuciones y funciones de los órganos y servicios públicos, de las autoridades y de los funcionarios, son materia de ley. En consecuencia, esos puntos deberán ser complementados en el trámite reglamentario de segundo informe, sea dejando constancia de qué órganos detentan tales competencias, indicando las respectivas fuentes legales, sea formulando las correspondientes indicaciones. A este último respecto se debe tener presente que la materia corresponde a aquellas que son de iniciativa exclusiva del Presidente de la República.

EXPOSICIONES REALIZADAS ANTE LA COMISIÓN

Intervención de la Ministra del Servicio Nacional de la Mujer (SERNAM), señora Laura Albornoz.

El proyecto de ley que estudia esta Comisión consta de tres artículos y su finalidad es ayudar a la construcción de una institucionalidad pública que permita el ejercicio de una sexualidad responsable. Para eso consagra el derecho a recibir educación, información y orientación en materia de regulación de la fertilidad; el derecho a elegir libremente y sin coacción de ninguna clase, de acuerdo a las creencias y formación de cada cual, los métodos de regulación de la fertilidad masculina y femenina, y el deber de los órganos de la Administración del Estado de adoptar las medidas apropiadas para garantizar el ejercicio de tales derechos.

Hay tres aspectos esenciales en el contenido del proyecto: uno es que materializa numerosos tratados internacionales ratificados por Chile en materia de ejercicio de los derechos humanos de la mujer, uno de los cuales es la Convención de las Naciones Unidas para Eliminar Cualquier Forma de Discriminación en Contra de la Mujer, ratificada por el Estado chileno en 1989. En la Convención se reconoce en forma explícita el derecho a decidir libre y responsablemente el número de hijos y el intervalo entre los nacimientos, así como el acceso a la información, educación y métodos que permitan ejercer efectivamente este derecho¹.

Otro punto es el de las políticas de control de la natalidad, que desde sus inicios han servido no solamente para regular aspectos de carácter sanitario, sino que también para asegurar a las mujeres el pleno ejercicio de su derecho a la salud sexual y reproductiva. El tema no sólo se relaciona con materias de salud, sino que se vincula también con la plena autonomía e incorporación de la mujer en todos los ámbitos de desarrollo, tales como el laboral, el económico y la participación en la vida pública. Así lo entienden actualmente cerca de 1.200.000 mujeres que acuden a los Servicios de Salud para ejercer efectivamente sus derechos en materia de salud sexual y reproductiva, lo que les ha permitido un mayor nivel de educación, contar con trabajo remunerado y con cuotas más amplias de autonomía.

Este proyecto de ley está estrechamente vinculado con el deber del Estado de implementar todos aquellos métodos y mecanismos que permitan revertir las altas tasas de embarazo adolescente, problema que afecta a la ciudadanía en general, facilitando el acceso a métodos anticonceptivos a jóvenes y adolescentes, para evitar el embarazo precoz. Casi 30.000 adolescentes fueron madres el año pasado, lo que representa un 12,5% del total de los nacimientos. La mortalidad por embarazo aumenta mientras menor sea la madre, al igual que los riesgos asociados, sin dejar de lado el freno a las oportunidades que un embarazo precoz implica, en términos de menores oportunidades educacionales y laborales, lo que a su vez redundará en pobreza.

El tercer punto se relaciona con la distribución de métodos anticonceptivos. La interpretación extensiva de las normas relacionadas con el tema que han hecho los municipios y algunos órganos encargados de su distribución ha frenado en la práctica la entrega de los mismos, particularmente los de emergencia, a mujeres que han sufrido agresiones sexuales. Del total de mujeres mayores de 18 años un 7% ha sido objeto de violación, siendo para el 50% de ellas la forma de iniciarse

¹ Artículo 16, letra e), de la Convención.

sexualmente. En las denuncias que recibe el Ministerio Público se constata que el 81% de mujeres que sufren agresiones sexuales han sido atacadas por un familiar o una persona cercana. Por esto, si ya es grave negar en la salud pública el acceso a métodos anticonceptivos, impedir que las mujeres puedan acceder a ellos en caso de agresión sexual es francamente abominable.

En opinión del Gobierno, el cuerpo normativo en discusión permitirá entregar una amplia gama de opciones, tanto a mujeres como a hombres, ya que sus disposiciones no les imponen obligaciones, sino que les dan la posibilidad de optar por el método de regulación de la fertilidad que crean más conveniente.

Intervención del Ministro de Salud, señor Álvaro Erazo.

El proyecto de ley en debate viene a refrendar en gran parte los esfuerzos realizados por el Ministerio en los últimos años, en orden a dar eficacia a ciertos derechos mediante los programas del Ministerio, particularmente el de regulación de la fertilidad. El decreto N° 48, del Ministerio de Salud, de 2007², corrobora lo que el sector salud ha venido haciendo por los últimos 40 años en materia de regulación de la natalidad; esta iniciativa, avanzando un paso más, establece derechos y obligaciones en el ámbito de la regulación de la fertilidad.

La idea matriz del proyecto es reconocer legalmente los derechos de las personas en la materia y definir las obligaciones que al Estado corresponden como contrapartida, fundamentalmente en cuanto a la realización de planes, programas y acciones orientados a satisfacer aquellos derechos, con énfasis en la educación para una vida afectiva y sexual y en la libre elección de los métodos de regulación de la fertilidad que el Estado pone a disposición de las mujeres y de las familias.

En Chile hay del orden de 1.162.000 mujeres de 15 años de edad y más, en control de salud; de ellas, el 12% son menores de 20 años. El 43% hace uso de métodos anticonceptivos consistentes en dispositivos intrauterinos y un 38% utiliza métodos orales; existen también métodos naturales incorporados en los programas del Ministerio. Entonces, bajo el alero de los programas de regulación del sector público existe una variedad de ofertas a la población, que deben estar asociadas a una provisión de información y servicio de consejería adecuados y poner a disposición de las personas los métodos necesarios, para que ellas puedan elegir libremente.

² Estableció las Normas Nacionales sobre Regulación de la Fertilidad.

En el año 1967 se implementó un conjunto de medidas que se concretaron en la Política de Población y Salud Pública del gobierno del Presidente Frei Montalva, cuyo objetivo era reducir las tasas de mortalidad infantil y materna y promover el bienestar de la familia, favoreciendo una procreación responsable, apoyada en la entrega de información adecuada.

En 1976 se aprobó, por resolución del Servicio Nacional de Salud, la norma sobre Acciones de Regulación de Fecundidad, que autorizó a las matronas para prescribir métodos anticonceptivos.

En 1990, durante el gobierno del Presidente Patricio Aylwin, se formularon las bases para una política de planificación familiar en la que el Gobierno de Chile reconoció dichas acciones como beneficiosas para la población, permitiendo a las familias decidir sobre el número de hijos deseado y el espaciamiento y oportunidad de su nacimiento. Se mantuvo el apoyo a las acciones de planificación familiar, a fin de lograr una salud reproductiva adecuada e integral, haciendo explícito el respaldo político a tales actividades.

En 1991, el Programa de Salud Materna y Perinatal incluyó el control de la paternidad responsable, definida como la atención proporcionada a la mujer o a la pareja en edad fértil, entre 15 y 49 años, que desee controlar su fecundidad.

En 1997, el gobierno del Presidente Frei Ruiz-Tagle incorporó la salud sexual y reproductiva como una de las 16 prioridades de salud para el país. Se aprobó en esa época el Programa de Salud de la Mujer, por resolución del año 1997³, con el propósito de contribuir al desarrollo integral, físico, mental y social de la mujer, en todas las etapas de su ciclo vital. En esa oportunidad el control de la paternidad responsable pasó a llamarse Control de Regulación de la Fecundidad, entendido como una atención integral proporcionada en forma oportuna y confidencial.

Durante el gobierno de la Presidenta Bachelet se han emprendido diversas iniciativas tendientes a asegurar que la población en general, y las mujeres en particular, tengan el mejor acceso a la regulación de su propia fertilidad. Así, desde el año 2007 se ha oficializado una política integral, contenida en las Normas Nacionales sobre Regulación de la Fertilidad, que la normativa posterior del Ministerio de Salud refrenda. Ese conjunto de medidas que se han venido implementando ha contado con grandes consensos nacionales.

³ Se trata de la Resolución Exenta N° 879, del Ministerio de Salud, del año indicado.

Es deber del Estado poner a disposición de las personas, independientemente de creencias personales y visiones valóricas, todas las alternativas legítimas para el ejercicio autónomo y responsable de su sexualidad, así como presentarles, con sólidos fundamentos, los diversos métodos anticonceptivos, desde aquellos consistentes en la abstinencia periódica y otros mecanismos naturales de anticoncepción, hasta los de emergencia, alternativas de las que hoy disponen los Servicios de Salud.

Existen métodos que operan antes de la relación sexual y otros que operan después, distinción a propósito de la cual corresponde hacer el análisis del anticonceptivo de emergencia. Las personas son libres para decidir si utilizan o no anticoncepción, de acuerdo a sus valores personales, pero si deciden emplearlos eso debe verificarse en condiciones de adecuada seguridad, equidad, confidencialidad y respeto. Para ello, el Estado no sólo entrega un método sino también la opinión de un profesional responsable. La consejería en salud sexual y reproductiva es una relación de ayuda psicosocial personalizada que se establece entre una persona integrante de los equipos de salud y quien requiere la prestación, con el fin de fortalecer su capacidad para tomar decisiones libres, informadas, responsables y coherentes.

En cuanto a las implicancias del tema en materia de salud, la mortalidad de las madres aumenta mientras menor sea su edad. Durante 2003 fallecieron 17 de 294 hijos nacidos de madres menores de 15 años y 335 de los 33.838 hijos nacidos de madres entre 15 y 19 años. En este contexto, la entrega de métodos de anticoncepción para adolescentes constituye un deber de la autoridad, con el fin de prevenir consecuencias tanto para la madre como para el hijo concebido en dicha etapa del desarrollo de ésta. Lo importante es que este deber no entre en colisión con la tarea de fortalecer los vínculos de familia. En 1998 la mortalidad infantil de hijos de madres sin instrucción fue de 34 por cada 1.000 nacidos vivos, mientras que en hijos de madres con un nivel de instrucción superior fue de 6 por cada 1.000 nacidos vivos. Esto significa que un hijo de madre sin instrucción tiene seis veces más posibilidades de morir durante el primer año de vida que el del grupo con nivel de instrucción superior.

El Gobierno ha decidido presentar la iniciativa en discusión, a raíz del dictamen emitido por la Contraloría General de la República⁴, ante la cual, simultáneamente, ha solicitado una reconsideración.

Los principios y objetivos fundamentales del proyecto de ley son los siguientes:

⁴ Dictamen N° 31.356, de fecha 16 de junio de 2009.

1. El Estado no impone ni obliga al uso de un determinado método de regulación de la fertilidad, simplemente pone a disposición de quienes lo solicitan, por consideraciones de índole sanitaria y con responsabilidad, las alternativas que les permitan decidir para vivir una sexualidad responsable.

2. La consejería en salud sexual y reproductiva es una relación de ayuda psicosocial personalizada, que se establece entre un profesional de la salud y quien requiere la prestación, con el fin de fortalecer sus capacidades para tomar decisiones libres, informadas y responsables.

3. La atención de salud debe centrarse en aquellos grupos que resultan más vulnerables. Es evidente que la población adolescente demanda especial dedicación, toda vez que la prevención del embarazo precoz es un objetivo ético, sanitario y humanitario prioritario e impostergable. La mortalidad aumenta en la medida en que la madre es de menor edad.

5. Terminar con la inequidad reproductiva que muestran las estadísticas, conforme a las cuales se constata que los adolescentes de niveles socioeconómicos bajos están en desventaja.

6. Reconocer legalmente la existencia de derechos en materia de regulación de la fertilidad de las personas y, como contrapartida, los deberes del Estado en esta materia.

7. Habilitar a todos los órganos de la Administración del Estado para realizar los planes, programas y acciones de que trata el decreto supremo N° 48, que permitan a la población: recibir información y orientación sobre fertilidad y para la vida afectiva y sexual, y elegir y acceder libremente a los métodos de regulación de la fertilidad.

8. Reconocer el derecho de todas las personas, tanto aquellas que han ejercido libremente su sexualidad como las que han sido víctimas de violencia sexual, casadas o solteras, para recibir información relevante y orientación en materia de regulación de la fertilidad, la que deberá ser completa e imparcial.

La información reunida y los estudios encomendados por el Ministerio de Salud en relación a las condiciones de la anticoncepción de emergencia han sido sometidos al mayor nivel de exigencia, en orden a confirmar que ella no es abortiva. Se acompañó al Mensaje que inició la tramitación de este proyecto de ley toda la evidencia contenida en diversas publicaciones científicas que avalan que el método no es abortivo y que no existe evidencia que permita plantear lo contrario.

Intervención de la Directora del Programa Nacional de Adolescentes y Jóvenes del Ministerio de Salud, doctora Paz Robledo.

El primer diagnóstico de la situación de salud de adolescentes y jóvenes se hizo en 1994. En 1995 se creó el Programa Nacional de Adolescentes y Jóvenes, en un contexto sanitario diferente, pues la salud sexual y reproductiva estaba enfocada hacia los adultos. El año 2005 se evaluaron los avances obtenidos en las metas sanitarias y se concluyó que hubo apreciable progreso en temas como mortalidad materna e infantil, pero subsistía una gran deuda con la juventud.

A fines de 2007 comienza la reestructuración del trabajo, partiendo por un levantamiento de los datos descriptivos de la situación y ampliando el contexto del análisis. Por primera vez se realiza un estudio sobre las percepciones de los adolescentes y jóvenes respecto de sus necesidades en salud y acerca de las dificultades que experimentaban con el modelo imperante de entrega de servicios. Se obtuvo como resultado un documento que indica cuáles deben ser las características de un servicio amigable para adolescentes, que fue evaluado por los propios jóvenes, quienes concordaron mayoritariamente con las conclusiones.

A partir de ese documento matriz el Ministerio de Salud elaboró una propuesta para reestructurar la oferta de servicios, poniendo énfasis en la idea de promoción, prevención y atención primaria de salud. En el presente año se está desarrollando en 59 comunas un trabajo con matronas, enfermeras y psicólogos, que funciona de 16:00 a 20:00 horas, acogiendo la solicitud de los adolescentes, que antes de ese horario se encuentran estudiando. La atención se brinda no en el consultorio, sino en colegios y juntas de vecinos, entre otros, a fin de otorgar más privacidad a los jóvenes. La intención del Ministerio es extender el programa a todas las comunas, ampliando la protección a otras conductas de riesgo, y no sólo impartir educación sexual, y entregar las herramientas para producir un cambio.

La adolescencia es la etapa en que se está consolidando la identidad propia del ser humano, por lo que ofrece una extraordinaria oportunidad para construir un camino distinto al que actualmente siguen muchos jóvenes chilenos. La idea es trabajar en los ámbitos de la salud sexual y reproductiva, la salud mental y la salud nutricional, promoviendo estilos de vida saludable.

Intervención del Ministro Secretario General de la Presidencia, señor José Antonio Viera-Gallo.

Desde de la introducción de la denominada píldora del día después se han dictado tres sentencias judiciales de importancia.

1. Recurso de Protección en contra de la Resolución N° 2.141, del Instituto de Salud Pública, que concedió registro sanitario al fármaco “Postinal”. Fue acogido por la Corte de Apelaciones de Santiago y por la Corte Suprema. Por la naturaleza de la acción se trató de un proceso breve, en que no se pudo rendir las pruebas pertinentes.

2. Acción de Nulidad de Derecho Público contra la Resolución N° 7.224, del Instituto de Salud Pública, que concedió el registro sanitario al fármaco Postinor 2, que tiene la misma fórmula del anterior. En este caso hubo un juicio de lato conocimiento, que terminó el año 2005, con una sentencia de la Corte Suprema⁵ que señaló que corresponde al Instituto determinar qué fármacos deben ser registrados.

El considerando 16 del fallo de la Corte de Apelaciones de Santiago⁶ expresa “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”. La misma tesis ha sido sostenida por la Corte Europea de Derechos Humanos en casos análogos, es decir, si no hay una verdad científica clara, no corresponde a un tribunal pronunciarse al respecto.

El considerando 17 del mismo fallo expone que “la organización administrativa estatal contempla organismos técnicos que, en uso de sus facultades, puede y debe resolver el problema, garantizando la salud pública allí comprendida. El Instituto de Salud Pública de Chile es el órgano contemplado por la legislación nacional para asumir esa responsabilidad, desde que en el Decreto Ley N° 2763 de 1979 se señala que es su función “Ejercer las actividades relativas al control de calidad de medicamentos, alimentos de uso médico y demás productos sujetos a control sanitario”.”.

⁵ Rol 1039-05, de fecha 28 de Noviembre de 2005.

⁶ Rol 4200-03, de fecha 10 de Diciembre de 2004.

La jurisprudencia de la Corte Suprema introdujo una variación respecto del fallo recaído en el recurso de protección. En un juicio de lato conocimiento confirmó lo resuelto por la Corte de Apelaciones, en el sentido de reconocer la incompetencia de los tribunales de justicia para pronunciarse respecto de cuestiones científicas que en nuestro país son de competencia del Instituto de Salud Pública. Por esta razón, el medicamento cuenta con registro sanitario y puede ser comercializado en el país.

3. Requerimiento por inconstitucionalidad en contra de la Resolución exenta que estableció las Normas Nacionales sobre Regulación de Fertilidad⁷. La sentencia del Tribunal Constitucional señaló que no correspondía que esas normas se dictaran por una resolución exenta, sino por decreto⁸.

4. Requerimiento por inconstitucionalidad en contra del decreto N° 48, del Ministerio de Salud, del cual la Contraloría General de la República había realizado el respectivo control de legalidad, tomado razón de él.

En este caso, el Tribunal Constitucional acogió el recurso señalando que “Se acoge el requerimiento únicamente en cuanto se declara que la Sección C., acápite 3.3, “Anticoncepción Hormonal de Emergencia”, así como la Sección D., “Anticoncepción en Poblaciones Específicas”, acápite 1, sólo en la parte que se refiere a la “anticoncepción de emergencia”, de las Norma Nacionales sobre Regulación de la Fertilidad, que forman parte del Decreto Supremo N° 48, de 2007, del Ministerio de Salud, son inconstitucionales”⁹. Este fallo tuvo como fundamento que habría una duda razonable sobre los efectos de la píldora. En cumplimiento del mismo el Gobierno emitió un nuevo decreto, del que se retiraron las secciones cuestionadas.

El único efecto del fallo es que no puede entregarse la píldora del día después gratuitamente, como política de salud publica imperativa en Chile. Por lo mismo, la prescripción y entrega de la píldora en los consultorios se dejó a la voluntad de los municipios, en vista de su autonomía funcional. En la práctica, el acceso a la anticoncepción de emergencia depende de la voluntad del alcalde respectivo, pero cualquier persona puede comprarla en farmacia, con receta médica. El acceso al fármaco procede con el respaldo de una receta médica, por tratarse de un medicamento de emergencia, diferente al resto de los anticonceptivos.

⁷ Resolución Exenta N° 584, del Ministerio de Salud, de 2006.

⁸ Rol 591-06, de 11 de enero de 2007.

⁹ Rol 740-08, numeral 1 de la parte resolutive. Fallo de fecha 18 de abril de 2008. Requerimiento de inconstitucionalidad deducido en contra del Decreto Supremo N° 48, de 2007, del Ministerio de Salud, que aprueba las “Normas Nacionales sobre Regulación de la Fertilidad”.

El efecto erga omnes del fallo que anuló para todos los chilenos los capítulos relativos a las normas de fertilidad del decreto N° 48, obligando a todas las autoridades y a todas las personas, no implica que se deba retirar el fármaco de las farmacias o de la lista de medicamentos. La prevención del Ministro señor Bertelsen deja en claro que no se trata de la prohibición del fármaco en todo Chile¹⁰.

5. Dictamen de la Contraloría General de la República, ante la consulta de la Asociación Chilena de Municipalidades¹¹. La Asociación buscó un pronunciamiento jurídico respecto de si efectivamente la entrega de la píldora del día después era facultad municipal o no.

La Contraloría General de la República, haciendo una aplicación extensiva del fallo del Tribunal Constitucional, determinó que no corresponde a los municipios distribuir la píldora del día después, declinando pronunciarse respecto de las facultades del Instituto de Salud Pública y sobre la actividad de entidades privadas; sólo acogió un aspecto de la solicitud, rechazando la idea de prohibir la distribución del fármaco en todo nivel. Dicho Dictamen es actualmente objeto de una solicitud de reconsideración por parte del Gobierno.

En vista de los antecedentes colacionados, el Gobierno estimó necesario que el Parlamento se pronuncie, por lo que presentó el proyecto de ley en debate, que fue aprobado en la Cámara de Diputados por amplia mayoría. La idea subyacente es subsanar el Dictamen de la Contraloría, permitir que el fármaco, que cuenta con registro sanitario, sea accesible a todas las personas que lo soliciten, como parte de la política pública de salud, y poner fin a la anomalía de que el acceso al mismo dependa del ingreso de las personas.

En relación con la protección constitucional del derecho a la vida del que está por nacer, en el Acta de la Sesión N° 90, de 25 de noviembre de 1974, de la Comisión de Estudios para la Nueva Constitución, conocida como Comisión Ortúzar, se da cuenta de una interesante discusión acerca de la frase “La ley protege la vida del que está por nacer”. A efectos del análisis histórico, hay que tener presente que en esa época el aborto terapéutico era legal.

Para el comisionado Silva Bascuñán, esta expresión impedía que el legislador abriera la posibilidad de “la legalización excesiva del aborto”. Esto da cuenta de que la inclusión de

¹⁰ “Lo que ha de resolver, entonces, esta Magistratura, es la constitucionalidad de las normas contenidas en un acto administrativo que obliga a los organismos, instituciones y funcionarios que integran la Red Asistencial del Sistema Nacional de Servicios de Salud, tal como se indica en el N° 4 del Decreto Supremo N° 48, de 2007, del Ministerio de Salud, conforme al alcance con que la Contraloría General de la República tomó razón de dicho decreto”.

¹¹ Ver nota 4.

esta frase no reflejaba la intención de los legisladores de la época de derogar el aborto terapéutico, como tampoco de excluir toda forma de aborto. El comisionado Evans señaló que se trata de un “mandato flexible para no sancionar penalmente formas de aborto terapéutico en que haya mediado una decisión responsable del padre o del facultativo”. El comisionado Ovalle, abordando el tema desde una perspectiva más laica, señala que la flexibilidad a que aluden los dos anteriores es aún mayor y que no sólo es partidario del aborto terapéutico, sino que también de otros casos más que resulten plenamente justificados. Por último, el comisionado Ortúzar, Presidente de la Comisión, señaló que “en esta materia quizás convendría ser, también, un poco flexibles” y aun cuando no se atreve a precisar cuáles son los casos, no cree en conciencia que el único sea el aborto terapéutico, y señala, a título ejemplar, el caso de una violación.

Todo esto determina, con claridad que la fijación del ámbito del aborto prohibido por la Constitución quedó entregada a la ley y no a la Constitución misma. Ello explica por qué el comisionado Jaime Guzmán expresó “su profundo desencanto” porque “la Constitución no vaya a tomar una definición en esta materia”, añadiendo que “éste era uno de los aspectos respecto del cual hubiese aspirado con mayor énfasis a que la Comisión y la Constitución futura hubieran tenido una posición clara y definida”.

Es decir, la Constitución, tal como lo hizo respecto del divorcio, no toma partido respecto del aborto y entrega a la ley la definición del límite entre lo prohibido y lo permitido. Por lo mismo, aún cuando se aceptara que existe una duda plausible respecto de un eventual efecto abortivo de la píldora del día después, no puede invocarse la Constitución para prohibirla. La historia fidedigna de su establecimiento deja en claro que el uso de levonorgestrel no es en absoluto contrario a la norma constitucional comentada.

El Pacto de San José de Costa Rica, que ha sido traído a colación en las exposiciones de los invitados, protege la vida, “en general”, desde el momento de la concepción. Existe vasta jurisprudencia respecto del significado de la inflexión que hay en la oración pertinente, que ha permitido que en varios países de Latinoamérica y en Estados Unidos haya leyes de aborto, y la Corte Interamericana de Derechos Humanos no ha considerado que ellas sean contrarias al Pacto.

El proyecto de ley busca informar a las mujeres respecto de la existencia de todos los métodos anticonceptivos, ponerlos a su disposición en el sistema público de salud, respetando la conciencia y creencias de cada cual, al igual que las formas particulares de enfrentar la vida, la maternidad y la procreación, para que ellas libremente decidan.

La iniciativa legal en estudio no incluye cuestiones relativas a la educación, con el fin de respetar los distintos puntos de vista que existen, y por eso se hace efectivo el derecho a la información respecto de las políticas públicas en la materia, por la vía de los consultorios y del Ministerio. El Gobierno tiene claro que respecto de una concepción más amplia de educación sexual no existe consenso en el país, por diversos factores. Establecer un programa claro y consensuado de lo que debiera ser la educación sexual en los colegios es difícil, por las distintas ideas de que es lo que debe enseñarse. Además, La Ley General de Educación se ocupa del tema, con lo que se sienta la base legal para desarrollar planes de educación sexual consensuados, sin descartar la posibilidad de que el Ministerio de Educación ponga a disposición de los establecimientos educacionales planes diversos, de manera que cada uno de ellos pueda escoger el que se amolde a su proyecto educativo, porque es inaceptable que un sector pueda imponer a otro el contenido de la educación sexual.

En resumen, se trata de un proyecto que no merece reparo en sede constitucional, que sana una interpretación equivocada de la Contraloría General de la República sobre la materia y que permite reponer una política de salud pública necesaria.

- - - - -

Intervención del Presidente de la Conferencia Episcopal de Chile y Obispo de Rancagua, Monseñor Alejandro Goic Karmelic.

La opinión pública conoce la visión de la Iglesia Católica en el tema que se está tratando. La Iglesia no está empeñada en imponer puntos de vista ni tampoco promueve subrepticamente la adopción de políticas públicas hechas a la medida de la fe y la moral católicas. La misión de la Iglesia es aportar a todos los hombres y mujeres la vida plena ofrecida por Cristo, plenitud de vida digna en lo espiritual y en lo material. A veces se la escucha, otras no. La visión que tiene la Iglesia del mundo y de las realidades humanas en todas sus dimensiones se propone, no se impone.

Es dolorosa la forma en que se ha llevado este debate, el cual toca temas trascendentales, que van mucho más allá de un sí o no a una píldora. Debate que ha sido hecho de un modo reductivo, no obstante estar referido a la vida humana, la familia y la educación de las nuevas generaciones, debate hecho también al calor de una campaña política, con todo lo que ello significa.

Es preocupante la descalificación a priori de las diferentes posiciones. En el debate entre los parlamentarios y en las

actitudes de los asistentes en las tribunas en la Cámara de Diputados se percibía una división profunda y un apasionamiento exacerbado, en lugar de la serenidad, sabiduría y respeto que requiere un debate de tanta trascendencia. No se va a ningún sitio cuando se dice “ustedes están en contra de las mujeres y sus derechos” o “ustedes están a favor de la cultura de la muerte”.

El Cardenal Raúl Silva Henríquez, en otro contexto y en un duro momento de la Patria, dejó como parte de su legado la homilía del Te Deum del 18 de septiembre de 1974, alocución que tiene un valor histórico. Ese sermón se tituló “La Iglesia y la Patria” y se refirió a lo que su autor llamó “el alma de Chile”. Ahí, en medio de un país polarizado y en circunstancias adversas extremas, el Cardenal señaló: “La Iglesia, la Patria: dos magnitudes, dos almas que sólo pueden subsistir y fructificar en la medida en que son fieles, cada una a su tradición”. También el Cardenal destacó tres primacías que conforman el alma de Chile: “El primado de la libertad sobre todas las formas de opresión; el primado del orden jurídico sobre todas las formas de anarquía y arbitrariedad. Y el primado de la fe sobre todas las formas de idolatría”.

En otro discurso del Cardenal Silva Henríquez, del año 1991, habló “del país que sueño o que deseo” y lo expresó sobre la base de cuatro afirmaciones: “Quiero que en mi país todos vivan con dignidad; quiero un país donde reine la solidaridad; quiero un país donde se pueda vivir el amor; quiero para mi Patria lo más sagrado que yo puedo decir: Que vuelva su mirada hacia el Señor”.

Preparando el camino para la visita a Chile del Papa Juan Pablo II, el Cardenal Fresno, sucesor del Cardenal Silva Henríquez, convocó a los principales dirigentes políticos del país de todas las tendencias y se logró el llamado “Acuerdo Nacional para la transición a la democracia”, hecho de fundamental trascendencia para la recuperación de la convivencia democrática.

Es del caso preguntar si habrá llegado la hora, en un nuevo contexto, consolidada ya la democracia y de cara al bicentenario y al futuro de Chile, de gestar un nuevo acuerdo nacional, que preserve y perfeccione el alma de Chile, un compromiso que permita un consenso básico ético entre todos los chilenos, el cual podría contener los siguientes elementos:

- El compromiso de todos los actores sociales de construir una sociedad más equitativa. Es necesario y urgente adoptar

decisiones para alcanzar una mayor equidad, salarios suficientes y mayor justicia social en beneficio de la dignidad de la persona humana. En lo económico es necesario elegir entre la lógica del lucro y la lógica del compartir y de la solidaridad. El Papa Benedicto XVI ha dicho "Cuando prevalece como motivación central la lógica del lucro, aumenta la desproporción entre pobres y ricos así como una explotación dañina del planeta. Por el contrario cuando prevalece la lógica del compartir y de la solidaridad, se puede corregir la ruta y orientarla hacia un desarrollo equitativo para el bien común de todos"¹².

- El compromiso de todos los actores sociales de mejorar la calidad de la educación, en especial en los sectores mas vulnerables; de seguir mejorando las viviendas sociales, para que sea posible, por contar con espacios más amplios, una intimidad familiar dignificadora de padres e hijos; de proporcionar una salud digna y accesible a todos los chilenos, más allá de su condición económica.

El Cardenal Silva Henríquez también señalaba "quiero para mi Patria lo más sagrado que yo puedo decir: que vuelva su mirada hacia el Señor", porque el alma de Chile es su raíz cristiana, y millones de cristianos evangélicos, cristianos ortodoxos y cristianos católicos son expresión concreta de esa fe y de esas raíces.

Los creyentes en Cristo, Señor de la historia, están convencidos de que "una sociedad que excluye conscientemente a Dios y lo relega totalmente a lo privado se autodestruye. Por eso, los cristianos, sencillamente tienen la obligación frente al mundo de dar fe de Dios públicamente y, así, de mantener presentes los valores y verdades, sin los cuales a la larga no puede existir convivencia humana soportable"¹³.

La Iglesia no intenta atribuirse ni reclamar una autoridad que no le corresponde. Pero no puede dejar de ejercer su derecho a opinar sobre las realidades políticas, desde el punto de vista moral, para hacer presente a la conciencia de los católicos sus puntos de vista y ofrecerlos a quien quiera considerarlos para su propia reflexión y para el bien moral de la sociedad. La Iglesia quiere vivir en paz con todos, está dispuesta a respetar las opiniones de todos y, por supuesto, también las leyes justas de las autoridades legítimas. Pero no se excluirá de participar en el diálogo democrático ni vivirá bajo la presión de visiones laicistas de la sociedad. Tampoco aceptará los intentos de ubicar a sus miembros como una categoría de ciudadanos relegados a sus templos o a sus propias instituciones.

En la reciente encíclica del Papa Benedicto XVI "La Caridad en la Verdad", a propósito del debate que ocupa a la Comisión y al Senado, puede leerse lo siguiente: "La Iglesia, que se

¹² Homilía en Catedral de Vellerti, 23 de Septiembre de 2007.

¹³ Papa Benedicto XVI.

interesa por el verdadero desarrollo del hombre, exhorta a éste a que respete los valores humanos también en el ejercicio de la sexualidad; ésta no puede quedar reducida a un mero hecho hedonista y lúdico, del mismo modo que la educación sexual no se puede limitar a una instrucción técnica, con la única preocupación de proteger a los interesados de eventuales contagios o del "riesgo" de procrear. Esto equivaldría a empobrecer y descuidar el significado profundo de la sexualidad, que debe ser en cambio reconocido y asumido con responsabilidad por la persona y la comunidad"¹⁴.

En este momento en España se debate la posibilidad de ampliar la ley del aborto y ese país sufre una gran división por causa de ese proyecto de ley. La Ministra de Igualdad española ha declarado, a propósito de autorizar la interrupción voluntaria del embarazo hasta las catorce semanas de gestación, que consideraba que un feto de trece semanas es un ser vivo, pero no un ser humano, porque estima que eso no tiene ninguna base científica. Ninguno de los asistentes estaría presente en esta sesión si sus padres no los hubieran respetado desde el origen.

El Consenso Básico Ético es posible, al menos en la expresión de voluntades e intenciones, en muchos temas. Pero en lo que atañe al origen de la vida, a la sexualidad, al aborto, a la eutanasia, a la unión de parejas homosexuales, etc., afloran grandes divergencias, muchas de ellas marcadas por miradas ideológicas o por prejuicios. No se resuelven, en modo alguno, con gritos insultantes, con descalificaciones, ni con la ridiculización de los otros.

Se dice que el que no está de acuerdo con la llamada "píldora del día después" puede simplemente no hacer uso de ella, pero la formación de la conciencia moral y la calidad de la educación no provee a gran parte de la población las condiciones necesarias para adoptar libremente este tipo de decisiones y poco a poco la ley va moldeando sus mentalidades.

Si mañana se propone legislar para llamar "matrimonio" a algo que por naturaleza humana nunca lo será, se seguirá desarrollando una mentalidad en que todo da lo mismo, en que la afirmación de derechos sin sus deberes correlativos continuará provocando las dolorosas consecuencias de violencia e irresponsabilidad en la vida familiar y social que hoy se aprecian.

Volviendo sobre la homilía del Cardenal Silva Henríquez acerca del Alma de Chile, en ella se hablaba de la Iglesia como conciencia crítica, misión que la coloca frecuentemente en una cierta tensión o polaridad con quienes detentan el poder. No se trata -decía el Cardenal- de una oposición, sino de una independencia crítica, que permite a la Iglesia, ejercitando

¹⁴ N° 44.

su rol de conciencia, discernir en qué grado se respeta la dignidad del hombre y los derechos que le son consustanciales.

La respuesta a la interrogante de cómo resolver estos desacuerdos fundamentales en Chile exige sabiduría, discernimiento y fortaleza. Los cristianos católicos tratarán de ser fieles al alma de Chile, en la certeza de que "la Iglesia no puede ni debe emprender por cuenta propia la empresa política de realizar la sociedad más justa posible. No puede ni debe sustituir al Estado. Pero tampoco puede ni debe quedarse al margen en la lucha por la justicia. Debe insertarse en ella a través de la argumentación racional y debe despertar las fuerzas espirituales, sin las cuales la justicia, que siempre exige también renunciaciones, no puede afirmarse ni prosperar. La sociedad justa no puede ser obra de la Iglesia, sino de la política. No obstante, le interesa sobremanera trabajar por la justicia esforzándose por abrir la inteligencia y la voluntad a las exigencias del bien"¹⁵.

El Cardenal Silva Henríquez decía en la homilía ya citada que "una patria no puede echarse a andar indiferentemente por cualquier camino. La patria no se inventa, sólo se redescubre y revitaliza, y siempre en la fidelidad a su patrimonio de origen. Cuando una nación que es patria busca su sendero fuera de su tradición, su apostasía deriva fatalmente en anarquía y disolución. La patria no se inventa ni se trasplanta, porque es fundamentalmente alma, alma colectiva, alma de un pueblo, consenso y comunión de espíritus que no se puede violentar ni torcer, ni tampoco crear por voluntad de unos pocos. De aquí fluye, con imperativa claridad, nuestra más urgente tarea: reencontrar el consenso; más que eso, consolidar la comunión en aquellos valores espirituales que crearon la patria en su origen. La historia demuestra -y seguirá demostrando- que sólo en esta fidelidad es fecunda la esperanza".

Si se lograra el "Consenso Básico Ético" propuesto y se actuara en consecuencia, procurando resolver los temas en que los consensos son más probables, los aspectos más controversiales, si bien probablemente no desaparecerían, podrían disminuir y ser enfrentados desde una mejor base de acuerdo social, desde unos caminos hacia la fraternidad mejor pavimentados.

El Senado de la República es un espacio privilegiado para buscar caminos de encuentro sereno, de diálogo ponderado, de soluciones adecuadas, que contemplen una mirada más amplia que el puro asunto en debate. Con profundo respeto, y en la certeza de que "la patria es,

¹⁵ Benedicto XVI - Dios es Amor.

fundamentalmente, alma de un pueblo", apeló a acoger esta invitación al consenso, urgente tarea en la antesala del bicentenario de Chile.

Intervención del profesor del departamento de Biología de la Universidad de Santiago de Chile señor Horacio Croxatto.

Presentó un repaso de nociones básicas del funcionamiento del sistema reproductor de la mujer, con el fin de explicar en cuales de esos procesos interviene la píldora anticonceptiva del día después.

Los órganos más importantes del cuerpo que participan en la reproducción son algunas partes del cerebro, como la glándula endocrina hipófisis, que controla al ovario, y luego los que están en la pelvis: los ovarios, el útero y, dentro del mismo, su capa interna o endometrio, que es donde ocurre la implantación del embrión.

El sistema reproductivo de la mujer funciona en forma cíclica, a diferencia del masculino, que lo hace de forma continua. Al ciclo femenino se le llama "ciclo menstrual", porque su expresión externa es el sangrado que ocurre periódicamente, más o menos una vez al mes, siendo el promedio cada 28 días. En una línea de tiempo, el primer día del ciclo menstrual es el primer día de la menstruación y el último es el que precede a la menstruación siguiente.

La menstruación no es otra cosa que un fenómeno que ocurre en el endometrio, que se rompe, se le desprenden trozos y tiene lugar la hemorragia que escurre al exterior a través de la vagina, fenómeno que es particular de la mujer, pues no hay otras especies que lo experimenten, salvo algunas clases de monas.

El proceso descrito se produce porque el ovario se encuentra controlado desde la cabeza, por las hormonas que produce la hipófisis, denominadas "gonadotrofinas", cuya concentración en la sangre se va modificando a lo largo del ciclo menstrual; cerca de la mitad del ciclo se produce un alza brusca importante y transitoria de la hormona LH, que gatilla el proceso ovulatorio. La hormona actúa sobre el folículo maduro induciendo su ruptura y la salida del óvulo y su posterior transformación en cuerpo lúteo.

El ovario produce dos tipos de hormonas. El estradiol, que es producido por el folículo que está creciendo, cuya concentración en la sangre crece a medida que lo hace el folículo; su función es engrosar el espesor al endometrio, capa de engrosamiento que se desprende cuando se produce la menstruación.

Una vez que el ovario queda como cuerpo lúteo, comienza a producir progesterona, que es la segunda hormona; ésta induce en el endometrio, que ya ha crecido, la receptividad para la implantación del embrión.

Lo más importante del ciclo menstrual no es la menstruación, sino la ovulación, que es la que permite el encuentro del óvulo con el espermatozoide, esto es, la fecundación y la generación de un nuevo individuo. La ovulación ocurre entre el día 10 y el día 21 del ciclo menstrual, si bien es más frecuente que sea en el día 14¹⁶. Es difícil saber cuándo una mujer ovula, porque es un proceso silencioso, que generalmente pasa inadvertido. Para determinarlo con certeza sería necesario realizar exámenes sanguíneos o ecografías transvaginales.

La fecundación o unión del espermatozoide con el óvulo da como resultado una célula nueva llamada "cigoto", a partir de la cual se generará el embrión. El cigoto es una célula novedosa, en el sentido de que tiene un genoma o constitución genética único e irrepetible. Es además una célula nueva, a pesar de provenir de un óvulo que pudo haber estado durante 30 años en el ovario de una mujer, y tiene edad cero al momento de generarse. Una vez generado el cigoto, se divide sucesivamente en 2, 4, 8, células, etc., que cada vez son de menor tamaño; en ese proceso se está parcelando la materia viva que existe, para dar lugar al final a una estructura denominada blastocisto, que es una vesícula llena de líquido que contiene alrededor de 200 células. En este estado de desarrollo se produce la implantación en el endometrio. La fecundación y el desarrollo del cigoto previo a la implantación ocurren en la trompa de Falopio y en el útero.

Hay un estudio hecho por Wilcox y Col sobre la eficacia que tendría un coito único para producir un embarazo en la mujer. Ellos trabajaron con 221 mujeres que querían embarazarse. Cada mujer aportó una muestra de orina diaria y anotó la fecha de cada relación sexual, por un plazo de seis meses. En la orina se midieron hormonas que permitieron establecer, en 625 de los ciclos medidos, la fecha de la ovulación; luego se determinó en qué días ocurrieron los coitos que en 129 de estos ciclos generaron 34 embarazos.

Este estudio, hecho en Estados Unidos, no ha sido repetido nunca; estos datos son los únicos que existen en la literatura en orden a determinar las probabilidades de embarazo de una mujer después de un coito único. A partir de ellos se estableció que la probabilidad de que ocurra un embarazo es mayor mientras más cercano

¹⁶ En el 20% de los ciclos la ovulación se produce el día 14, de acuerdo a lo publicado en Croxatto, Encyclopedia of Public Health.

sea el coito al día de la ovulación, llamado “día cero”, especialmente dentro de los dos días anteriores a ella, probabilidad que en las mejores condiciones no alcanza al 30%. A los seis días anteriores a la ovulación los denominaron “los días fértiles del ciclo menstrual” y sólo en ellos una relación sexual puede generar un embarazo; por lo tanto, un coito ocurrido antes de esos días es infértil, lo mismo que el que ocurre después de la ovulación.

La anticoncepción de emergencia es un método indicado, cuando una mujer que no desea un embarazo ha sido forzada a tener una relación sexual o la tuvo voluntariamente pero sin usar protección o la protección que usó fue defectuosa, caso este último que representa un número importante de las solicitudes de anticoncepción de emergencia.

La ingestión de 1,5 mg. de levonorgestrel, que es la droga activa de la píldora, hasta 120 horas después de una relación sexual que tuvo lugar en el periodo fértil, puede prevenir el embarazo en una proporción importante de los casos, pero no en todos.

Existe un gran número de estudios que buscan encontrar la respuesta a la interrogante de la eficacia de la píldora para la prevención del embarazo; ellos concuerdan en ciertos puntos y divergen en otros. La eficacia se expresa como porcentaje de embarazos prevenidos, siendo 100% el número de embarazos que se estima habrían ocurrido si no se usa el método. No hay forma de saber a ciencia cierta cual sería el número de embarazos ocurridos de no utilizarse la anticoncepción de emergencia y, por lo mismo, se trata de una estimación. Lo que ha quedado claro es que mientras más demore la mujer en ingerir la píldora después de una relación sexual, menor es la probabilidad de que prevenga el embarazo.

Conclusiones: en primer lugar, la anticoncepción de emergencia nunca es 100% eficaz y, en segundo lugar, mientras antes se tome, más eficaz será. Por lo tanto, cualquier explicación coherente de cómo la píldora previene el embarazo debe dar cuenta de por qué no lo impide siempre y por qué es más efectiva cuanto antes se tome.

Al comenzar este siglo se proponían hipótesis que explicaban cómo prevenir el embarazo, pero había escasos datos experimentales; por lo tanto, sólo existían hipótesis, sin base científica.

La primera de ellas era que el levonorgestrel, actuando al nivel del cuello uterino, tornaba la secreción muy espesa y viscosa, lo que impedía que los espermatozoides entraran al útero. La segunda hipótesis postulaba que el levonorgestrel prevenía la ovulación actuando al nivel del cerebro e impidiendo que se produzca el alza de

gonadotropina, por lo que el óvulo quedaba encerrado en el ovario y no se producía el encuentro con el espermatozoide.

En 1998 la Organización Mundial de la Salud (OMS) solicitó a los centros colaboradores que investigaran cómo la píldora previene el embarazo, solicitud que fue acogida por el expositor¹⁷. En su estudio participaron 57 mujeres que no estaban expuestas al riesgo de embarazo, por haberse ligado las trompas. Cada mujer contribuyó con un ciclo menstrual tratado con un placebo y un ciclo menstrual tratado con levonorgestrel, separados por un ciclo de descanso.

Se administró levonorgestrel a mujeres en distintos períodos, dividiéndolas en tres grupos. A uno se le administró la hormona cuando el folículo tenía de 12 a 14 milímetros de diámetro; a otro grupo se le administró cuando el folículo medía de 15 a 17 milímetros, y al tercero cuando tenía 18 milímetros o más. Normalmente, la ovulación se produce cuando el folículo alcanza 20 milímetros, por lo que se suministró la pastilla a mujeres en distintas etapas cercanas a la ovulación, para observar qué ocurría. Los resultados arrojaron que cuando la pastilla se administraba mientras el folículo tenía de 12 a 14 milímetros la ovulación se inhibía en el 94% de los casos; si tenía de 15 a 17 milímetros, en el 91% de los casos, y si tenía 18 milímetros o más, en el 47% de los casos.

Estos resultados han sido corroborados por otros, realizados en diferentes países. Ellos permitirían explicar por qué la píldora no siempre es efectiva, ya que sólo actúa si logra inhibir la ovulación, y si la mujer retarda mucho su ingesta se produciría el embarazo; esto también explica que mientras más se retarde la ingesta menos probabilidades hay de que prevenga el embarazo.

La tercera hipótesis planteaba que el levonorgestrel, actuando en el endometrio, prevenía la implantación del blastocisto, lo que constituiría aborto. Esta hipótesis es más difícil de estudiar, ya que requeriría la ingesta de la píldora por un grupo de mujeres una vez producida la ovulación, para evitar el efecto de inhibición de la misma, y el suministro de un placebo a otro grupo, en iguales condiciones, para poder comparar el número de embarazos que se producen. En ese caso, si el número fuera mayor en el grupo placebo, necesariamente deberá concluirse que el levonorgestrel está interfiriendo con un proceso posterior a la ovulación, dándole gran apoyo a la hipótesis de que es abortivo; pero si el número de embarazos fuera el mismo en ambos grupos, necesariamente se deberá concluir que no hay interferencia cuando ya ha ocurrido la ovulación.

¹⁷ Los resultados del estudio se publicaron años mas tarde: Croxatto et al., *Contraception*, 70:442-50, 2004.

Para poder estudiar esta hipótesis el expositor realizó un estudio en individuos de la especie *Cebus Apella*, que es un mono que tiene ciclo menstrual, comparable con el de la mujer, pues compromete los mismos órganos, las mismas hormonas y los mismos procesos reproductivos. Cada una de las 12 hembras que formaban parte del estudio contribuyó con dos ciclos de apareamiento tratados con levonorgestrel y otros dos tratados con placebo. Luego se observaba el folículo que estaba creciendo en el ovario por medio de una ecografía y, cuando alcanzaba el tamaño previo a la ovulación, se la apareaba con un macho, lo que era confirmado con la presencia de espermatozoides en la vagina, y se administraba el placebo o el levonorgestrel. Quince días después se practicaba otra ecografía, para confirmar si había o no preñez, en cuyo caso se daba a la mona una droga para interrumpirla y, luego de un período de descanso, se la reincorporaba al estudio, hasta enterar cuatro ciclos de tratamiento.

En 24 ciclos tratados con placebo hubo 13 embarazos, los mismos que en los 24 ciclos tratados con levonorgestrel, por lo que la conclusión inevitable es que la administración del levonorgestrel, una vez producida la fecundación, no previno la preñez en esta especie y, por lo tanto, no es abortivo, no impide la implantación.

Al llegar a esta conclusión se inició un estudio en mujeres a fin de determinar la eficacia de la píldora administrada antes y después de la ovulación. Se trató a 99 mujeres que dieron una muestra de sangre inmediatamente antes de tomar levonorgestrel, para medir la hormona luteinizante, estradiol y progesterona, con el fin de establecer el día en que ocurría la ovulación en ese ciclo. Basándose en los datos hormonales se determinó el momento relativo de la ovulación y luego se aplicó la tabla de Wilcox. 51 de las 99 mujeres tuvieron la relación sexual en los días del periodo fértil, por lo que de acuerdo con la mencionada tabla se esperaban 7 a 8 embarazos, pero se produjeron sólo 3, de lo que se concluyó que el método tuvo una eficacia de 60,5% en la prevención del embarazo. Hubo 17 mujeres que tuvieron la relación sexual al final del periodo fértil que tomaron la píldora después de la ovulación, o sea, después de que, de ser el caso, hubiera ocurrido la fecundación. En este ciclo hubo 3 embarazos, de los 3,45 esperados, de lo que se concluyó que la píldora tomada después de la fecundación no impide la anidación. 34 mujeres que tomaron el levonorgestrel antes de la ovulación tuvieron la relación sexual más tempranamente en el período fértil; de los 4 a 5 embarazos esperados no hubo ninguno¹⁸, Es decir, la eficacia del método es altísima, si se toma antes de la ovulación.

Concluyó entonces el profesor Croxatto que el levonorgestrel previene el embarazo cuando impide la fecundación, y falla si se ingiere cuando ya es demasiado tarde para ejercer esa acción.

¹⁸ Novikova N, Weisberg E, Stanczyk FZ, Croxatto HB, Fraser IS. Contraception 75:112-8, 2007.

Nueva intervención del profesor del Departamento de Biología de la Universidad de Santiago de Chile, señor Horacio Croxatto.

En primer lugar, la atención de jóvenes en infraestructuras de salud diseñadas para atender a adultos no sirve. Por lo mismo, es absolutamente indispensable implementar servicios destinados específicamente a la atención de aquéllos. Tampoco sirven para la población joven de hoy los planes diseñados hace 40 años para poner a disposición de las mujeres métodos anticonceptivos.

Si se admite que la anticoncepción de emergencia no disminuye las tasas de aborto ni tiene utilidad como acción de salud pública, con el mismo criterio se podría sostener que los sermones dominicales de las iglesias tampoco han logrado disminuir las tasas de aborto, de lo que cabría concluir que son inútiles y no deben hacerse. Argumentó que para determinar si una intervención es efectiva o no, es necesario hacer un estudio específicamente diseñado al efecto, tener un grupo control, esto es, un segmento de población en que se interviene y otro en que no, para luego evaluar resultados. Nada de esto se ha hecho hasta ahora. Los datos señalados en sustento de la tesis que impugna son meras comparaciones de tasas de aborto en una determinada región del mundo, lo que no constituye un estudio científico, sino que son sólo estadísticas, que no sirven para sacar conclusiones.

Intervención del profesor de la Facultad de Medicina Universidad Católica de Chile, señor Patricio Ventura-Juncá.

El proyecto contiene elementos, como la paternidad responsable y la regulación de la fertilidad, que ya existen en la práctica, por lo que el análisis debe centrarse en lo nuevo que él aporta, como son los derechos sexuales y reproductivos, materia que debe definirse y ser objeto de una reflexión en profundidad, y la anticoncepción de emergencia.

Existen dos aspectos fundamentales a considerar. Uno dice relación con la justificación de la distribución facilitada de la píldora, como intervención de salud pública, y el otro con los aspectos ético y científico.

Los objetivos buscados por políticas de distribución masiva y facilitada de la píldora en otros países son disminuir el número de embarazos no deseados y reducir el número de abortos provocados. En cuanto a los resultados prácticos, los investigadores esperaban una reducción del 50% en ambos casos, sin embargo, se produjo un aumento de las tasas de aborto. Por ejemplo, en el Reino Unido la tasa aumentó de 11 por 1.000 en 1984 a 17,8 por 1.000 en 2004, en mujeres entre 15 y 44 años¹⁹. En el caso de Suecia, aumentó la

¹⁹ Fuentes: Glasier A, Emergency contraception. ¿Is it worth all the fuss? *BMJ* editorial 2006; 333:561.

tasa de abortos en adolescentes, de 17 por 1.000 en 1995 a 22,5 por 1.000 en 2001²⁰.

Enfrentado a estos resultados, el doctor Trussell, encargado de la investigación, decidió realizar una revisión sistemática de los estudios mejor diseñados en 10 países, grupo que comprende desde Estados Unidos hasta Zambia. En sus conclusiones señaló que “Contamos ahora con un número importante de investigaciones sobre los efectos del acceso facilitado a la anticoncepción de emergencia, de las cuales la más usada es el levonorgestrel. Esta información demuestra de manera convincente que el mayor acceso aumenta su uso. Sin embargo a la fecha ningún estudio ha mostrado que el acceso facilitado a estos métodos reduzca las tasas de embarazo no deseado o de aborto”²¹.

Una mujer que toma la píldora el día después de una relación potencialmente fecundante, no va a saber, en caso de que no quede embarazada, si lo que impidió fue la ovulación o la implantación, por lo que tendrá la duda de si se hizo o no un aborto.

El estudio que llevó a cabo el Cochrane Database of Systematic Reviews llega a las mismas conclusiones ya señaladas: como intervención de salud pública la anticoncepción de emergencia no reduce las tasas globales de embarazos no deseados²².

A las mismas conclusiones llegó la doctora Anna Glasier, en orden a que la contracepción de emergencia, como intervención de salud pública, no tiene efecto alguno en la disminución de embarazos no deseados ni de abortos.

En salud pública hay que dar respuesta a tres preguntas claves, la primera de las cuales se refiere a la eficacia de la píldora del día después para disminuir la probabilidad de aborto. La respuesta no se conoce, porque nunca se ha hecho un estudio controlado al respecto. Para probar el efecto clínico de un fármaco se debe administrar la droga a un grupo testigo y suministrar un placebo a

²⁰ Tyden T, Anelblom G, von Essen L, et al. No reduced number of abortions despite easily available emergency contraceptive pills. *Lakartidningen*, 2002; 99:4730-2.
K Edgardh, Adolescent sexual health in Sweden. *Sex. Transm. Inf.* 2002; 78; 352-356.

²¹ Raymond EG. and Trussell J. Population Effect of Increased Access to Emergency Contraceptive Pills, *Obstet. Gynecol.* 2007; 109:181-8.

²² Fuente : Polis CB., Schaffer K., Blanchard K., et al. Advance provision of emergency contraception for pregnancy prevention (full review). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007.

otro conjunto. Si los resultados son significativamente diferentes se puede llegar a conclusiones contundentes. Si no se puede realizar este tipo de experimento por razones éticas, debe buscarse la mejor evidencia, que es la vía seguida por el doctor Croxatto. Lamentablemente, este tipo de estudio no permite obtener el tipo de error. La segunda pregunta dice relación con la efectividad de la píldora; según lo demostrado con los estudios citados, es casi nula. Y a la tercera pregunta, si el gasto en que se incurre es razonable, la respuesta debe ser negativa desde que la eficacia del fármaco es exigua.

Subsisten incógnitas científicas y éticas; por ejemplo, qué sucede si se utiliza anticoncepción de emergencia de forma regular y cuales son los eventuales daños a que se exponen las usuarias en el futuro. Para darles respuesta sería necesario hacer un seguimiento a mujeres y adolescentes que ingieren habitualmente el levonorgestrel y determinar si se registran efectos nocivos.

Debe respetarse el derecho a la vida del ser humano en sus primeras etapas de desarrollo y el tema de fondo es cuándo comienza la existencia de un ser humano y desde qué instante se le reconoce el derecho a la vida.

En el análisis del efecto de la píldora del día después sobre la implantación debe tenerse en cuenta, como cuestión previa, que está científicamente comprobado que el individuo comienza con la fecundación, con la fertilización se inicia un nuevo organismo. Citó: "Todo ser humano comienza como un cigoto, el cual, alberga todas las instrucciones necesarias para construir el cuerpo humano, compuesto por alrededor de 100 trillones de células, una hazaña asombrosa"²³. El dogma previo, que postulaba que antes de la implantación sólo había un "montón de células", ha sido superado.

Los efectos de la píldora sobre la implantación son muy difíciles de estudiar, por razones científico técnicas y porque suscita reparos éticos, en tanto no exista forma certera de saber cuando un espermatozoide fecunda un óvulo.

El Preámbulo²⁴ y el Artículo Tercero de la Declaración Universal de los Derechos Humanos reconocen a todos los individuos los derechos a la vida, la libertad y la seguridad. La declaración de la UNESCO respecto del respeto a las personas que no pueden ejercer su autonomía, expresa: "Se habrá de conceder protección especial a las personas que carecen de la capacidad de

²³ Lodish H, Berk A et al. Molecular Cell Biology. W.H. Freeman & Company 6th edition 2008.

²⁴ Considerando 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.

consentimiento. Se deberán llevar a cabo únicamente actividades de investigación que redunden directamente en provecho de la salud de el o de ellos. Los individuos y grupos especialmente vulnerables deberán ser protegidos y se deberá respetar la integridad personal de dichos individuos”. Por lo tanto, en una persona con derechos no pueden realizarse investigaciones que no cedan en su exclusivo beneficio.

Ante esta situación, lo que hace el científico es revisar los estudios publicados, en cuanto a su nivel de evidencia. Ellos abarcan desde la investigación preclínica hasta los ensayos y estudios clínicos. En el primer caso, el nivel de evidencia es muy precario, ya que se trata de investigaciones hechas en laboratorio y en animales, con la finalidad de recolectar la información previa para iniciar los mencionados ensayos y estudios. En el caso de estos últimos, la evidencia aumenta en consistencia, en la medida que haya un grupo control y un número suficiente de participantes.

En la revista “Contraception” se publicó el último estudio realizado en la materia²⁵. En él, por primera vez, se evalúa la eficacia del levonorgestrel con la ovulación mejor precisada y según el día en que se tome el fármaco, es decir, se trata de medicina basada en la evidencia, lo que no se había hecho anteriormente. Este estudio tiene el problema de haber estimado la ovulación de acuerdo al ciclo menstrual, apreciación que es incierta, pero que puede tener valor cuando se trata de miles de mujeres, porque la dispersión tiende a concentrarse en la media. Se mide la eficacia tomando el día de la ovulación estimada por el día de inicio del ciclo.

Además, los autores reconocieron que “El pequeño número de participantes de nuestro estudio no nos permite hacer una afirmación definitiva sobre el hipotético efecto post fertilización de la píldora anticonceptiva”... y que “un estudio con mayor número de pacientes se requiere para probar nuestra hipótesis que el LNG tiene un gran efecto anticonceptivo cuando es tomado antes de la ovulación, pero después de ella no interfiere con eventos post fecundación.” El gran problema es que el número de participantes resulta esencial para el grado de evidencia científica que se obtenga, especialmente si se busca descartar el efecto negativo del fármaco. Por lo mismo, la investigación en comento no es una evidencia consistente, sin embargo, por el tema en discusión y porque existe evidencia, aunque sea pequeña, de un efecto negativo que puede afectar la vida, no es posible realizar más investigaciones.

Una segunda objeción fue que 18 mujeres que participaron en la investigación tuvieron la relación sexual 3 o 2 días antes de la ovulación y tomaron el levonorgestrel alrededor de los días de ovulación, por lo que es poco probable que ésta se bloqueara en el 100% de los casos. En consecuencia, nadie puede asegurar que no hubo

²⁵ Ver nota 18.

un efecto anti implantatorio, lo que pudo haberse dilucidado con una ecografía transvaginal, que no se hizo. Los autores del estudio dijeron que “No podemos excluir que haya un pequeño efecto post fecundación”... y “Coincidimos que nuestros resultados deben ser confirmados por estudios con mayor número de sujetos y uso de ecografía transvaginal”.

Entonces, si los propios investigadores reconocen que es necesario seguir estudiando para dilucidar el efecto sobre la implantación es la mejor prueba de que hay una duda razonable sobre el eventual efecto abortivo de la píldora del día después.

Finalmente, para ser validados, los estudios científicos deben ser publicados en revistas especializadas y no es aceptado usarlos como evidencia antes de esa publicación.

Terminó proponiendo a la Comisión agregar al final del artículo 3° la oración “Los fármacos mencionados deben cumplir con la norma constitucional y legal de no dañar ni poner en riesgo la vida del embrión humano en ninguna de sus etapas de desarrollo.”.

Intervención del Profesor de la Facultad de Ciencias Biológicas de la Universidad Católica de Chile, señor Manuel Santos.

Existe una nueva disciplina dentro de la medicina, que es la medicina basada en evidencia. Ésta se diferencia enormemente de la investigación básica, en la que se trabaja en laboratorios, con muestras pequeñas, que consideran los trabajos publicados en revistas científicas y se hace un meta análisis de los resultados publicados. En el tema en cuestión los resultados son categóricos, la introducción de métodos de anticoncepción de emergencia no conlleva una disminución de los embarazos no deseados ni de las tasas de aborto.

Si bien el posible efecto anti implantatorio de la píldora del día después no ha sido demostrado, tampoco ha sido descartado con seguridad.

El expositor y el profesor Ventura-Juncá intercambiaron cartas con el doctor Croxatto, a propósito de la publicación del estudio realizado por éste que se publicó en la revista Contraception. En su respuesta, los autores reconocieron que el estudio abarca un número muy reducido de mujeres y que no se puede descartar el efecto anti implantatorio. No se afirma que la píldora del día después sea abortiva, sino que existe una duda razonable al respecto, la que debe ser puesta en conocimiento público, a fin de que exista una decisión libre por parte de las personas; no es lícito esconder dicha información.

Intervención del Presidente del Colegio Médico de Chile A.G., doctor Pablo Rodríguez.

El Colegio Médico ha mantenido una postura de apoyo a las estrategias que aseguren la libertad de las personas para elegir el método de anticoncepción que deseen usar, de acuerdo a su conciencia y posición respecto del tema, y de respaldo a todos los métodos anticonceptivos, tradicionales o no, incluidos los naturales y la anticoncepción de emergencia

En relación con el acceso de los niños y adolescentes a esos métodos, el Colegio comparte lo que prescribe la Declaración de Ottawa, de la Asociación Médica Mundial²⁶, sobre Derechos del Niño a la Atención Médica, en la que se consagra el derecho a dicha atención y a la confidencialidad en la materia. El punto 18 de la Declaración prescribe que “El paciente niño lo suficientemente maduro como para ir a una consulta sin sus padres o representantes legales, tiene derecho a la vida privada y puede solicitar servicios confidenciales. Dicha solicitud debe ser respetada y la información obtenida durante la consulta o sesión de orientación no debe ser revelada a los padres o representantes legales, excepto con el consentimiento del niño o cuando el secreto del adulto puede ser conocido²⁷. Se excluye igualmente de la reserva el caso en que el médico tratante tenga buenas razones para concluir que el niño no acompañado no está capacitado para tomar una decisión informada sobre un tratamiento, o que sin intervención de los padres su salud se pondría en grave e irreversible peligro. En estos casos excepcionales el médico puede revelar a los padres o representantes legales información confidencial obtenida del niño durante una consulta. Sin embargo, primero debe dar a conocer al niño las razones de su decisión e intentar convencerlo que esté de acuerdo con ello”.

Para estos efectos, los conceptos “niño”, “niños maduros” o “jóvenes” corresponden al grupo etáreo entre los 14 y los 18 años de edad; no son mayores de edad pero, en su mayoría, tienen la capacidad de discernir y la suficiente madurez y autonomía para tomar decisiones en materia de salud en general, no sólo respecto de la anticoncepción de emergencia. Esta es la opinión generalizada entre los expertos y, salvo en situaciones excepcionales que el médico tiene la posibilidad de evaluar en cada caso, el límite inferior está en los 14 años.

Intervención del Director Nacional del Instituto Nacional de la Juventud (INJUV), señor Juan Eduardo Faúndez.

²⁶ Adoptada por la 50ª Asamblea General de dicha Asociación, en Ottawa, Canadá, en octubre de 1998.

²⁷ Se trata de los casos excepcionales en que la información obtenida en la consulta del adulto no queda protegida por la confidencialidad.

Desde hace algunos años el INJUV realiza encuestas con el fin de recabar información sobre lo que piensan y quieren los jóvenes chilenos. El tema en debate en esta Comisión incumbe a la juventud chilena, integrada por personas que toman decisiones; por tanto, su opinión debe ser escuchada.

El INJUV apoya el proyecto de ley, por considerarlo necesario, en la medida que facilita desarrollar planes para dar acogida y orientación a la juventud en materia de sexualidad.

Los jóvenes quieren tener una sexualidad responsable pero, al mismo tiempo, para desarrollarla aspiran a contar con las herramientas necesarias de información y de acceso. Es rol del Estado otorgarles una educación adecuada en materia de sexualidad y generar condiciones para que, como sujetos de derechos, puedan tener, independientemente de su condición económica, acceso a diferentes métodos anticonceptivos y a información ad hoc.

Para dar sentido al debate es crucial generar políticas de educación sexual integrales e intersectoriales, que involucren los conceptos de afectividad e igualdad de género.

Intervención de la Jefa (S) del Departamento de Estudios y Evaluación del INJUV, señora Heidi Fritz.

El punto de partida es que la juventud chilena de hoy piensa muy diferente a la de hace veinte o treinta años, y existe una importante divergencia entre lo que piensan los jóvenes y lo que conciben sus padres y madres.

De acuerdo a las cifras recogidas por el INJUV²⁸, del total de la población joven el 72% se ha iniciado coitalmente entre los 15 y los 29 años, correspondiendo un 40% de ese universo al tramo de los adolescentes, es decir, personas entre 15 y 19 años. El 10% tiene otras prácticas sexuales, que se definen como experiencias pre coitales, como caricias corporales, genitales, besos con lengua, sexo oral. Sólo un 18% de los jóvenes no ha tenido experiencia sexual alguna.

La edad de inicio de relaciones sexuales con penetración, en el caso de las mujeres, es de 18 años y de 17 años, en el caso de los hombres. Sin embargo, existen diferencias que dependen del nivel socioeconómico. En el nivel más bajo, estratos D y E, la edad en hombres es alrededor de los 16 años y de los 17 en las mujeres; en cambio, en el nivel ABC1 la edad en hombres es alrededor de los 17 años y de 19 en las mujeres.

Las relaciones sexuales juveniles se dan principalmente en el marco de la relación de pareja: el 67% de los

²⁸ Encuesta realizada el año 2007.

jóvenes tuvo su primera relación sexual con su pololo o polola, el 75% tuvo su última relación sexual con su pareja habitual y el 77% de las personas jóvenes tiene una sola pareja. Interrogados los jóvenes por el número de parejas sexuales que tuvieron en los últimos 12 meses, más del 70% respondió que sólo tuvo una, el 13% tuvo 2 y el 7,5% tuvo 3.

En cuanto al uso de métodos anticonceptivos, el 45% de los jóvenes los utilizó en su primera relación sexual y más de la mitad tenía entre 15 y 19 años. En cuanto a su empleo en la última relación sexual, los porcentajes aumentan a 72% y 67%, respectivamente. Es decir, a mayor experiencia aumenta también el uso de métodos anticonceptivos. Si estos datos se analizan en relación con el nivel socioeconómico, se constata que en los estratos D y E el uso de anticonceptivos es menor, de lo que se deduce que falta información o acceso a los recursos y servicios, aspectos fundamentales a la hora de evaluar las oportunidades de los jóvenes de escasos recursos para decidir libremente sobre su sexualidad.

Las cifras relativas a maternidad y paternidad juveniles revelan que el 37% de los jóvenes encuestados es madre o padre. En el tramo de 15 a 19 años, el 24% de las jóvenes son madres, es decir, una cuarta parte del total. De acuerdo a lo señalado por jóvenes madres la tercera razón para no estudiar es tener que dedicarse al cuidado de los hijos²⁹, circunstancia que también incide en mayor medida en los niveles socioeconómicos más bajos: 16% en sectores más vulnerables, versus 3% en el nivel ABC1. Un tercio de la población joven ha vivido la experiencia de un embarazo no planificado.

Respecto de las cuestiones valóricas, más del 60% de los jóvenes está de acuerdo con la distribución de la píldora del día después y casi el 50% de ellos aprecia el matrimonio como una institución para toda la vida. Más del 57% de la juventud chilena declara estar en algún tipo de relación de pareja³⁰, lo que evidencia una alta valoración de la misma, siendo la familia el aspecto más valorado por los jóvenes (80%). El 36% respondió que construir una buena familia o relación de pareja es lo más importante para ser feliz.

Intervención de la Presidenta de la Sociedad Chilena de Ginecología Infantil y de la Adolescencia, doctora Pamela Oyarzún.

Centró su exposición en el tema de la confidencialidad, que le toca directamente en su trabajo con adolescentes. La Sociedad que representa hace suyo el concepto de la Sociedad Americana de Ginecología, en orden a que la confidencialidad es un aspecto esencial en la atención de adolescentes, es una condición

²⁹ La primera causa informada es haber concluido los estudios y la segunda las dificultades económicas.

³⁰ El 28% de los encuestados pololea, el 18% vive con su pareja, el 8,7% "anda" con alguien y el 2,8% está comprometido para casarse.

sine qua non para promover que ellos acudan a consultar y para que entreguen información fidedigna, lo que es indispensable para otorgarles las mejores alternativas de cuidado.

Los profesionales que atienden adolescentes deben estar capacitados para educarlos a ellos y a sus padres, en relación al significado de la confidencialidad y sus límites, es decir, cuando se atiende a un paciente se le debe explicar que la confidencialidad es una relación de confianza entre él y el médico. Es un derecho del paciente y un deber del profesional, es un espacio confiable, en que el primero puede contar todo lo que le pasa, con la tranquilidad de saber que no será revelado, salvo que él mismo lo autorice. No se busca excluir a los padres, por el contrario, la idea es promover una comunicación efectiva entre padres y adolescentes, sin que ella constituya un impedimento para que el adolescente consulte y poder prestarle atención médica.

Los profesionales de la salud deben cautelar que sus procedimientos de atención se ciñan a principios de privacidad y confidencialidad. Los límites de la confidencialidad deben ser explicitados, se debe señalar al paciente que ella se romperá en caso de riesgo vital para él o para terceros, por ejemplo, si se detecta una ideación suicida, abuso sexual o se trata de enfermedades de notificación obligatoria, como algunas infecciosas.

Existen, sin embargo, impedimentos prácticos para garantizar estos principios, como son consultorios sin horarios especiales para atender adolescentes y otros en que las fichas de atención no son confidenciales y podrían ser vistas por alguien en situación de revelar a la familia la información en ellas contenida. La atención debe otorgarse en lugares u horarios distintos a los de los adultos, de preferencia en recintos escolares o en lugares de atención integral para adolescentes que se encuentren cerca del colegio y que involucren otras actividades, como las deportivas.

Los objetivos de la confidencialidad son: obtener información amplia y veraz, lo que incluye el examen físico y sus resultados; conocer las necesidades del adolescente sin interferencias y sin que haya duda de que se pueda divulgar lo dicho, a fin de estimar con exactitud el nivel de riesgo; precisar la historia clínica del adolescente, y realizar un mejor diagnóstico, para ofrecer en base a éste la orientación y tratamiento más apropiados.

Cuando se rompe la confianza, especialmente en los niveles sociales de mayor riesgo, disminuye la consulta adolescente, lo que es grave, porque se pierde la posibilidad de realizar un trabajo de orientación y protección de jóvenes que no tienen otro espacio de conversación.

Hay un estudio realizado en alrededor de cien colegios de Estados Unidos³¹, en el que se analizó las causas por las cuales los adolescentes no consultan médicos cuando padecen alguna patología, y se concluyó que en los casos de grupos de riesgo la ausencia de confidencialidad es una causa mucho más frecuente que en grupos de mejor nivel socioeconómico. El mismo estudio indicó que los hombres que no consultaban, por temor a la falta de confidencialidad, eran los que tenían mala relación con los padres, síntomas depresivos, ideación suicida o habían intentado suicidarse. En el caso de las mujeres los factores eran mala comunicación con los padres, antecedentes de actividad sexual, última relación sexual no protegida, infección de transmisión sexual, consumo de alcohol, síntomas depresivos, ideación suicida e intento de suicidio.

En Chile el 33% de los jóvenes entre 15 y 18 años ya ha iniciado actividad sexual. La edad de inicio más temprana depende del nivel socioeconómico. Los factores que influyen en esto son no tener un proyecto de vida, la conducta de los pares, la baja autoestima y los educativos, especialmente importantes en niveles bajos; además, generalmente hay un padre ausente y una madre que trabaja todo el día y es mayor el número de hijos; por otra parte, la necesidad de afecto induce a las niñas a ser madres jóvenes.

En 2004 se realizó una Encuesta Mundial de Salud en Escolares³², en que la población objetivo fueron estudiantes entre 13 y 15 años de edad. Chile estuvo incluido. Sus resultados mostraron que entre el 14% y el 17% de los alumnos encuestados había tenido relaciones sexuales alguna vez en su vida; entre el 7 y el 12% de los hombres las tuvieron por primera vez antes de los 13 años; en las niñas la cifra oscila entre el 1% y el 3%, y el porcentaje de uso de condón en la primera relación no excedía del 7%, lo que revela una falencia en la educación.

En lo relativo a atención en salud, el 28% de los jóvenes de nivel socioeconómico E declaró no tener acceso a algún sistema de prestaciones, porcentaje que es sólo el 4,9% en el nivel ABC1. Se constata inequidad en calidad y oportunidad de la atención de salud, sin consideraciones de género.

En el quintil superior, el uso de anticonceptivos por jóvenes entre 15 y 18 años de edad sobrepasa el 70%, mientras que en el quintil inferior no supera el 38%. Entre las causas de la diferencia

³¹ J.A. Lehrer et al. / Journal of Adolescent Health 40 (2007) 218 –226.

³² Es una iniciativa de la Organización Mundial de la Salud, “Global school-based student health survey” (GSHS), para la vigilancia de factores de riesgo y protectores en escolares, implementada en más de 20 países en el mundo, 7 en Latinoamérica y el Caribe.

está que para las jóvenes del quintil inferior es necesario concurrir al consultorio, hacer la fila, encontrarse con gente conocida y probablemente con profesionales que no tienen claras las normas de confidencialidad y no saben discernir si deben o no informar a los padres de la menor.

La entrega a adolescentes de la píldora del día después no es la solución a los problemas señalados, pero constituye sin duda una gran ayuda. Cerrar la puerta a un adolescente perjudicará especialmente a los jóvenes de escasos recursos, ya que en los niveles superiores el acceso al método es mucho más fácil.

La confidencialidad significa dar un espacio privado, seguro y confiable a los adolescentes, no significa aprobar o reprobar comportamientos; ella permite detectar conductas de riesgo y apoyar y orientar en la toma de decisiones; proporciona un espacio donde es posible dar soluciones, educar y hacer consejería en salud en general y en salud sexual y reproductiva en particular. Está demostrado que los adolescentes que tienen mayor riesgo son aquellos que cuando sienten que no tienen garantizado este derecho no consultan; con confidencialidad garantizada el 50% de los adolescentes consulta acompañado por o con conocimiento de sus padres, lo que permite incentivar una adecuada comunicación entre ellos y lograr el fin último, que es que padres y profesionales de la salud brinden apoyo a la salud y bienestar de los adolescentes.

Intervención de la Presidenta de la Corporación Humanas, señora Paula Maturana.

Durante la tramitación del proyecto de ley en debate se ha prestado escasa atención al tema del conjunto de compromisos asumidos por el Estado de Chile al ratificar tratados internacionales, compromisos que deben considerarse en tanto se discute el reconocimiento de un conjunto de derechos de las personas y de obligaciones correlativas del Estado.

Es la propia Constitución Política de la República, en su artículo 5°, inciso segundo, la que obliga a todos y cada uno de los órganos del Estado a respetar y promover los derechos garantizados por tratados internacionales vigentes en el país, entre los cuales se encuentran el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (PIDCP); el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; la Convención Americana de Derechos Humanos (CADH); la Convención para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer; la Convención sobre Derechos del Niño, entre otros.

De los derechos reconocidos en estos instrumentos internacionales, que se relacionan con la iniciativa de ley en

discusión, cabe mencionar los siguientes: el derecho a la vida, que de acuerdo al Pacto de Derechos Civiles y Políticos es inherente a la persona humana³³; el derecho a la integridad física y síquica; el derecho a no sufrir tortura y otros tratos crueles, inhumanos o degradantes; el derecho al más alto nivel posible de salud física y mental, consagrado en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales³⁴; en relación con el derecho precedentemente enunciado, la Convención para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer impone a los Estados la obligación 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”³⁵, y la de garantizar el “acceso al material informativo específico que contribuya a asegurar la salud y el bienestar de la familia, incluidos la información y el asesoramiento sobre planificación de la familia”³⁶; respecto del acceso a la salud, la Convención sobre Derechos del Niño señala como una de las obligaciones de los Estados desarrollar la atención sanitaria preventiva, la orientación a los padres y la educación y servicios en materia de planificación de la familia³⁷; el derecho a gozar de los beneficios del progreso científico y de sus aplicaciones; el derecho a la libertad y seguridad personales; el derecho a la libertad de pensamiento y de expresión; el derecho a la libertad de conciencia y de religión; el derecho a la honra y la protección de la intimidad; la Convención para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer asegura, en el artículo 16.1, letra e, el derecho de hombres y mujeres a decidir libre y responsablemente el número de sus hijos y el intervalo entre los nacimientos y a tener acceso a la información, la educación y los medios que les permitan ejercer estos derechos.

Todos los derechos a que se ha hecho referencia se encuentran acogidos en el proyecto de ley en debate y todas las personas son iguales ante la ley y tienen derecho a igual protección de la misma³⁸, sin discriminación de ninguna especie.

El desarrollo progresivo del Derecho Internacional de los Derechos Humanos ha reconocido los derechos sexuales y reproductivos, como aquellos que permiten a todas las personas, sin discriminación ni bajo alguna forma de coerción o violencia, tomar decisiones y ejercer plenamente su sexualidad como fuente de desarrollo personal, así como decidir libremente sobre la reproducción, contando para ello con la información, los medios y los servicios que lo permitan.

³³ Artículo 6.1.

³⁴ Artículo 12.1.

³⁵ Artículo 12.1.

³⁶ Artículo 10 letra h.

³⁷ Artículo 24.2 letra f.

³⁸ PIDCP, Art. 26.

Es especialmente relevante la jurisprudencia de los diversos organismos de las Naciones Unidas encargados de vigilar el cumplimiento de los tratados internacionales, tanto en lo referido a las recomendaciones generales formuladas por los Comités respecto de la correcta interpretación que debe darse a cada uno de los derechos, como en lo atinente a las recomendaciones particulares dirigidas a los Estados, en ejercicio de la facultad de supervigilar el cumplimiento de las obligaciones que pesan sobre éstos.

El Comité de Derechos Humanos³⁹ ha señalado que todos los Estados, a fin de cumplir con la obligación de garantizar el derecho a la vida, se encuentran obligados a ayudar a la mujer a prevenir embarazos no deseados, para que no tengan que recurrir a abortos clandestinos que pongan en peligro su vida⁴⁰.

Por otra parte, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, en la Observación General número 14, sobre el derecho a la salud, ha señalado claramente que éste comprende el control del propio cuerpo y la libertad sexual y reproductiva, debiendo los Estados brindar información y educación sobre salud sexual y reproductiva, así como servicios que incluyan la regulación de la fecundidad, eliminando las barreras que existan.

El Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, interpretando el correcto sentido y alcance del derecho a la salud, ha señalado que dentro de las obligaciones estatales se encuentra la de garantizar la salud sexual y reproductiva, asegurando el acceso universal a servicios de calidad; que debe darse prioridad a la prevención de embarazos no deseados, mediante la planificación de la familia y la educación sexual, y que los servicios deben asegurar los derechos a la autonomía, intimidad, confidencialidad y consentimiento informado. En cuanto a los derechos de los adolescentes de ambos sexos, el Comité ha señalado que debe otorgarse especial atención a la educación, información y asesoramiento sobre métodos de regulación de la fecundidad y prevención de enfermedades de transmisión sexual, respetando sus derechos a la intimidad y confidencialidad.

En Chile se observa un significativo progreso respecto del reconocimiento y protección de los derechos sexuales y reproductivos, sin embargo, los desafíos que existen son de suma relevancia, por lo que debe tenerse en cuenta lo señalado por los

³⁹ Organismo de las Naciones Unidas encargado de vigilar el cumplimiento del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos.

⁴⁰ Comité de Derechos Humanos (2000). Observación General No. 28, Comentarios generales adoptados por el Comité de los Derechos Humanos, Artículo 3 - La igualdad de derechos entre hombres y mujeres, 68º período de sesiones, U.N. Doc. HRI/GEN/1/Rev.7 at 207 (2000). Párrafo 10.

organismos que han revisado la situación nacional respecto del cumplimiento de estos tratados internacionales.

En mayo de este año el Consejo de Derechos Humanos realizó en Chile el Examen Periódico Universal e incluyó entre sus recomendaciones destinadas a asegurar la vigencia plena de los derechos fundamentales en el país, la de mejorar la situación legislativa de los derechos sexuales y reproductivos⁴¹.

Con anterioridad, en el año 2007, el Comité de Derechos Humanos había señalado que “El Estado Parte debería modificar su legislación de forma que se ayude a las mujeres a evitar embarazos no deseados y que éstas no tengan que recurrir a abortos clandestinos que podrían poner en peligro sus vidas”⁴².

Asimismo, el Comité de Derechos del Niño, en abril de 2007, hizo presente que, aunque se ha avanzado en el plano de la educación sexual en las escuelas, le inquietaba la alta tasa de embarazo en la adolescencia, y recomendó al Estado promover y garantizar el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva a todos los adolescentes, en particular en las escuelas, así como servicios de orientación y apoyo psicológico y de atención de la salud que sean confidenciales y sensibles a los problemas de los jóvenes⁴³.

A su turno, el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, en el año 2006, manifestó su preocupación respecto de la alta tasa de embarazo adolescente y de la escasa edad que tienen las niñas al quedar embarazadas, como también respecto de la insuficiencia del reconocimiento y protección de los derechos relacionados con la salud reproductiva de la mujer en Chile, y recomendó al Estado adoptar “medidas concretas para mejorar el acceso de la mujer a la atención de la salud, en particular los servicios de salud sexual y reproductiva” y fortalecer las providencias destinadas a la prevención de los embarazos no deseados, en particular haciendo que sean más ampliamente disponibles y asequibles todos los tipos de anticonceptivos seguros y métodos de planificación de la familia, sin ninguna restricción, y aumentando los conocimientos y la toma de conciencia entre mujeres y hombres acerca de la planificación de la familia⁴⁴.

⁴¹ Recomendación N° 22.

⁴² Comité de Derechos Humanos (2007). Examen de los informes presentados por los Estados Parte, con arreglo al artículo 40 del Pacto. Observaciones finales del Comité de Derechos Humanos CHILE, 89° período de sesiones.

⁴³ Comité de los Derechos del Niño (2007). Examen de los informes presentados por los estados partes con arreglo al artículo 44 de la Convención. Observaciones finales CHILE, 44° período de sesiones, 23 de abril de 2007.

⁴⁴ Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (2006). Observaciones finales del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer: Chile, 36° período de sesiones, 7 a 25 de agosto de 2006.

El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, al analizar el cumplimiento de dichos derechos en el país, recomendó al Estado de Chile robustecer las medidas encaminadas a promover los programas de educación sobre salud sexual y reproductiva, a dar a conocer mejor los métodos anticonceptivos seguros y a aumentar el acceso a ellos⁴⁵.

A partir de la ratificación de los tratados internacionales anteriormente referidos, el Estado de Chile ha asumido un conjunto de obligaciones, cuales son, respetar, garantizar, proteger y promover esos derechos fundamentales. Por lo tanto, no los puede violar por acción u omisión de sus agentes y debe organizar el aparato público a fin de que se garantice a todas las personas, sin discriminación, las condiciones para el libre y pleno ejercicio de dichos derechos y libertades fundamentales.

Los Estados Parte de la Convención Americana de Derechos Humanos se comprometieron a respetar y a garantizar a todos los individuos los derechos y libertades reconocidos en ella, así como su libre y pleno ejercicio, sin discriminación alguna por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opiniones políticas o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición social⁴⁶.

El Estado de Chile se ha obligado también a adoptar las disposiciones de derecho interno, legislativas u otras, tendientes a hacer efectivos tales derechos. Así, por ejemplo, el Artículo 2.2 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos indica que “Cada Estado Parte se compromete a adoptar, con arreglo a sus procedimientos constitucionales y a las disposiciones del presente Pacto, las medidas oportunas para dictar las disposiciones legislativas o de otro carácter que fueren necesarias para hacer efectivos los derechos reconocidos en el presente Pacto y que no estuviesen ya garantizados por disposiciones legislativas o de otro carácter”.

El proyecto en debate se enmarca en el cumplimiento de las obligaciones internacionales que el Estado de Chile ha asumido mediante el acto soberano de firmar y ratificar los tratados internacionales señalados, debiendo respetar y garantizar los derechos consagrados en ellos, mediante la adecuación de la normativa nacional.

La iniciativa se orienta a cumplir las obligaciones internacionales asumidas por el Estado de Chile mediante el reconocimiento, en la legislación nacional, de un conjunto de derechos de las personas y de las respectivas obligaciones estatales, que apunte a

⁴⁵ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (2004). Observaciones finales del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales : Chile. 26/11/2004, 33º período de sesiones, 8 a 26 de noviembre de 2004.

⁴⁶ Art. 1.1.

garantizar, sin discriminación de ninguna índole, el derecho al nivel más elevado de salud física y mental; el derecho a gozar de los beneficios de los progresos científicos y sus aplicaciones, como es la anticoncepción de emergencia; el derecho a la integridad física y síquica, en el marco del respeto a la vida privada y la intimidad; la libertad de pensamiento y expresión, y la libertad de conciencia y religiosa. Especialmente se orienta a asegurar el derecho a decidir el número y espaciamiento de los hijos, en forma responsable y autónoma, contando para ello con la información, educación, servicios y métodos requeridos.

Los antecedentes referidos llevan a la Corporación Humanas a avalar la adopción de la presente iniciativa y a formular un llamado a los legisladores, en orden a su pronta aprobación.

Intervención de la Coordinadora del Observatorio Género y Equidad, señora Teresa Valdés.

El Observatorio está formado por veinte instituciones de larga trayectoria en los temas de equidad de género y situación de la mujer. No es menor que se discuta este proyecto en presencia de las mujeres de la sociedad civil, principales actrices en el tema en debate. Han sido las organizaciones de mujeres las que han venido planteando estos temas, desde su perspectiva de vida y de sus propias necesidades.

Los derechos que forman parte del contenido substancial del debate en torno a este proyecto han sido reclamados en Chile desde la década de los años treinta del siglo pasado. El programa del Movimiento Pro Emancipación de las Mujeres, publicado el 8 de noviembre de 1935, señala que se luchará en el orden biológico por emancipar a la mujer de la maternidad obligada, mediante la divulgación de métodos anticoncepcionales y por una reglamentación científica que permita combatir el aborto clandestino que tan graves peligros encierra.

La masificación del uso de métodos anticonceptivos modernos, a partir de la década de los años sesenta, debe ponderarse como uno de los hechos culturales y sociales más relevantes del Siglo XX, por cuanto permitió separar el ejercicio de la sexualidad de las consecuencias reproductivas, con lo que se produjo un cambio radical en la vida de las mujeres, que introdujo un factor de modernización en los procesos de individuación, de desarrollo de la identidad, en un mundo que se globaliza y en el que existen muchas oportunidades para que cada uno desarrolle, a partir de la libertad, diversos cursos de acción. Desde entonces, se hace visible la necesidad de definir y garantizar derechos específicos en el ámbito de la sexualidad y la reproducción, que permitan a las personas gozar sin riesgo de su

sexualidad, actividad enriquecedora para el desarrollo de la personalidad, la comunicación y las relaciones personales y afectivas.

Estos derechos se vinculan con los derechos a la salud, a la libertad individual, a la libertad de pensamiento, de conciencia y de religión, de opinión y expresión, a la información y educación, a la decisión de formar o no una familia, a vivir libre de maltrato y discriminación por edad, etnia, género, orientación sexual o de cualquier otro tipo.

La primera formulación de estos derechos se produce en 1968, en la Conferencia de Derechos Humanos de Teherán. Después, en 1974, en la Conferencia de Bucarest se estableció la obligación del Estado de asegurar el cumplimiento de dichos derechos a las parejas y de entregar información y acceso al control de la fecundidad. Lo más significativo del proceso que siguió fue poner en el centro del debate a la mujer como sujeto autónomo, con responsabilidad, capacidad de decisión y control sobre su cuerpo, su sexualidad y su fecundidad. Hoy se indica a los varones como corresponsables de la capacidad reproductiva y de prevención de enfermedades de transmisión sexual y del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA).

Desde 1967 los gobiernos chilenos han desplegado políticas y programas que se han reflejado en el acceso a la anticoncepción de mujeres mayores de quince años, con educación proporcionada en los consultorios de salud

Luego de la dramática interrupción de 1973, la educación en sexualidad y afectividad fue reincorporada en los programas escolares, a fines de los años ochenta. Después se constatan éxitos parciales, en un contexto de cambios culturales muy dramáticos, que se manifiestan en la vida sexual, en las relaciones afectivas, en el lugar que ocupa la sexualidad en esas relaciones y en la alta aprobación de las relaciones sexuales pre matrimoniales y del inicio bastante precoz de las mismas.

La ley propuesta no hace más que consagrar legalmente y profundizar lo que los programas y normas de salud pública y las políticas de educación sexual vienen haciendo desde hace décadas.

El concepto de “inequidad demográfica” acuñado la CEPAL señala que en América Latina, a las desigualdades de clase, etnia, raza y lugar de residencia, se suma el hecho de que no todos los sectores tienen acceso a la información y a los medios para decidir sobre la propia reproducción y la prevención de enfermedades de transmisión sexual y SIDA.

Cifras que confirman porfiadamente lo expuesto son: el 16% de los partos corresponde a mujeres menores de 19 años de

edad; la tasa de embarazo en menores de 15 años ha aumentado, en 2005 hubo 54,9 nacimientos por mil mujeres entre 15 y 19 años; cerca del 80% de los nacimientos de madres adolescentes se concentra en los sectores de mayor pobreza y muchas de ellas sufren violencia sexual. Las adolescentes se embarazan crecientemente de padres de su misma edad y los planes y oportunidades de ambos se ven severamente afectados, como lo revelan las cifras de abandono escolar.

Las mujeres, tanto como personas cuanto como integrantes de la sociedad, deben acceder a las ventajas que proporcionan el derecho a la maternidad voluntaria y la libertad reproductiva, para lo cual necesitan gozar de pleno acceso a la más amplia gama de métodos anticonceptivos, incluida la anticoncepción de emergencia.

Muchos estudios revelan las consecuencias negativas de la maternidad no deseada y sus secuelas sociales, que llenan diariamente las páginas de los diarios. Al margen de la censura a la noción de “hijos no deseados”, que han realizado personeros eclesiásticos, las mujeres conocen la realidad existente y no emiten juicios morales al respecto, sino que les interesa afirmar positivamente el derecho de todos los niños y niñas a nacer habiendo sido deseados. Otro tanto se puede decir de la paternidad voluntaria y de las consecuencias negativas de la paternidad no deseada, especialmente el abandono de la madre y de los hijos que colapsa a los tribunales de familia. Para hacer efectivas estas realidades es necesario ejercer una sexualidad responsable, que sólo es posible si desde la infancia se imparte formación y educación para la afectividad y la sexualidad, de acuerdo con cada etapa del desarrollo de las personas.

En 2004 el Ministerio de Salud constituyó una Comisión para evaluar la política de educación sexual definida el año 1994 y para recibir recomendaciones al respecto. Se invitó a un grupo de expertos, del que la expositora formó parte, que evacuó un informe⁴⁷ que concluyó en que la educación sexual es un derecho de todo ser humano y que el Estado, como garante del derecho a una educación de calidad con equidad, debía asegurar a todos los estudiantes del país una educación sexual progresiva, gradual, que respetara las distintas etapas de desarrollo de los estudiantes, que se hiciera cargo de sus necesidades de aprendizaje, que apoyara a las familias en las tareas formativas y que, en definitiva, ayudara a formar nuevas generaciones con la capacidad de integrar su sexualidad como una dimensión esencial de su persona.

Se estableció en dicho informe que el marco jurídico de la política de educación sexual es la Convención Internacional

⁴⁷ Ministerio de Educación, año 2005 “Informe Final, Comisión de Evaluación y Recomendación sobre Educación Sexual, Gobierno de Chile. Serie Bicentenario. Santiago de Chile.

de los Derechos del Niño y sus Recomendaciones, reconociendo que la autonomía progresiva de los niños, asociada a su capacidad de discernimiento, dejan abierta la posibilidad de que no necesariamente ellos compartan las opiniones de sus padres. Se incluyó también en dicho informe un plan de acción, con metas y objetivos estratégicos, según el cual el Estado asumía la obligación de entregar educación sexual oportuna y veraz, conforme a una política centrada en los niños y adolescentes que viven en distintos contextos y que tienen distintas necesidades. Se creó una Secretaría Técnica y un plan de educación que ha perdido prioridad en los últimos años.

Uno de los debates más importantes que tuvo lugar en el seno de esa Comisión fue el relativo al embarazo adolescente, que no se había reducido, a pesar de las políticas existentes, dando pie para que se las calificara como un fracaso. Semejante argumentación es falsa, ya que nunca el objetivo de una política de educación sexual ha sido la reducción del embarazo adolescente, sino la formación en valores para la vida. Gran parte de los profesores carece de habilidades pedagógicas para abordar el tema y, además, temen las opiniones de padres y apoderados, por lo que no entregan a los educandos herramientas efectivas para ejercer la sexualidad de forma responsable; lo mismo pasa en las familias, salvo casos de excepción.

La investigación también dio cuenta de la contradicción que existe entre los discursos sobre responsabilidad y la nula entrega de herramientas para ejercerla.

Estudios realizados con grupos de adolescentes de barrios populares ponen de manifiesto que en el colegio se les indica lo que tienen que hacer, pero que carecen de posibilidades prácticas de acceder a la anticoncepción.

El Observatorio Género y Equidad apoya plenamente el proyecto en discusión, en todas sus partes, incluida la anticoncepción de emergencia. Se debe reanudar la educación sexual y reproductiva en los consultorios y en los Centros de Salud Familiar urbanos y rurales; retomar el Plan Nacional de Educación en Sexualidad y Afectividad que duerme en el Ministerio de Educación e implementarlo con recursos suficientes en todas las comunas del país, impartiendo formación a padres, madres y profesores; implementar el servicio de información y orientación sobre salud sexual y reproductiva en los colegios, que incluya el acceso a servicios de salud amigables para los adolescentes, dotándolos de espacios especiales que faciliten la confidencialidad y la consulta de los adolescentes, para que puedan actuar responsablemente.

Respecto de una observación del Honorable Senador señor Kuschel, acerca de la falta de referencias a la familia y a

la educación familiar, expresó que incorporar a los padres en la educación afectiva de los hijos es un aspecto importantísimo, pero es necesario educar también a los progenitores, ya que por la brecha en la educación sexual que se produjo durante la década de los años 70 y 80, se generó un desconocimiento importante y extendido sobre el tema. Con ocasión de la encuesta a que ha se hecho referencia, hubo establecimientos educacionales que se negaron a realizarla, porque los padres se opusieron a que sus hijos hablaran de educación sexual.

Intervención del Presidente de la Asociación Acción Familia, señor Juan Antonio Montes.

La iniciativa en debate no presenta carácter científico ni médico. El motivo que la inspira no es la reposición de la píldora del día siguiente, sino que incorporar los derechos sexuales y reproductivos a la legislación chilena, fundamentados en razones ideológicas inspiradas por una nueva concepción de los derechos humanos. De aceptarse tal predicamento, necesariamente se continuará con la aceptación de otras prácticas contrarias a la moral y a las buenas costumbres, como el aborto y las uniones homosexuales.

El empeño puesto por el Gobierno en reponer la política de difusión de los medios anticonceptivos cuestionados y objeto de fallos de la Corte Suprema y del Tribunal Constitucional que han rechazado su aplicación, especialmente la píldora anticonceptiva llamada de emergencia, suscita graves dudas. Esa política irrespeta los principios de libertad e igualdad, por lo que lo que resulta importante entender la lógica del proyecto y discernir qué es lo que realmente se busca con su aprobación.

El foco está puesto en los derechos sexuales y reproductivos. El Programa de Gobierno de la Presidenta Bachelet plantea el asunto en los siguientes términos: “Desarrollaremos programas nacionales de atención en salud sexual y reproductiva especiales para adolescentes. Repondremos en la agenda legislativa el proyecto de ley marco sobre derechos sexuales y reproductivos”.

Entonces, lo importante es entender cómo este proyecto marco abre las puertas al aborto, a través del establecimiento de tres principios.

El primer principio es el derecho al completo bienestar biológico vinculado a la sexualidad y a la reproducción, que no se trata solamente de la ausencia de enfermedades ni de un asunto meramente médico, sino de una noción integradora de las múltiples facetas humanas comprendidas en las decisiones, comportamientos y vivencias sexuales y reproductivas⁴⁸. Esto demuestra que el proyecto tiene poco que ver con salud, sino más bien con una concepción de los

⁴⁸ Artículo 7 del Proyecto Marco de Derechos Sexuales y Reproductivos, Boletín N° 2608-11.

derechos humanos llamados de “tercera generación”, que separa la sexualidad de la reproducción, como cosas completamente diferentes.

El segundo principio se refiere al derecho a decidir libremente sobre el ejercicio de la sexualidad y el control corporal, lo que podría ser una remisión al uso de la anticoncepción de emergencia o de otros métodos, para evitar el embarazo. El derecho a decidir sobre el propio cuerpo es un sofisma empleado por todos los grupos abortistas, para decir que el niño que está por nacer es análogo a un tumor de la madre y, por lo tanto, parte de su cuerpo, por lo que la madre podría eliminarlo, sin responsabilidad penal por homicidio.

El tercer principio es el establecimiento de servicios de prevención del embarazo no deseado, que incluyen el uso de los llamados anticonceptivos de emergencia.

Para entender lo que los redactores de la iniciativa entienden por cada uno de estos principios corresponde ahondar en el concepto de bienestar biológico, a propósito del cual la Doctora Isabel Matamala, que fue una de las redactoras del Proyecto de Derechos Sexuales y Reproductivos y de las Normas Nacionales sobre Regulación de la Fertilidad, señaló: “Para mí todo aborto es terapéutico, yo preferiría que en adelante pudiésemos hablar del aborto reglamentado, que es despenalizarlo cuando esté en peligro la vida o la salud de la madre”⁴⁹.

Por su parte, doña Josefina Hurtado, también redactora del proyecto y coordinadora del Foro de Derechos Sexuales y Reproductivos, ha manifestado que “la píldora para el día siguiente ha sido ideada para los países en que el aborto quirúrgico no es legal como forma de evitar el embarazo no deseado”... “Lo que decimos es que todo lo relativo a la salud sexual y reproductiva debe ser visto desde las necesidades específicas de los individuos, las que la Conferencia de El Cairo puso en el centro de todas las políticas de población. Y en ese contexto de las personas lo que surge es que el aborto debe ser despenalizado en Chile”⁵⁰.

Las opiniones citadas demuestran que lo que se busca es evadir la ley que penaliza el aborto, como queda demostrado en la redacción de cada uno de los proyectos mencionados y de las normas de regulación de la fertilidad.

La anticoncepción de emergencia fue planteada por primera vez por la entonces Ministra Directora del SERNAM, señora Adriana Delpiano. Consultada respecto de los acuerdos internacionales para eliminar cualquier forma de discriminación contra la mujer –

⁴⁹ Cita de El Mercurio 27 de junio de 1999 “El Choque Cultural”.

⁵⁰ Referencia al Documento “El Cairo + 5”, El Mercurio 27 de junio de 1999 “El Choque Cultural”.

Convención que no ha sido ratificada por Chile—, respondió que “Va a haber dos temas interesantes a debatir, uno es la esterilización y dos esta especie de bomba anticonceptiva que es la píldora del día siguiente. Si es abortiva o no, yo no lo sé y el Ministerio tendrá que fijar la gama de posibilidades”. Llama la atención que una Ministra de Estado declare que desconoce si la píldora es o no abortiva y se desinterese de ello, y que se afirme que el Ministerio determinará si lo es, en circunstancias que en Chile existe una ley que penaliza las conductas abortivas. Al fijar el Ministerio la gama de métodos anticonceptivos, algunos fueron objetados por los tribunales de justicia y por el Tribunal Constitucional. Sin embargo, por medio del proyecto en debate el Gobierno repone lo mismo que se ha venido discutiendo desde el año 2006.

Ilustra mejor la mentalidad que está detrás de esta propuesta legislativa la llamada “Agenda sobre sexualidad y derechos humanos en Chile”, que describe con detalle el marco conceptual de los derechos sexuales y reproductivos. Sus principios “freudianos” se explicitan en el libro “Hacia una agenda sobre la sexualidad y los derechos humanos en Chile”, algunos de cuyos párrafos manifiestan textualmente lo que sigue: “La realización de este principio de individualidad obliga a promover decisiones informadas y eliminar la enajenación por parte del personal de salud del poder de decisión de las mujeres sobre su cuerpo”. Es decir, esas decisiones de la mujer en relación con su cuerpo en período de embarazo no estarían sujetas a ley alguna. El libro da ejemplos de uso de métodos anticonceptivos y métodos para provocar abortos. La publicación en comentario también afirma que “El embarazo no deseado, pone en cuestión la construcción de individualidad e identidad de las mujeres, el embarazo las somete a una forma opresiva y desgastante de corporeidad”.

En una de las exposiciones anteriores se aludió al “derecho a nacer habiendo sido deseado”. Cabe preguntarse qué pasa con el derecho a nacer de los que no fueron deseados; la salida implícita es el aborto. Todo ese discurso está en la lógica de que el aborto debe ser despenalizado y este proyecto pone las bases legales para la legalización del aborto.

Discutir este proyecto en la Comisión de Salud no es lo más idóneo, por los conceptos ideológicos que están detrás de los llamados derechos sexuales y reproductivos. El concepto de “familia” no está incorporado en los marcos señalados, sino que se habla de “las familias”. A este respecto señaló que es clarificador de este tipo de discurso lo expresado por la ex Ministra de MIDEPLAN, señora Clarisa Hardy, quien las definió como “núcleos de relaciones de afecto que comparten espacio y presupuesto”.

Los presupuestos antropológicos y sociológicos del proyecto son falsos. Se habla de explosión demográfica, cuando estamos viviendo un invierno demográfico. Se habla de derecho a

información y orientación con respeto a las creencias y valores y después, en la norma sobre regulación de la fecundidad, se fijan los criterios de la orientación, sin consideración alguna por los valores católicos o cristianos, sino imponiendo una visión desde el Estado, para determinar esa orientación. Se habla también del ejercicio de una sexualidad responsable y que la píldora permitiría disminuir los abortos clandestinos y el embarazo no deseado, cuando existe vasta literatura que demuestra que en todos los países europeos en que este modelo se ha aplicado el resultado obtenido ha sido exactamente el contrario. Se habla también de igualdad reproductiva, de que el proyecto solucionaría el tema de la libertad por medio de la igualdad entre sectores socioeconómicos, en circunstancias que el Gobierno, al mismo tiempo que repone el tema de la píldora, obliga a las farmacias a distribuirla, bajo pena de multas millonarias. Esto demuestra que el tema de la pobreza no pasa de ser un mero argumento para imponer la píldora, porque bastaría que se prohibiese su venta en farmacias y su distribución por los organismos públicos, para que desapareciera la inequidad.

La aprobación de este proyecto sería la demolición definitiva de la familia como base de la sociedad. Él no presenta carácter científico ni médico y contraviene el fallo del Tribunal Constitucional, al intentar reponer una medida administrativa ya objetada. Por las razones expuestas, Acción Familia solicitó a la Comisión rechazar el proyecto y que la Comisión de Constitución, Legislación, Justicia y Reglamento revise su constitucionalidad.

Intervención del representante de la Sociedad Chilena de Obstetricia y Ginecología Infantil y de la Adolescencia, doctor Ramiro Molina.

El proyecto contiene dos artículos sobre derechos y uno que consagra deberes. El artículo 1° reconoce el derecho a recibir información y orientación confidencial sobre regulación de la fertilidad, infecciones de transmisión sexual, afectividad y sexualidad, de acuerdo a las creencias o formación de cada uno. El artículo 2° contempla el derecho a elegir los métodos de regulación de la fertilidad femenina o masculina y a acceder libremente a ellos. El artículo 3° establece el deber del Estado de garantizar estos derechos y de asegurar la disponibilidad de los métodos de control de la fertilidad.

El proyecto refrenda el desarrollo alcanzado en Chile en los pasados 45 años, lo que se evidencia en las cifras. La Segunda Encuesta sobre Calidad de Vida y Salud, realizada por el Ministerio de Salud el año 2007, demostró que existen 5.382.000 personas que utilizan métodos anticonceptivos, y que hay más de 4.000.000 de personas que recurren a la atención primaria de salud, que utilizan métodos artificiales.

Por regla general, los países aprueban primero leyes sobre derechos sexuales y reproductivos y posteriormente realizan la planificación familiar⁵¹. En cambio, en Chile se partió por la planificación, como una necesidad de salud en orden a prevenir la lacra del aborto, y ahora se propone legislar sobre derechos sexuales y reproductivos.

Al comparar el uso de los distintos métodos anticonceptivos -orales, hormonales, esterilización- por quintil socioeconómico, el quintil superior no presenta problemas, ya que al menos un 70% del grupo entre los 15 y los 19 años de edad utiliza métodos anticonceptivos, en tanto que en el quintil inferior la cifra se sitúa entre un 30% y un 40%, solamente.

La disminución experimentada en nuestro país por las tasas de mortalidad materna y de mortalidad materna por aborto, que es prácticamente inexistente, respaldan este proyecto; lo mismo ocurre en el caso de las tasas de mortalidad infantil y de neonatos. Estas reducciones están íntimamente relacionadas con la introducción de programas de planificación familiar en el modelo de atención materno infantil, modelo que en sus inicios contó con la aprobación de la Iglesia Católica.

En cuanto al artículo 1° del proyecto, de acuerdo a la Encuesta a que se ha hecho referencia, el inicio de la actividad sexual es más temprano y se da en porcentaje mayor en el quintil más pobre, en tanto que en el quintil más rico se retrasa. Esto se debe a las diferencias que existen en aspectos como la autoestima, la afectividad y los proyectos de vida. Alrededor de 729.000 personas de los grupos C3, D y E inician su actividad sexual entre los 10 y los 19 años de edad, concentrándose la mayor proporción entre los 15 y los 19 años. Cuando los derechos de adolescentes y jóvenes se regulan por edad, no se producen cambios conductuales; cualquiera sea la ley, las conductas ya están instaladas en todos los niveles socioeconómicos.

Las conductas personales y familiares se cambian con educación y no por coerción. La cultura del comportamiento es un proceso, no una instancia que se maneje por medio de medidas imperativas. Las leyes que pugnan con la conductas culturales de la población terminan siendo letra muerta, pero después de haber causado daños irreversibles.

De la comparación de los indicadores de comportamiento sexual en países desarrollados y en desarrollo se puede concluir que no existen mayores diferencias entre cuanto a la edad de la primera relación sexual; sin embargo, en el uso de métodos anticonceptivos en dicha relación existe un gran contraste, pues los países en desarrollo superan ampliamente a los desarrollados; lo mismo

⁵¹ Señaló como ejemplo a Argentina, Perú, Colombia, Venezuela y Paraguay.

ocurre con el uso de dichos métodos en relaciones posteriores. Existe, por lo tanto, una relación directa entre los niveles de cultura, desarrollo y educación y el uso de métodos anticonceptivos.

Para un correcto análisis de estos temas ya no puede considerarse sólo a los adolescentes, sino que hay que ocuparse también de los jóvenes, considerando tales los que tienen hasta 24 años de edad. En 2010 el 25% de la población chilena tendrá entre 10 y 24 años de edad. En esta perspectiva, 2 de cada 10 chilenos son adolescentes y 2,5 de cada 10 son adolescentes o jóvenes. Hay que tener presente que una gran cantidad de estudiantes universitarios se comportan y tienen los mismos problemas de acceso que los adolescentes, y respecto de ellos se ha hecho muy poca inversión.

El proyecto cubre las demandas insatisfechas de adolescentes y jóvenes pertenecientes a los estratos sociales medios, bajos y muy bajos. Hay 4.290.000 personas de entre 10 y 24 años de edad que son potenciales usuarios, de los cuales el 70% no tiene cubiertas sus demandas en salud sexual y reproductiva.

Los principios éticos sobre los que se basa el sistema de atención a jóvenes son autonomía, consentimiento informado, confidencialidad, diversidad, beneficencia, no maleficencia, justicia y salud sexual y reproductiva.

El ejercicio de la autonomía supone el derecho al consentimiento informado, incluida la información sobre riesgos y beneficios de procedimientos y medidas terapéuticas.

La información debe suministrarse en un contexto de confidencialidad entre el paciente y el proveedor de servicios. Ella admite como excepción el riesgo vital personal o de terceros. La ley no debe quebrantar este principio basada en el supuesto de que con ello mejorará la comunicación en la familia.

El Centro de Medicina Reproductiva y Desarrollo Integral de la Adolescencia investigó cuál es el grado de conocimiento que tienen los padres respecto de las conductas sexuales de sus hijos. Se preguntó a los jóvenes que acudían –el 70% era menor de 17 años– cuales eran las causas de su solicitud de anticoncepción de emergencia. En la mayoría de los casos las respuestas fueron coito no protegido, rotura del condón, olvido de anticonceptivo y, en un porcentaje menor, agresión sexual. De esto se deriva que la mayoría de los que solicitaban anticoncepción de emergencia, jóvenes de cualquier nivel socioeconómico, religión y condición, no están pidiendo permiso para iniciar vida sexual. Interrogados acerca del conocimiento que tenía la familia sobre la vida sexual de las hijas, se comprobó que el 46% de las madres y sólo el 16% de los padres estaban enterados. Se preguntó también por el nivel de conocimiento de los padres respecto del hecho de

acudir al Centro para consultar y se detectó que en el 55% de los casos sabía la madre y sólo en el 24% el padre.

El sistema de salud que atiende al sector socioeconómico más alto ha resuelto el problema, proveyendo excelentes servicios para atención de adolescentes, copiados de los modelos que se han desarrollado en la atención primaria, que es donde mayormente se detectan las conductas estudiadas.

Para cubrir las demandas sobre los sistemas de salud, tanto el sector educación, por medio de los profesores, como el sector salud, mediante los consultorios, tienen como objetivo despertar conciencia de necesidades.

Un punto descollante del proyecto es la creación de una red de promoción, comunicación, educación y servicios de salud sexual y reproductiva, lo que demanda la intervención de los colegios, los profesores y las familias.

Para hacer eficaz la atención en anticoncepción, ningún anticonceptivo debe requerir receta retenida, en especial si el mecanismo de acción depende de la prontitud con que se ingiera; la anticoncepción de emergencia debe ser de libre acceso, como cualquier otro método. Se debe dar a los adolescentes, asegurándoles espacios propios para su atención confidencial y debe capacitarse al personal profesional en sexualidad, afectividad, anticoncepción, infecciones de transmisión sexual, e integrar a la familia cuando se hayan superado los momentos de crisis.

El proyecto está de acuerdo con lo señalado en la Sesión Especial de la 142ª reunión del Comité Ejecutivo de la Organización Mundial de la Salud, de julio de 2008, en la que participó Chile junto con otros países americanos, y en la que se aprobó la estrategia regional para mejorar la salud de adolescentes y jóvenes, plan decenal que ya ha sido refrendado por los Ministros de Salud de la Región. El objetivo de dicho plan es mejorar la salud y el bienestar de la juventud, con énfasis en la salud sexual y reproductiva, con particular atención a las inequidades de género y pobreza y a los riesgos a que están expuestos los adolescentes. La Organización Mundial de la Salud tiene un enfoque integral de lo que considera bienestar humano, en el contexto de calidad de vida, materia en la que en Chile campea la ignorancia, porque no se han realizado estudios ni en adultos ni en adolescentes.

Las líneas principales del plan incluyen ofrecer servicios de salud integrales y coordinados, que es lo que está proponiendo el Ministerio de Salud a través del proyecto en debate; desarrollar la capacidad del recurso humano, y proveer intervenciones

que integren a la familia, la comunidad y la escuela. Si se trabaja fuera de este contexto es imposible tener éxito.

Finalmente, debe considerarse que la medicina y la atención en salud se construyen sobre evidencias científicas y se destruyen con conjeturas. Las evidencias demuestran que el 9% de los nacidos de madres menores de 15 años nacen con bajo peso y que la única fecundidad que aumenta en el país es la de niñas de 14 años de edad, datos que están corroborados por el Instituto Nacional de Estadísticas.

Intervención de la Presidenta de la Sociedad Chilena de Pediatría, Comité de la Adolescencia, doctora María Eugenia Henríquez.

La Organización Mundial de la Salud define el término “niño” como personas menores de 18 años de edad; son adolescentes quienes tienen entre 10 y 18 años, y jóvenes los que se sitúan entre los 19 y los 24 años.

Para la Organización Mundial la adolescencia es una etapa de progreso en varios planos. En lo biológico, se produce la aparición inicial de las características sexuales secundarias, hasta alcanzar la madurez sexual. En lo psicológico, los procesos de este tipo y las pautas de identificación del individuo evolucionan, desde los que corresponden al niño hacia los que son propios del adulto. Por último, en lo social tiene lugar una transición, desde el estado de dependencia socio económica total a una relativa independencia.

El inicio de la adolescencia está dado por los fenómenos biológicos de la pubertad, tales como crecimiento acelerado, aparición de caracteres sexuales secundarios e inicio de la capacidad reproductiva. Es fácil definir clínicamente estos cambios, sin embargo, el proceso se completa con las transformaciones psicosociales de la adolescencia: madurez emocional y psicológica e independencia social y económica, que son fenómenos mucho más tardíos y más difíciles de evaluar.

Existen tres etapas en la adolescencia, que definen distintos grados de autonomía y requieren un manejo distinto por parte del profesional. Estas son: adolescencia temprana, de los 10 a los 13 años de edad, en la que se concentran los cambios biológicos de la pubertad; adolescencia media, de los 14 a los 16 años, cuando se completa la pubertad y se producen los cambios psicológicos principales, caracterizados por un creciente distanciamiento de la familia y un mayor número de conflictos, junto con una sensación de invulnerabilidad que gatilla el inicio de conductas de riesgo, entre otros, en el plano sexual; y adolescencia tardía, entre los 17 y los 19 años, etapa que marca el fin de la adolescencia, caracterizada por una mayor tranquilidad, el cambio

vocacional y una reconexión con los padres, después del conflicto de la etapa media, que ha sido necesario para separarse emocionalmente de ellos.

Al final de estas etapas el adolescente debiera aceptar su imagen corporal y el rol masculino o femenino; consolidar la propia identidad con un sentido coherente de “quién soy” y que no cambia según las circunstancias; lograr la independencia emocional de los padres, que le permita tomar decisiones y asumir responsabilidades de adulto; establecer relaciones más maduras, duraderas y con mayor intimidad, con pares de ambos sexos y con la pareja; desarrollar aptitudes que le permitan elegir una ocupación y capacitarse para lograrlo; obtener una relativa independencia económica de la familia; desarrollar una conducta social y legalmente responsable; alcanzar un desarrollo moral y una escala de valores propia, e integrar conductas de auto cuidado y estilos de vida saludables.

La Sociedad Chilena de Pediatría promueve ciertas características de la atención de salud de los adolescentes, como facilidad en el acceso a los servicios; derecho a consultar solo o acompañado; confidencialidad asegurada; evaluación y respeto de la autonomía; consentimiento informado; intervención de equipos de salud multiprofesionales, con los conocimientos, la experiencia y la actitud que se requieren, que brinden una atención integral, biopsicosocial, que considere la etapa de desarrollo en que se encuentra el adolescente; inclusión de contenidos educativos y acciones de prevención y promoción; acompañamiento de los padres y la familia; incorporación de aspectos éticos en la relación y atención del adolescente, y conocimiento del marco legal.

Es necesario evaluar el grado de autonomía pertinente a cada caso y promover el desarrollo progresivo de la misma, ya que no todas las personas alcanzan el mismo nivel de independencia a la misma edad.

En aplicación del principio de confidencialidad, que no corresponde confundir con secreto, debe asegurarse el derecho a la privacidad de la ficha y de la información que entrega el adolescente, lo que permite brindarle una ambiente confiable y seguro, que facilita la relación terapéutica.

En la atención brindada de los profesionales de la Sociedad Chilena de Pediatría se comunica este derecho, tanto al adolescente como a sus padres, al inicio de la atención y preferentemente en forma conjunta; en la misma oportunidad se les informa que hay situaciones de excepción a la regla de confidencialidad, cuando existe riesgo vital para el adolescente u otra persona y se los motiva para informar a los padres; se invita a los adolescentes a dialogar

en ese marco, para evitar que hablen de algunos temas sólo con sus padres y de otros sólo con sus médicos.

La relación entre el profesional y el adolescente, frecuentemente conlleva contenidos éticamente cargados, lo que requiere mantener la objetividad y abstenerse de emitir juicios de valor, ya que el adolescente se encuentra en un proceso de revisión y formación moral y está definiendo su propia escala de valores. Se debe evitar cuidadosamente imponer los propios valores al paciente, sin por ello abandonarlos ni abrazar el relativismo cultural.

Es la familia, los padres en particular, quienes tienen la responsabilidad y obligación de educar a sus hijos en sexualidad, afectividad y valores, pero esto es difícil de concretar en la práctica diaria, ya que los padres no asumen esta tarea. También los educadores deben apoyar el proceso con programas permanentes y progresivos. Por último, el sector salud tiene un rol más secundario, que se ejerce en la capacitación, investigación, prevención, promoción y atención integral a los adolescentes, incluyendo la salud sexual y reproductiva.

El Comité de la Adolescencia ha acumulado experiencia con padres, adolescentes y profesores, en investigación y en actividades educativas en materia de sexualidad y afectividad. Se han observado cambios conductuales en la sexualidad adolescente, tales como el inicio cada vez más precoz y prácticas sexuales nuevas, que constituyen conductas de riesgo, pérdida de intimidad y poca utilización de métodos de protección. Las consecuencias son el abuso sexual, embarazos no deseados, abortos ilegales, maltrato de hijos de madres adolescentes, enfermedades de transmisión sexual y secuelas psicosociales.

El tratamiento de la sexualidad adolescente debe tener por objetivos la entrega de información y orientación, por medio de la consejería, con miras a relacionar sexualidad con afectividad, compromiso y aspectos valóricos; promoción del retraso en la edad de inicio de la actividad sexual y de la autonomía para tomar decisiones responsables; entrega de conocimientos y herramientas para prevenir consecuencias negativas, tales como métodos anticonceptivos, cuando el adolescente ha iniciado actividad sexual y lo solicita, e inclusión de la madre u otro adulto significativo.

El 33% de los mayores de 15 años ya ha tenido actividad sexual coital, siendo la edad promedio de inicio a los 17 años; pero existe un 7% de adolescentes menores de 13 años, en la misma situación. Hay una tendencia a la disminución de la edad de inicio en las mujeres, siendo más temprana en el nivel socioeconómico bajo. En cuanto al uso de métodos anticonceptivos, existe un porcentaje bastante mayor en el nivel socioeconómico alto, especialmente cuando se

interroga sobre la última relación sexual. Por esto, el porcentaje de hijos de madres adolescentes es bastante mayor en los estratos bajos, concentrándose en los niveles E y D. La tasa chilena de embarazo adolescente alcanza al 63,3%, tomando sólo en cuenta los hijos nacidos vivos, en tanto que las de países europeos no superan el 26%.

La Sociedad Chilena de Pediatría está de acuerdo con el proyecto de ley en debate, porque apoya la gestión clínica, entrega un marco legal y herramientas para mejorar los indicadores de salud sexual y reproductiva adolescente y enfatiza los aspectos educación y confidencialidad, todo ello con la finalidad de prevenir el embarazo adolescente y las enfermedades de transmisión sexual. También reconoce el derecho de las personas a recibir información, educación y orientación para la regulación de su fertilidad, con respeto a las creencias y costumbres particulares. Merece destacarse el que se incluyan todos los métodos de regulación de fertilidad, incluso la anticoncepción hormonal de emergencia. La ley debiera complementarse con programas de educación sexual que se desarrollen a lo largo del proceso educativo.

Al concluir, la expositora manifestó que la información científica revisada demuestra que los anticonceptivos hormonales de emergencia actúan como anovulatorios.

Intervención del Presidente de la Comisión Jurídica de la Mesa Ampliada de Organizaciones Evangélicas, Pastor Francisco Javier Rivera.

Algunos de los objetivos del proyecto son legítimos, cual es el caso del control de la natalidad, del derecho de la población a estar informada de las alternativas que existen en la materia, y del deber del Estado de implementar políticas públicas de regulación de la fertilidad, otorgando las prestaciones necesarias.

Sin embargo, el concepto de orientación consagrado en el artículo 1° merece hacer algunos alcances, porque aparece como contradictorio con el propósito mismo de la ley, en el sentido de que una de las acepciones del término orientar es la de determinar una posición, dirigir a alguien hacia un lugar o fin determinado, lo cual es peligroso, ya que deja la puerta abierta a subjetividades en la elección de la información que se entregará, lo que puede estar en conflicto con el ejercicio del derecho consagrado en el artículo 2°. El asunto es particularmente delicado, si se considera que la información será requerida mayoritariamente por adolescentes, que probablemente se encuentren en un estado de confusión, y sin conocimiento de sus padres. Un ejemplo de lo riesgoso que esto puede ser fue el reparto en colegios de Santiago de folletos que describen como naturales la homosexualidad y la transexualidad.

Entonces, una primera observación apunta a eliminar el término orientación, tanto del título como del articulado, ya que se puede alcanzar el objetivo perseguido mediante la educación.

Chile es un Estado laico, pero eso no implica imponer a la ciudadanía un laicismo filosófico.

Un segundo aspecto es la reafirmación del concepto de paternidad responsable, que se desprende del mandato divino de fructificar y multiplicarse, unido al de llenar la tierra y dominarla.

El control de la natalidad es aceptable, pero existen métodos que no cuentan con la aprobación escritural, entre ellos, el aborto y el uso de fármacos abortivos. Por eso, la interrogante es si la píldora del día después es o no abortiva y la respuesta a ella se relaciona con la determinación del comienzo de la vida, cuestión que presenta diversos alcances, entre ellos, teológicos.

El ser humano se compone de la tricotomía cuerpo, alma y espíritu, que le permitirá vivir para siempre en la resurrección, separado del cuerpo, que vuelve al polvo. El alma no es aniquilada ni preexiste, de lo que se sigue que el hombre es un ser que tiene inicio pero no tiene fin. El espíritu humano es único e individual, igual que el cuerpo, lo que explica por qué no existen dos huellas dactilares iguales.

Es necesario distinguir entre “vida” y “vida humana”. Si bien las plantas, un espermatozoide y un óvulo son vida en sí mismos, hay un instante en que esta última se transforma en vida humana, en hombre, siendo la determinación del comienzo el punto medular de la discusión.

Respecto de cual es el momento en que Dios otorga la vida al ser humano existe una discusión desde antiguo. Para una postura, existe la animación inmediata, que es simultánea a la fecundación; para otros, la animación es retardada y coincide con la anidación. Lo claro es que hay vida en el vientre materno, como lo comprueban numerosos pasajes de la Biblia.

En el país se está produciendo una polarización valórica, lo que hace necesario un liderazgo capaz de administrar la diversidad de opiniones que coexisten en el Chile contemporáneo. Es profundamente peligroso dejar a la fuerza poderosa de la sexualidad completamente desatada, al impulso y arbitrio de los propios sentidos, sin control de la razón humana.

A modo de conclusión, señaló:

1. Sobre la base del principio de paternidad responsable, el control de la natalidad es del todo legítimo.

2. Es deber y responsabilidad del Estado trazar políticas públicas de salud.

3. Es también deber estatal proteger la vida, incluida la del que está por nacer, conforme a lo dispuesto por el Pacto de San José de Costa Rica.

4. Existe un derecho de la madre antes de la concepción pero, una vez que ésta se produce, hay un derecho a la vida que es universal y prevalente.

5. Por la complejidad del embarazo adolescente es indispensable un enfoque y solución integral al problema, que involucre a la educación.

6. Se deben contemplar y promover, por medio de la educación, alternativas legítimas de prevención del embarazo indeseado, como son la abstinencia, la pareja única, y otras.

7. El cristianismo, sus valores y principios son anteriores al Estado de Chile.

8. La ley N° 19.638 garantiza la libertad de culto y la igualdad jurídica de las entidades religiosas.

9. La presente iniciativa legal pretende informar y orientar en materia de regulación de la fertilidad, conforme a las creencias de las personas, como también regir conductas manifestadas tanto en el ámbito público como en el privado, instancias ambas donde se predica, practica y promueve el cristianismo evangélico.

10. Algunos de los principios escriturales inherentes a la doctrina evangélica son contrarios a ciertas costumbres o conductas que algunas personas o grupos promueven o practican.

11. Aprobar la redacción del artículo 2° asentaría las bases jurídicas para elegir a futuro cualquier método de regulación de la fertilidad, incluido el aborto y medicamentos o drogas explícitamente abortivos.

Propuso la siguiente redacción alternativa, que dejaría en claro que el proyecto no es una plataforma para legalizar el aborto en Chile:

“Artículo 2°.- Toda persona tiene derecho a elegir libremente, sin coacción de ninguna clase y de acuerdo a sus

creencias o formación, los métodos de regulación de la fertilidad femenina y masculina, siempre que no sean abortivos y, del mismo modo, a acceder efectivamente a ellos, en la forma señalada en el artículo siguiente.”

Intervención de la Subdirectora de la Corporación Investigación, Formación y Estudio sobre la Mujer (ISFEM), señora Carmen Croxatto.

Una cualidad que caracteriza a nuestra sociedad es la tolerancia y el respeto por los otros, especialmente los discriminados y los que se hallan en situación de vulnerabilidad, el respeto por nuestros legisladores y leyes, el respeto por los derechos humanos y, en especial, por el primero y el más esencial de ellos, el derecho a la vida.

Desde su origen, nuestra Constitución se desarrolla en torno a la dignidad de toda persona y existe para proteger al miembro individual de la comunidad de las interferencias en contra de su esfera personal. Por lo mismo, el inciso segundo del número 1° del artículo 19 eleva a rango constitucional la protección del valor de la vida, incluso “la vida del que está por nacer”.

La Corte Suprema y el Tribunal Constitucional, en sendos fallos, han prohibido a los organismos del Estado, a toda persona, institución o grupo, la venta y distribución de la píldora del día después. Esos fallos fueron ratificados por la Contraloría General de la República en junio de 2009. El poder del Tribunal Constitucional de declarar inconstitucional proyectos de ley, decretos u otras normas no es auto conferido sino otorgado por el ordenamiento jurídico, que establece así una instancia superior de control, facultándolo para declarar inaplicables leyes emanadas del Congreso, en cumplimiento del mandato de proteger el orden constitucional.

El proyecto de ley en debate no es adecuado, en tanto pone a disposición de la población los anticonceptivos orales de emergencia, es decir, abortivos químicos que modifican en el endometrio la capa de mucosa que recubre el útero, para así inhibir la implantación del huevo fecundado. Es lo que se llama el tercer efecto. Por lo mismo, tales métodos atentan no sólo contra la madre, el padre y la familia, sino contra un ser indefenso, que necesita de protección, por el nivel de vulnerabilidad en que se encuentra y cuya vida no debe ser manipulada. Hay quienes para solucionar un problema social, personal o económico, favorecen el aborto químico o físico, aduciendo que la vida de un ser humano en las primeras etapas de desarrollo vale poco o casi nada; privan arbitrariamente la vida del niño que está por nacer, olvidando que ninguna opinión o mero deseo puede estar por sobre el derecho a vivir.

Es un engaño decir que la legalización del aborto es un tema necesario para mejorar la salud de la mujer, para reducir tasas de mortalidad y morbilidad materna, ya que tanto la Organización Mundial de la Salud como el Fondo de Población de las Naciones Unidas señalan que lo primordial para disminuir esas tasas es la atención por personal calificado antes, durante y después del parto, incluyendo el acceso a medicamentos, equipos e infraestructura adecuadas, sistemas eficientes de comunicación, apoyo y remisión a otros establecimientos de salud, si la necesidad lo amerita. Así lo demuestra el considerable descenso de dichas tasas entre 1941 y 1951, cuando el aborto era ilegal, que coincidió con el desarrollo de técnicas obstétricas que mejoraron los tratamientos de salud de la mujer. Además, las mujeres que se han sometido a un aborto tienen una tasa de mortalidad más alta que aquellas que han continuado su embarazo hasta el final⁵², porque la interrupción voluntaria de la gestación causa serias complicaciones fisiológicas y psicológicas, como embolias cerebrales y síndrome post aborto, secuelas que hasta las organizaciones abortistas han reconocido que se produce en el 91% de los casos.

El fracaso de la política adoptada para reducir la mortalidad materna radica en que gran parte de los recursos se ha dirigido a agencias de planificación familiar, que promueven servicios de salud sexual y reproductiva, y a una desinformación y confusión intencionalmente producida por entidades que luchan por introducir el aborto en los países donde no está aprobado. Por esto, la salud de la mujer está, ahora más que nunca, en peligro. Existe suficiente evidencia de que la legalización del aborto y las campañas masivas de educación sexual que promueven la difusión de los anticonceptivos y su uso por poblaciones en riesgo, como los adolescentes, no han obtenido el objetivo deseado, de disminuir los embarazos fuera del matrimonio, sino que éstos han tendido a aumentar en forma significativa.

La aprobación por ley de los anticonceptivos de emergencia, abortivos químicos, abre una puerta para que a futuro se use en forma indiscriminada, y como primera opción cuando fallen otros métodos, al estar validados por los Ministerios de Salud y de la Mujer. Se suma a esto que la píldora no provee protección para ninguna de las veinticinco enfermedades de transmisión sexual, incluyendo el VIH, virus papiloma humano, clamidia, herpes, gonorrea, quistes genitales, sífilis y hepatitis B, entre otras.

El pueblo chileno tiene una mentalidad muy legalista y confía en que todo lo amparado por la ley es bueno, por lo tanto, la población se engañará creyendo que esta droga es un beneficio

⁵² Gisser et al. Pregnancy-associated mortality alter birth, spontaneous abortion, or induced abortion in Finland, 1987-2000. American Journal of Obstetrics and Gynecology. En el caso estudiado en Finlandia, se concluyó que la tasa de mortalidad materna por causa de aborto legal, en ese país, es 2,95 veces mayor que la del parto.

para su salud y la utilizará, sin pensar en los riesgos asociados a las enfermedades venéreas y de transmisión sexual, de cuyo tratamiento largo y costoso nadie ha declarado que se hará cargo o costeará.

Se debe informar a la sociedad, y en especial a la mujer, que la acción irresponsable de tomar una píldora del día después puede eliminar vidas humanas, lo que no debe ser encubierto. No se puede continuar diciendo que no hay consecuencias biológicas y éticas. Esto es un paternalismo que debe condenarse, porque refleja que aún en el Siglo XXI se considera a las mujeres incapaces de asumir la responsabilidad por sus acciones, y les impide informarse en la verdad.

Los auténticos derechos de las mujeres por los cuales corresponde abogar en un Estado de Derecho son: a nacer, a la salud, a la maternidad, a desarrollarse como mujer en igualdad de oportunidades, considerando su diferencia y su aporte real y concreto a la sociedad.

La ciencia no avanza por la mera opinión de los científicos, sino cuando los resultados de sus estudios son puestos a disposición de la comunidad, para que ella los pueda comprobar. La ciencia actual dice que la píldora del día después tiene un eventual efecto abortivo constatado⁵³. Sin embargo, el Ejecutivo está proponiendo este proyecto de ley basado en la opinión de un científico que dice que habría un estudio que señalaría que la píldora del día después no sería abortiva, estudio que no ha sido reconocido ni publicado en ninguna revista científica que lo avale.

Encareció a la Comisión que, de tomar la decisión de legislar, se elimine el artículo 3° del proyecto.

Intervención del Profesor de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, doctor Elard Koch.

1. Evolución de la mortalidad materna en Chile.

Entre 1980 y 2006 la mortalidad materna se ha reducido de 50 por cada 100.000 nacidos vivos a 20 por cada 100.000, constatándose un estancamiento en el último tiempo. Esto se refleja en que de 40 a 47 mujeres mueren cada año por causas relacionadas con el embarazo.

La estructura de mortalidad al año 2005 muestra 3 muertes por embarazo ectópico⁵⁴, 2 muertes por aborto por causa no especificada, alrededor de 5 muertes por causas relacionadas con hipertensión, preeclampsia y eclampsia y 17 muertes por patologías crónicas maternas no relacionadas con el embarazo, pero que lo

⁵³ Revista Contraception 778 (2008) 463-465.

⁵⁴ Aquel en que el blastocisto se fija en lugares distintos a la pared del útero.

complican; es decir, no hay mortalidad por aborto sino por hipertensión del embarazo, hemorragia asociada al parto y otras patologías conexas.

Chile logró reducir en más del 50% las tasas de mortalidad materna, sin necesidad de recurrir al aborto, hasta el año 2000. Sin embargo, se ha producido un estancamiento en la tendencia descendente, por lo que se necesita un análisis casuístico que incorpore recursos humanos especializados en investigación epidemiológica.

2. Evolución de la fertilidad de la mujer chilena.

Desde el año 1964 la tasa de fertilidad se ha reducido en 60%, llegando a un índice nacional de 1,9 hijos nacidos vivos, que está por debajo del nivel de recambio de población, que es de 2,1, necesario para mantener un crecimiento vegetativo de 1%; esto implica un aumento de la población de mayor edad y una disminución de la población joven.

Este fenómeno ha traído consecuencias negativas para la salud de la mujer, como es el incremento de la mortalidad materna en grupos de mayor edad, ya que el aplazamiento del primer embarazo se asocia a un mayor riesgo obstétrico, aumento de problemas de salud crónicos, mayor riesgo de cáncer de mama y de enfermedades cardiovasculares, ovarios poliquísticos, infertilidad, obesidad y adiposidad abdominal, hiperinsulinemia, diabetes e hipertensión. El principal factor común detrás de estas enfermedades es la reducción de la exposición acumulada a la lactancia materna, que posee efectos protectores para la salud de la mujer, a nivel metabólico, reduciendo por ejemplo el riesgo de infarto agudo al miocardio.

Una de las causas de la reducción de la maternidad es la obesidad y el incremento de la adiposidad abdominal, ingredientes que también determinan un adelanto de 1,2 años en la edad de la menarquia que, a su vez, es un factor de riesgo importante de cáncer de mama. El riesgo de adiposidad abdominal disminuye en 20% cuando la mujer tiene 2 hijos y en 26% si tiene 4, es decir, tener hijos implica proteger la salud futura de la mujer.

Es importante desarrollar una política demográfica en el país, para evitar lo que ha sucedido en Europa, donde fue necesario crear políticas públicas de recambio de población que incluyen incentivos monetarios por hijo nacido, postnatal masculino y extensión del femenino e incentivo a la inmigración, por falta de fuerza de trabajo en algunas áreas críticas. Estas experiencias hacen recomendable ser cautelosos al decidir respecto de políticas sanitarias de control de la natalidad. Algunas medidas para solucionar la situación

son incentivar el programa “Chile Crece Contigo”, extender el postnatal femenino, para asegurar lactancia materna mínima de 6 meses, y una legislación que incentive y proteja a la familia.

Para analizar el tema del embarazo adolescente en Chile es necesario evaluar cada grupo de riesgo. El conformado por personas de 15 años de edad o menos, representa el 0,4% del total de embarazos del país, y el grupo de los que tienen más de 15 y hasta 19 años de edad, representa el 15%; estas cifras varían de acuerdo al nivel socioeconómico y a la vulnerabilidad.

En cuanto a la efectividad de la anticoncepción de emergencia en la reducción de embarazos no deseados y abortos, especialmente en adolescentes, que es el grupo de mayor riesgo, los ensayos clínicos realizados, que incluyen distribución del fármaco por adelantado y sin restricciones, arrojan siempre los mismos resultados: la anticoncepción de emergencia no disminuye el riesgo de embarazos no deseados ni los abortos, comparados con los de los métodos tradicionales utilizados, porque no se produce un cambio conductual en la población que haga variar su exposición al riesgo.

El principal efecto del levonorgestrel es anovulatorio, pero cuando falla y hay embarazo se produce una alteración de la función tubaria que provoca un aborto tubario, el cual termina en cirugía en el 50% de los casos. Un artículo publicado este año en la Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología da cuenta de casos de embarazos ectópicos, que pueden ocasionar complicaciones graves, incluso la muerte de la madre debido a hemorragia interna masiva, después del uso de levonorgestrel, y de un caso de aborto espontáneo.

En caso que la anticoncepción de emergencia sea utilizada en Chile, debe ser objeto de una vigilancia epidemiológica que de cuenta de las complicaciones que pueden aparecer, poniendo especial énfasis en egresos hospitalarios por embarazos ectópicos y en los casos de mortalidad materna, para ver posibles conexiones entre esas muertes y el uso de levonorgestrel. Del mismo modo, debe advertirse a las mujeres sobre el riesgo de falla, con resultado de fecundación, desarrollo de embarazo tubario, muerte del embrión, aborto tubárico y riesgo para la salud de la madre.

El uso de anticoncepción de emergencia por adolescentes, sin conocimiento parental o supervisión médica, es inadecuado, ya que hace más difícil pesquisar las posibles consecuencias negativas del fármaco y porque no ayuda en la prevención del VIH.

Una posible solución para el tema del embarazo adolescente y el VIH es “la estrategia del ABC”⁵⁵, que consiste en promover la abstinencia, la pareja única y el uso de condón. Ella fue utilizada en Uganda, donde no sólo bajaron los índices de embarazo y VIH, sino que se retrasó la edad de inicio de actividad sexual en ambos sexos.

Intervención de la Presidenta de la Asociación de Consumidores Organizados (ACONOR), Señora Patricia Gonnelle Zauschkevich.

Cinco puntos del proyecto provocan preocupación.

En primer lugar, que se siga promoviendo métodos de anticoncepción sobre los cuales no se ha entregado a los consumidores toda la información. ACONOR ha denunciado, mediante los mecanismos que contempla la Ley sobre Protección de los Derechos de los Consumidores, el peligro a que se expone el usuario de este producto farmacéutico. Se han dirigido cartas a laboratorios, políticos y autoridades de salud del país, con el fin de que informen debidamente los componentes del fármaco, lo que no han hecho; es más, se ha cercenado deliberadamente el contenido de la información entregada por los fabricantes, con el fin de eludir la legislación chilena.

En el año 2001 el Centro Juvenil AGES interpuso una demanda en contra del Instituto de Salud Pública, que posteriormente se dirigió también contra Laboratorios Grünenthal, por la información entregada sobre el producto Postinor 2. A raíz de esto, Grünenthal tuvo que retirarse del mercado chileno y se canceló su registro en el Instituto de Salud Pública. Algo similar ocurrió con Recalcine y su producto “Tace”.

Es lamentable que a pesar de la prohibición del producto por sus efectos contrarios a la Constitución, el Ministerio haya insistido en su distribución y que CENABAST haya procedido a comprarlo al Laboratorio Franco Colombiano LAFRANCOL.

Ignorando los dictámenes de la justicia, el decreto N° 194, del Ministerio de Salud, de 2005 y publicado en 2006, incluye en el Formulario Nacional de Medicamentos al levonorgestrel de 0,75 mg., con lo que los establecimientos farmacéuticos quedaron obligados a adquirir y tener a disposición del público un producto prohibido por ley pero promovido por el Ejecutivo; las farmacias son conminadas con multas millonarias, por local, para el caso de no disponer del producto.

No es posible que se proponga como método público de regulación de la fertilidad un producto farmacéutico dañino

⁵⁵ Abstinence, Be faithful, use a Condom.

para la salud de las mujeres y de las adolescentes. Ante la duda razonable del efecto anti implantatorio del fármaco el Estado debería abstenerse. En salud prima el principio de no maleficencia, en virtud del cual todo profesional del área está obligado a inhibirse de realizar un procedimiento que puede involucrar un perjuicio para alguien.

Tanto el Instituto de Salud Pública como los fabricantes del fármaco reconocen su efecto anti implantatorio, es más, en el juicio seguido en su contra el Instituto de Salud Pública acompañó antecedentes⁵⁶ que dejaron claro este efecto. Los laboratorios de Estados Unidos y Europa informan de este efecto en el envase del producto, pues de lo contrario arriesgarían demandas millonarias por publicidad engañosa.

Ocho de los 198 países inscritos en la Organización de las Naciones Unidas (ONU), entre los que se cuenta Chile, no permiten el aborto en ninguna circunstancia. En los 190 países donde se comercializa el levonorgestrel, el efecto anti implantatorio no es cuestionado, ya que el fármaco se adquiere precisamente para eso.

En segundo lugar, el uso en la anticoncepción de emergencia de dosis hasta 15 veces mayores que la aplicada como anticoncepción regular, envuelve un riesgo considerable para la salud de la mujer, ya que esta bomba contraceptiva oral produce un gran desequilibrio entre las concentraciones de progestinas y de estrógenos, lo que explica, en parte, el posible efecto abortivo.

Entre las contraindicaciones del fármaco se puede señalar leves náuseas, vómitos, calambres, formación de quistes ováricos, embarazo ectópico, riesgo de trombosis y cáncer de mama, riesgos de los que nadie ha dicho hasta ahora que se hará cargo y de los que no se suministra la información necesaria para fundamentar un reclamo.

En tercer lugar, la anticoncepción de emergencia no es un medicamento, sino un producto farmacológico químico, que no responde a la normativa legal vigente, pues el embarazo no está calificado como enfermedad.

Si se recurre a las normas de referencia para el uso racional de medicamentos, constituidas por la "Política Nacional de los Medicamentos", contenida en la Resolución exenta N° 1.248, de 1996, en la ley N° 19.496 y en el decreto N° 1.876, de 1995 y publicado en 1996, que establece el Reglamento del Sistema Nacional de Control de Productos Farmacéuticos⁵⁷, se constata una criticable falta de

⁵⁶ Fojas 415 y siguientes. Rol 4200-03 Corte de Apelaciones de Santiago.

⁵⁷ "Artículo 24.- Para dar a conocer un producto farmacéutico, alimento de uso médico, cuando corresponda o cosmético, no se podrán emplear términos, expresiones, gráficos u otros que contraríen la verdad científica e induzcan a equivocación o

transparencia en el tema, especialmente por la omisión de los efectos adversos del fármaco.

En cuarto lugar, para justificar su política pública de regulación de la fertilidad el Ejecutivo invoca argumentos que no son satisfactorios. Está comprobado que la anticoncepción de emergencia no incide en la tasa de embarazo juvenil no deseado, no tiene relación alguna con la tasa de violaciones y en su entrega se omite señalar los riesgos para la mujer. Por el contrario, con su uso aumentan la promiscuidad, la tasa de embarazo, la de aborto y las enfermedades de transmisión sexual; a mayor abundamiento, los defensores de la píldora del día después reconocen el fracaso en el cumplimiento de sus objetivos. A lo anterior se suman la tasa negativa de natalidad existente en Chile, que frena el recambio poblacional y disminuye el capital humano necesario para el desarrollo económico, y el costo creciente de las políticas de protección al adulto mayor sin apoyo familiar.

En quinto y último lugar, este producto farmacéutico ha recibido una atención desproporcionada para las auténticas necesidades en salud que el país requiere atender con urgencia.

Intervención de la Presidenta del Foro de Salud de Derechos Sexuales y Reproductivos, señora Rosa Yáñez.

El Foro representa a numerosas y variadas organizaciones sociales, agrupadas en torno a la defensa de la salud de las mujeres como un derecho humano, en especial en lo que atañe a sus derechos sexuales y reproductivos. Su composición refleja distintas circunstancias de vida, distintas demandas en salud sexual y reproductiva y también distintas carencias y necesidades no resueltas.

Esas entidades y quienes las integran aspiran a ejercer el derecho humano a optar libre, autónoma y dignamente en el ámbito de la sexualidad y la reproducción, respecto a tener o no hijos y a cuándo tenerlos, y a precaverse de relaciones sexuales impuestas por la violencia física o psicológica. Se separa así el ejercicio de la sexualidad de la reproducción, se evitan embarazos no deseados o inoportunos y se procura protección contra infecciones de transmisión sexual, incluyendo el VIH.

engaño, como tampoco expresiones no comprobadas respecto a las propiedades o efectos del producto.

En el caso de productos farmacéuticos, de alimento de uso médico, cuando corresponda y cosméticos especiales en los folletos de información al profesional, si los hubiere se incluirán los efectos colaterales, los peligros y limitaciones de su empleo deberán consignarse en forma precisa y completa, indicándose las precauciones para prevenirlos y la forma de tratar los accidentes que provoquen su uso o aplicación indebidas.”.

El derecho a una salud sexual y reproductiva segura, gozosa y protegida ha sido consagrado hace ya varias décadas por las resoluciones adoptadas en diversas conferencias de las Naciones Unidas y forma parte del articulado de convenciones y tratados ratificados por nuestro país, como la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer; el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, de El Cairo; la Plataforma de Acción de la Conferencia Mundial de la Mujer, de Beijing, y los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

El Estado chileno ha asumido un compromiso vinculante frente a la comunidad internacional en lo que dice relación al reconocimiento, protección y promoción de la salud sexual y reproductiva y de los derechos correspondientes, compromiso que debe ser respetado en los programas y políticas públicas y en una legislación que sea acorde con dicho espíritu, adecuándose a la multiplicidad de demandas de una ciudadanía diversa en creencias y valores.

Es de lamentar que en Chile persistan inequidades y desigualdades en salud sexual y reproductiva. Hay un acceso desigual a los servicios; notables diferencias por situación geográfica, por comuna, por público atendido; una brecha en la calidad de atención que reciben las mujeres pobres que son usuarias de los servicios de salud, las adolescentes y las mujeres rurales e indígenas, en comparación con las mujeres de mayores recursos. Los indicadores sanitarios dan cuenta de ello, un ejemplo de lo cual es la tasa de embarazo adolescente en sectores populares. Esto no es aceptable en un Estado que se dice progresista, moderno, democrático y respetuoso de la equidad entre los géneros.

Por otra parte, también se percibe una injerencia indebida de sectores que intentan imponer un modelo único de conducta en el terreno tan íntimo de la sexualidad y la reproducción, a partir de creencias y valores religiosos que no son compartidos por toda la población.

Estas circunstancias ponen en riesgo la vigencia del Estado laico e impiden la instauración de políticas públicas plurales. Es un hecho emblemático que la anticoncepción de emergencia pueda ser adquirida sin dificultades por las mujeres de mayores recursos, mientras que los servicios públicos de salud no pueden proporcionarla a sus usuarias, que son las mujeres de menores recursos.

La inexistencia de acceso oportuno a servicios de salud sexual y reproductiva que acojan a las mujeres en su especificidad y con el respeto y confidencialidad que requieren ha contribuido a engrosar las cifras de embarazo no deseado, inesperado o precoz. Las usuarias del sistema de salud requieren que se les entregue

la anticoncepción y toda la amplia gama de métodos de planificación familiar que la tecnología y la ciencia médica han desarrollado.

Como estos temas pertenecen a la esfera privada, suelen estar rodeados de silencio, prejuicios y tabúes. Es necesario develar ese manto de silencio y promover debates de opinión pública abiertos y plurales, puesto que la ciudadanía ha demostrado tener la suficiente madurez para analizarlos sin prejuicios.

Las organizaciones que pertenecen al Foro Red de Salud respaldan plenamente la decisión del Ejecutivo de legislar para corregir estas brechas, mediante un proyecto de ley que reconoce y reafirma el derecho de toda persona a gozar de una salud sexual y reproductiva plena, segura y satisfactoria, y que al mismo tiempo impone obligaciones al Estado chileno, en su rol irrenunciable de proveedor de condiciones necesarias para que toda la población vea satisfechas sus necesidades en la materia. Aquellas mujeres que conviven con hombres violentos, alcohólicos, drogadictos o delincuentes deben contar con estos servicios, porque no están en condiciones de negociar bajo ningún aspecto.

Exhortó a los legisladores a aprobar este texto legal, en la certeza de que así estarán respondiendo a las demandas más urgentes de las mujeres y hombres de este país, y avanzando hacia una mayor justicia social y equidad en salud. Los últimos indicadores del Observatorio de Género y Salud dan cuenta de que no hay avances en el plano de la salud sexual y reproductiva.

Hay que pensar, más allá de las creencias y la escala valórica propia, en las mujeres, jóvenes y niñas violadas o abusadas, no en un sitio baldío, sino en el seno del hogar, por una persona cercana a la familia o, peor aún, por un familiar con el que comparten la mesa a diario.

Intervención del Director Legislativo de la Fundación Jaime Guzmán, señor Jorge Jaraquemada.

Su exposición se centró en un planteamiento jurídico, poniendo en relieve una situación que pugna con el Estado de Derecho y de la que se deriva la inconstitucionalidad del proyecto en debate.

De aprobarse esta iniciativa, los legisladores suprimirían los fundamentos y el contenido del fallo del Tribunal Constitucional en la causa Rol 740-08, que se basó en la falta de certeza jurídica de los efectos de la anticoncepción de emergencia sobre el que está por nacer, el que fue reconocido como titular de derechos y, por tanto, digno de ser protegido. Esta duda justifica la aplicación por el fallo del principio “pro homine”, vigente en el derecho internacional.

La relevancia del tema está en que el Tribunal Constitucional es el intérprete final de la Constitución, que fija el sentido y alcance de sus preceptos, vinculando directamente a todos los órganos del Estado, por aplicación del artículo 6°, inciso segundo, de la Carta Fundamental, que establece el principio de supremacía constitucional. Esta interpretación, de acuerdo a lo señalado por el inciso segundo del artículo 5° de la misma Carta, actúa como límite al ejercicio de la soberanía cuando recae en materia de derechos esenciales, como es el caso.

Está fuertemente arraigada entre los constitucionalistas tradicionales la idea de que las Constituciones son, ante todo, mecanismos de derecho para contener y limitar el ejercicio del poder del Estado, objetivo que es aún más importante que la descripción de un catálogo de derechos, ya que la contención en una medida razonable redundaría en la protección de los derechos de las personas. En nuestro sistema esto queda claramente establecido en los artículos 5°, 6° y 7° de la Ley Fundamental.

Por otra parte, la dogmática de los derechos fundamentales se construye principalmente en el ámbito de la jurisprudencia constitucional. De ahí la importancia de los precedentes constitucionales, especialmente en el ámbito del contenido y fijación del sentido y alcance de los derechos esenciales.

Una sentencia del Tribunal Constitucional que declara la inconstitucionalidad de una norma concreta está llamada a tener una significación práctica en el comportamiento de todos los órganos del Estado, particularmente de los poderes colegisladores. Este carácter vinculante está plasmado en los criterios y razonamientos jurídicos centrales de la sentencia, que son fundamento directo de la decisión, fallo que obligará incluso al mismo Tribunal en sus decisiones futuras. Tal es la doctrina que debe orientar las decisiones del resto de los órganos del Estado.

El precedente tiene un rol clave en el orden político y social, porque permite dar consistencia y previsibilidad a la interpretación del ordenamiento jurídico constitucional y cumplir con estándares de razonabilidad y universalidad en la aplicación de estas normas. Esto no implica una sujeción total al precedente o su absoluta inmutabilidad en el tiempo, pero los cambios de doctrina sólo deben producirse cuando existan motivos fundamentales que los justifiquen y deben ser desarrollados por el propio Tribunal Constitucional. En suma, la estabilidad y mantención de las razones jurídicas que fundan una determinada decisión de justicia constitucional son claves para la certeza y seguridad jurídicas, elementos constitutivos del Estado de Derecho.

El precedente a aplicar en el caso no dice relación con los efectos de los métodos anticonceptivos de emergencia, que es una cuestión de hecho que puede ser revisada. Tampoco está en la aplicación de criterios hermenéuticos desarrollados por la teoría de los derechos fundamentales, como el principio pro homine, ya que esa aplicación será siempre de orden prudencial y casuística. El precedente, en efecto, dice relación con reconocer explícitamente como sujeto titular del derecho a la vida al que está por nacer, desde el momento mismo de su concepción, y con la inmediata necesidad de protegerlo contra amenazas plausibles, aunque circunstanciales, que la ciencia no ha podido descartar y son, por tanto, incompatibles con la Constitución.

Si existe el reconocimiento del derecho a la vida como atributo inherente al que está por nacer, un nuevo pronunciamiento jurisdiccional o una declaración normativa no podrían dejar sin efecto tal reconocimiento sin atentar gravemente contra los derechos humanos de aquél, en franca transgresión del inciso segundo del artículo 5° de la Constitución, que establece un límite al ejercicio de la soberanía. Es decir, una vez efectuado el reconocimiento de un derecho humano o fijado su alcance, sea por vía normativa o jurisprudencial, no hay vuelta atrás. Esta doctrina recibe en el ámbito del Derecho Internacional de los derechos humanos el nombre de “principio de no regresión”.

Por lo tanto, respecto de los derechos esenciales sólo cabe la progresión, pues permitir la regresión desmoronaría el andamiaje jurídico sobre el que se sustenta la dogmática de los derechos humanos. Es más, si se eliminara un derecho fundamental del catálogo reconocido formalmente por la Constitución, seguiría obligando a los órganos del Estado en carácter de derecho implícito.

En consecuencia, una reforma legislativa que tenga por efecto la eliminación o degradación de un derecho fundamental carece de validez jurídica, pues no puede socavar la estructura material del Estado democrático constitucional de derecho que, en último término, radica y se edifica en el respeto a la dignidad de las personas, ámbito en el que encuentra su fundamento y legitimidad.

Los derechos esenciales que emanan de la naturaleza humana son una barrera infranqueable, de carácter sustantivo, que se yergue frente a la voluntad de los poderes colegisladores, que deben aplicarlos y respetarlos, según lo establecido en el inciso cuarto del artículo 1° de la Constitución, y tienen prohibido degradarlos o derogarlos, por aplicación del artículo 5° de la misma.

Esto resulta lógico si se atiende a que el contenido esencial de los derechos humanos es una realidad previa a su reconocimiento constitucional. El ordenamiento jurídico de los Estados, luego de reconocer estos atributos a las personas, suele prohibir al

legislador afectar su esencia e imponerles condicionamientos que impidan su libre ejercicio. Esto está claramente establecido en el número 26° del artículo 19 de la Carta Fundamental chilena. Este predicamento está unánimemente resuelto en el sistema internacional de los derechos humanos, y ha sido enunciado en los siguientes términos: “existe un núcleo de principios inderogables, incluso para las mayorías que pudieran reformar la Constitución, el que comprendería tanto los principios fundamentales del ordenamiento constitucional como los derechos inalienables de la persona”.

Por tanto, no es pertinente que los poderes colegisladores pretendan pasar por alto una sentencia del Tribunal Constitucional que goza, además, de fuerza de cosa juzgada material y efecto erga omnes, por aplicación del artículo 94 de la Constitución, al menos en lo que dice relación con la administración de los métodos de anticoncepción hormonal de emergencia, sin que existan nuevas circunstancias de hecho que ameriten demandar la revocación del precedente, cuestión que, por lo demás, es privativa del Tribunal. El Poder Legislativo está obligado por la Constitución en el ejercicio de su potestad para configurar el ordenamiento jurídico y al avocarse al proceso de formación de la ley debe considerar los pronunciamientos que realiza la magistratura constitucional en su rol de exégeta supremo de la Constitución.

Una ley no puede sanear la inconstitucionalidad declarada de la distribución de métodos hormonales de anticoncepción de emergencia, porque el fallo del Tribunal Constitucional es de fondo, en cuanto versa sobre los métodos que podrían resultar lesivos al derecho fundamental a la vida y, al constatar que es plausible que afecten la esencia de este derecho, concluyó en la inconstitucionalidad del decreto N° 48, del Ministerio de Salud. No se ve cómo algo considerado potencialmente lesivo para un derecho dejaría de serlo por la aprobación legislativa.

Aprobar este proyecto de ley no despeja la duda razonable que fundó la declaración del Tribunal. El vicio que afectó al decreto aludido persistirá en la ley, cualquiera sea su rango, que persevere en promover los métodos de anticoncepción hormonal de emergencia que ya fueron considerados inconstitucionales y arrojados del ordenamiento jurídico.

Cuestionar el pronunciamiento del Tribunal Constitucional implicaría revisar los fundamentos y el contenido de sus decisiones, cuestión expresamente prohibida por el artículo 76 de la Constitución, y violentaría la separación e independencia entre los poderes del Estado y el respeto orgánico que deben dispensarse entre ellos; sería contrario a los artículos 4°, 6°, 7°, 76 y 94 de la Constitución. Es decir, a los colegisladores le está vedado reproducir el contenido material de un acto que ya fue declarado inconstitucional por razones de

fondo, mientras subsistan en la Constitución las mismas normas que fundamentaron la declaración de inconstitucionalidad. Debe considerarse, además, que la norma que fundó la declaración del caso versa sobre un derecho esencial y, por tanto, no susceptible de ser eliminado de la Constitución, que aunque se derogara seguiría vigente como derecho implícito.

Intervención del representante de la Corporación Calcuta Chile, señor Enrique Estay.

La Corporación, que nació el año 2003, es un equipo multidisciplinario de jóvenes que luchan en las poblaciones y campamentos más vulnerables del país buscando la superación material y espiritual de las personas que no tienen acceso a los beneficios de la estabilidad macroeconómica del país. Este trabajo permite conocer la realidad de esas personas y el impacto que en ellas tendría la política de la píldora del día después.

Existe duda respecto de si ella es o no abortiva, por lo que es preferible abstenerse, antes de correr el riesgo de asesinar a un niño inocente. Así como el doctor Croxatto ha manifestado que sus experimentos niegan el efecto abortivo del Postinor 2, otros estudios científicos, como el indicado en la revista "Contraception"⁵⁸, señalan que no existe evidencia científica contundente que avale la tesis de que la píldora del día después no es abortiva.

Se ha dicho que el tema de fondo detrás de la distribución de la píldora del día después es de carácter social. Es cierto que en Chile existe una desigualdad clara, tanto en materia de ingresos como de acceso a la salud: el 18% de las adolescentes del nivel socioeconómico bajo, menores de 15 años, ya se ha iniciado sexualmente, y en el nivel alto lo ha hecho sólo el 5%; el 74% de las madres adolescentes se concentra en los dos quintiles de menores ingresos; el hijo de madre sin instrucción tiene seis veces más riesgo de morir en el primer año de vida, que el del grupo con nivel de instrucción superior⁵⁹.

El derecho de la mujer a decidir en forma libre, autónoma e informada sobre los métodos de planificación familiar no puede contraponerse al derecho a la vida del que está por nacer, que es preeminente.

La píldora del día después no es el único método anticonceptivo. Merece criticarse la campaña masiva que se ha hecho para facilitar su acceso, en circunstancias que la demanda, en la

⁵⁸ Vease Nota 53.

⁵⁹ Datos extraídos del Mensaje de la Presidenta de la República a la Cámara de Diputados, con que inicia el proyecto de ley en discusión.

práctica, es muy baja. Un método de emergencia, que es temporal y no se proyecta en el largo plazo, no puede ser planteado como la base de una política de planificación familiar. Actualmente no existen en el sistema de salud pública las condiciones de equidad, seguridad, respeto y confidencialidad para quienes deseen solicitar métodos anticonceptivos.

La oposición de la Corporación Calcuta al Postinor 2 busca evitar que se asesine a un ser humano en el vientre materno; impedir un aumento de la promiscuidad sexual y el incremento consecuente de embarazos adolescentes y de abortos, y precaver que se encubra el problema real de la ignorancia en materia de educación sexual, que conlleva la expansión de enfermedades de transmisión sexual en los campamentos, no sólo en los adolescentes, sino también en sus padres.

Lo que corresponde, en primer lugar, es promover el fortalecimiento de la familia, como está contemplado en el inciso final del artículo 1° de la Constitución. Datos obtenidos del Centro de Estudios Sociales y Opinión Pública de la Universidad Central en enero de 2009 muestran que para el 55% de los encuestados la felicidad se encuentra en la familia y para el 24,7% en el amor. La familia se debe ponderar y considerar en cada decisión estratégica que se tome en el país.

En segundo lugar, hay que poner énfasis en la educación sexual de jóvenes y adolescentes y también en la de sus padres. Enseñarles en qué consiste la abstinencia y los mecanismos naturales de planificación familiar. Reafirmar el carácter afectivo que informa las relaciones sexuales, el amor, el cariño de pareja y también la responsabilidad.

En tercer lugar, cabe promover la utilización libre, autónoma e informada de métodos anticonceptivos que no transgredan el derecho a la vida del que está por nacer.

Si a pesar de todo se aprueba la distribución de la píldora del día después, se debiera destinar recursos a moderar sus efectos entre los más pobres, que serían los más afectados por la política que se adopte al respecto.

DISCUSIÓN EN GENERAL

El Honorable Senador Arancibia planteó al Ejecutivo su inquietud respecto de la redacción del proyecto en discusión, en tanto centra el tema en sus aspectos clínico, médico y farmacológico, lo que

a su juicio es una limitación importante. Estos temas sin duda deben formar parte de un gran proyecto, que ponga el énfasis en lo educativo y formativo de las personas, a fin de trabajar en la construcción de una sociedad mejor.

Debe partirse de la base que la fertilidad es consecuencia de una atracción natural, fundada en valores y sentimientos tan importantes como el amor, para evitar transformarla en un acto meramente animal, que puede corregirse mediante fármacos.

Manifestó que lo deseable sería una iniciativa relativa a la prevención, particularmente en aquellas áreas de la población más vulnerables, que se han definido durante la discusión del proyecto como los sectores de ingresos limitados, en las que debiera realizarse un trabajo específico de educación, para no tener que ofrecer procedimientos, como la píldora del día después, que tienden a evitar las consecuencias de ciertas conductas de las personas.

Hizo presente su inquietud por la falta de acciones del Ejecutivo encaminadas a hacer un seguimiento de las niñas huérfanas o que están en la calle, ya que los datos del Ministerio señalan que la demanda de métodos anticonceptivos en el sistema de salud se produce a partir de la edad de 14 años; sin embargo, de acuerdo a las cifras que maneja Su Señoría, las relaciones sexuales comienzan ya desde los 10 años, generando las consecuencias que el proyecto trata de evitar. De lo anterior se sigue que no se ha sabido manejar el problema en su etapa inicial y que debiera existir una preocupación previa.

Señaló que es también fuente de justificada inquietud que se fije en 14 años la edad a partir de la cual se puede entregar a los jóvenes los diferentes métodos anticonceptivos, sin mirar a su efectiva maduración sexual y psicológica. Expresó que le preocupa profundamente el hecho de que el día de mañana pueda suceder que una niña de 10 años llegue a un policlínico buscando asesoría para iniciar una relación responsable con un niño de 11 años.

Solicitó aclarar cuáles han sido los resultados de las políticas públicas que, según señala el mensaje del Ejecutivo, han sido aplicadas durante los pasados 40 años, y cuáles han sido sus éxitos. Ya que al haber garantizado durante todo este tiempo a la población el acceso a la información y a la entrega de anticonceptivos, no puede concluirse que exista un problema de discriminación económica, como indica el Ejecutivo, sino más bien una traba en la difusión.

Indicó que es necesario centrar la discusión en los hechos y solucionar los problemas actuales, con el fin de equiparar el acceso y el uso de anticonceptivos en todos los niveles socioeconómicos, en vez de discutir sobre la píldora del día después. Para ello se debe entregar más información, separar los lugares de atención, proporcionar más profesionales y potenciar la comunicación. En 40 años no han variado los sistemas de planificación familiar y es allí donde hay que trabajar.

Observó que en la justificación del proyecto se invoca el propósito de terminar con la inequidad existente entre niveles socioeconómicos, y se puntualiza que el nivel más bajo se encuentra en desventaja en los índices de mortalidad materna e infantil, embarazo adolescente e inicio de actividad sexual. Hizo presente que el señor Ministro de Salud, en su presentación a la Comisión de Salud de la Cámara de Diputados⁶⁰, manifestó que investigaciones del más alto nivel han demostrado que la anticoncepción de emergencia disminuye los abortos, citando como ejemplo el caso de Alemania.

Sin embargo, continuó Su Señoría, la presentación hecha a la Comisión por el profesor Ventura-Juncá muestra una realidad contraria; él citó el ejemplo del Reino Unido, donde la tasa de aborto aumentó de 11 por 1.000 a 17,8 por 1,000, entre 1984 y 2004, de lo que se sigue que la provisión anticipada de los anticonceptivos de emergencia no reduce las tasas globales de embarazos no deseados. Lo mismo ocurrió con otras presentaciones hechas a la Comisión, que concluyen de forma generalizada que no se ha podido demostrar que el acceso facilitado a este tipo de métodos reduzca las tasas de embarazo no deseado y de aborto.

Destacó que, de acuerdo a lo señalado por el señor Ministro de Salud, el Gobierno decidió presentar este proyecto motivado por el dictamen de la Contraloría General de la República, lo que genera una natural preocupación, pues tanto dicho organismo como el Tribunal Constitucional⁶¹ han prohibido categóricamente la distribución de la píldora, en el caso de este último porque estimó que existe una posibilidad de que afecte a la implantación.

Manifestó su preocupación por los dichos del Ministro en la presentación del proyecto a la Cámara de Diputados, en orden a que “el Gobierno, la Presidenta de la República y el Ministerio de Salud están seguros que la anticoncepción de emergencia no es abortiva: que bajo ningún aspecto el levonorgestrel es abortivo”, ya que de acuerdo a lo

⁶⁰ Informe de la Comisión de Salud de la Cámara de Diputados recaído en el proyecto de ley sobre información, orientación y prestaciones en materia de regulación de la fertilidad, Boletín 6582-11 página 8.

⁶¹ Véase nota 9.

expuesto a esta Comisión de Salud y a la información de que dispone Su Señoría, existe al menos la duda razonable de los efectos anti implantatorios del fármaco. Dio lectura a lo señalado en el embalaje con que se vende el producto en Estados Unidos, donde se expresa que él actúa principalmente previniendo la ovulación y que también puede prevenir la fertilización de un huevo liberado o la fijación al útero de un huevo fertilizado. Llamó a no desestimar tan fácilmente este posible efecto.

Hizo referencia también a lo señalado en la Comisión de la Cámara de Diputados por el doctor Carlos Tagle, en el sentido de que los progestágenos -y el levonorgestrel lo es- son productos sintéticos con capacidad de generar efectos similares y hasta varias veces más potentes que la propia progesterona, y manifestó su preocupación porque puedan producirse potentes consecuencias antinaturales en las mujeres, sin que se cuente con estudios previos respecto de posibles secuelas secundarias derivadas de la interrupción de manera tan radical de la ovulación, mediante un proceso químico.

El proyecto en debate sería rápidamente aprobado si se excluyera la anticoncepción de emergencia, que es la piedra de tope que puede hacer que se pierda todo lo bueno que él contiene. A esto agregó que quedan por resolver las implicancias constitucionales de ese tema específico, a la luz del reciente fallo del Tribunal Constitucional.

En definitiva, lo único que busca el proyecto de ley es legitimar el uso de la píldora del día después, método que puede ser considerado como respuesta a situaciones de naturaleza tal como una violación, pero no como un método anticonceptivo regular, menos aún si existe una duda razonable, aunque atenuada, de que puede ser abortiva.

El Honorable Senador Kuschel manifestó su preocupación porque la iniciativa no menciona sino tangencialmente a la familia. Se habla de “derechos reproductivos” e “inequidad reproductiva”, como parte de una política pública que parece promocionar la desaparición de la familia.

Expresó que cuando el gobierno del Presidente Aylwin promovió una política de planificación familiar, planteó que debía ponerse el acento en la educación, información y orientación familiar. Al parecer, las políticas públicas están construyendo no una inequidad sexual, sino un modelo familiar que propicia tener menos niños hijos de familia.

Manifestó su disconformidad con la redacción del artículo 3° del proyecto, que señala que “los órganos de la Administración con competencia en la materia adoptarán las medidas apropiadas para garantizar el ejercicio de los derechos establecidos por esta ley”, ya que deja

la impresión de que ellos tendrían como finalidad promover la relación sexual al margen de la familia. En cuanto al deber de esos órganos del Estado de “elaborar planes que señalen las acciones respectivas”, preguntó cuáles serían esas acciones, y cuestionó la norma que establece como deber del Estado poner a disposición de la población “los métodos anticonceptivos que cuenten con la debida autorización”, por parecerle que ese enunciado es demasiado ambiguo.

Expuso que las políticas del Estado inspiradas en el concepto de planificación de la familia producen inequidad familiar en el país. El efecto que producen es que haya grupos sociales que, por su cuenta y al margen de tales políticas, pueden llegar a constituir buenas familias y funcionar bien, mientras que otros grupos, bajo el alero de las mismas, no podrán eventualmente formar familia, ya que ellas no apuntan a consolidarlas en todos los estratos sociales del país.

Por último, expresó su preocupación por los eventuales efectos del fármaco ya que, de acuerdo a lo escuchado a algunos de los expositores que han colaborado con el trabajo de la Comisión, queda la impresión de que la píldora del día después sería una bomba hormonal que dificulta la fecundación y es abortiva, en la medida que impide la anidación; ella altera el funcionamiento hormonal normal y facilita la ocurrencia de embarazos tubarios y el aumento de hemorragias y puede provocar eventualmente una disminución de la fertilidad, si se abusa del método. A todo lo anterior se suma el potencial aumento de las conductas de riesgo, debido a una injustificada sensación de confianza en el método.

El Honorable Senador Girardi manifestó que el proyecto en debate busca profundizar la democracia y la equidad en Chile. La gran diferencia entre las tasas de embarazo adolescente y no deseado entre niveles sociales está en el acceso a la anticoncepción y a la píldora del día después, no en el inicio más o menos temprano de la actividad sexual.

Añadió que la pobreza conlleva una gran falta de intimidad, que también amaga la dignidad de las personas, una carencia de incentivos de vida que, a su vez, lleva a muchas adolescentes a tener relaciones sexuales para obtener el afecto que necesitan. La experiencia de vida que tienen los jóvenes de escasos recursos es muy diferente a la que existe en los círculos de mayor ingreso. Por lo mismo, es necesario contar con instrumentos como la píldora del día después, que no es la solución a los problemas en análisis pero forma parte integrante de una red de ayuda.

Existen dos concepciones de la sexualidad, una que le asigna únicamente un fin reproductivo, y otra que le asigna un fin

humano trascendente, como es el caso de la Organización Mundial de la Salud, que postula un concepto de salud sexual que forma parte integrante de la vida.

La sexualidad no se refiere sólo a lo genital y al coito, sino que existe todo un mundo alrededor de la misma, por eso aumenta el riesgo de separación en parejas que sufren problemas como disfunciones orgásmicas, eyaculación precoz u otros.

Indicó que la base de la familia está precisamente en la sexualidad no reproductiva, porque si sólo tuviera un sentido reproductivo, un hombre se uniría con una mujer exclusivamente para tener hijos y después se separarían, como hacen los animales. Esto plantea la dimensión ética del problema, por cuanto si la sexualidad va más allá de la reproducción, la sexualidad responsable pasa porque las parejas tengan los hijos que quieran tener y puedan criar, para lo cual deben tener la opción de utilizar un mecanismo de control de la natalidad de los que se encuentran disponibles. Es por tanto necesario llegar a un acuerdo respecto de la autonomía que debe reconocerse a la gente que quiere vivir su sexualidad como un valor, sin un fin reproductivo.

Denunció que en Chile existe un doble estándar, pues no se discute ni se atacan los dispositivos intrauterinos, que tienen un efecto conocidamente anti implantatorio y son utilizados por el 50% de las mujeres del país, pero sí se discute e impugna la anticoncepción de emergencia, que según algunos sólo eventualmente podría llegar a tener ese efecto.

La discusión que se ha desarrollado antes y durante la tramitación de este proyecto de ley desvirtúa todo lo logrado por las políticas de salud pública en el país, como la baja de la mortalidad infantil y el mejoramiento de las expectativas económicas de desarrollo. Este debate esconde una realidad inaparente, como es que hay quienes quieren imponer a la sociedad su forma de ver la sexualidad, por considerarla mejor que otras, en cambio, la finalidad del proyecto en discusión es permitir que cada uno opte, de acuerdo a sus valores y su visión de la sexualidad. Lo que realmente debiera generar inquietud no es la utilización de métodos anticonceptivos de emergencia sino que la gente dejara de solicitar métodos anticonceptivos o no quisiera protegerse de un embarazo no deseado, esa es la conducta irresponsable.

A su juicio se han hecho todos los esfuerzos para concordar en una visión más integral del problema, pero no se ha alcanzado consenso político al respecto. Reiteró que el proyecto en discusión no apunta a la píldora, sino a hacer de la sexualidad algo valioso, que puede y debe ejercerse libre y responsablemente.

Su Señoría solicitó conocer la opinión del Ministerio de Salud respecto de la obligación de contar con receta médica para acceder a la píldora del día después. Le preocupa especialmente el tema en los casos de niñas de niveles medio o bajo, ya que atenta contra el concepto mismo de anticoncepción de emergencia, se obstaculiza el acceso dentro del periodo de tiempo en que el producto es realmente eficaz, que son las primeras 48 horas después del coito y se crea una nueva barrera al acceso equitativo. No hay médicos suficientes en los consultorios de atención primaria y el acceso a la salud privada de quienes no tienen recursos es muy limitado, por lo que no habría ningún cambio respecto de la situación actual.

Planteó luego la posibilidad de perfeccionar el proyecto en debate, para lo cual, en conjunto con otros integrantes de la Comisión, ha presentado tres indicaciones al proyecto y respecto de las cuales solicitó la opinión y el patrocinio del Ejecutivo. Éstas dicen relación con el derecho a la confidencialidad, la educación sexual obligatoria y la distribución de la anticoncepción de emergencia en los colegios⁶².

En el primer caso, el derecho a la confidencialidad en la consulta y en el uso del método es indispensable, ya que muchos estudios demuestran que la mayoría de los jóvenes no conversa con sus padres, rasgo cultural cuya corrección lleva tiempo; por lo mismo, la política debe focalizarse en los menores de 20 años, que son quienes más necesitan de este tipo de métodos y generalmente obtienen la información de fuentes no formales, es decir, amigos, revistas, etc., por lo que pretender que sea obligatorio el informar a los padres y condicionar a ello la entrega de anticoncepción de emergencia atenta contra la esencia misma de la política.

Se debe considerar también que un gran número de las mujeres que consulta han iniciado su vida sexual pero no usan un

⁶² La primera indicación fue suscrita también por el Honorable Senador Ruiz-Esquide y el Honorable Senador Girardi y reza así: “Agréase el siguiente artículo 2 bis: Toda persona tiene derecho a la confidencialidad y privacidad sobre sus opciones y conductas sexuales, así como los métodos y terapias que elija para la regulación o planificación de su vida sexual”.

La segunda indicación fue suscrita por los mismos Honorables Senadores y es del siguiente tenor: “Agréase el siguiente inciso final al artículo 1°: Los establecimientos de educación públicos y privados deberán incorporar en sus planes y programas de estudio e impartir a partir del octavo nivel de educación básica, orientación y educación sexual específica sobre los métodos de prevención y planificación del embarazo, de acuerdo al proyecto educativo, convicciones y creencias que adopte e imparta cada establecimiento educacional”.

La tercera indicación fue suscrita también por el Honorable Senador Girardi y su texto es el que sigue: “Agregase el siguiente artículo 4° nuevo: La prescripción señalada en el artículo 1° y 3° se extiende a la obligación de informar y poner a disposición los señalados métodos y fármacos en establecimientos de educación media, a mayores de 14 años”.

método anticonceptivo de forma permanente, lo que es más marcado en las comunas pobres, por las dificultades de acceso a los mismos.

En segundo lugar, se refirió a la indicación que establece la obligatoriedad de impartir educación sexual en todos los colegios, públicos y privados, la que deberá estar enfocada en el respeto a los valores y posturas religiosas de cada comunidad escolar, no imponiendo postura o visión alguna como obligatoria pero asegurando que el Estado asuma una responsabilidad efectiva en esta materia.

En tercer lugar, para fundamentar la indicación que permite la entrega de la anticoncepción de emergencia en los colegios, indicó que es ahí donde realmente se pueden crear los espacios de educación y acogimiento de los jóvenes que desean asumir su sexualidad responsablemente; donde los adolescentes desarrollan su vida cotidiana y construyen sus confianzas; ahí están las personas y profesionales que realmente los conocen y están al tanto de las alternativas de su vida cotidiana y de la de sus familias, que pueden orientarlos, y donde puede darse una relación de confianza con personal especializado, sin perjuicio de su posterior derivación a un consultorio, de ser necesario.

A esto se suma que los consultorios no están debidamente equipados para este tipo de atención, especialmente cuando se trata de escolares, no cuentan con espacios para la atención específica de adolescentes ni con profesionales especializados en el tema, lo que en la mayoría de los casos inhibe la consulta.

Llamó a tomar posición respecto de los temas en que inciden estas indicaciones, que complementan y mejoran el proyecto, abarcando el tema de la sexualidad de forma integral y ayudando a que los chilenos puedan escoger efectivamente la forma de vivir su sexualidad y la anticoncepción.

Por último, expresó su disconformidad con declaraciones que insisten en pasar por sobre la evidencia científica y afirman que la píldora del día después es abortiva, y rechazó las expresiones peyorativas vertidas para calificar a quienes respaldan la anticoncepción de emergencia. También discrepó de quienes pretenden reducir el concepto de familia a las constituidas por matrimonio, lo que implicaría dejar fuera a la mitad de las familias chilenas que, sin necesidad del vínculo matrimonial, están bien constituidas. Aseveró que las materias que aborda el proyecto son temas de salud, que la sexualidad forma parte del concepto de salud que tiene la Organización Mundial de la Salud y, por lo tanto, aquellas son de la competencia de esta Comisión.

El Honorable Senador Ominami solicitó al Ministerio emitir una opinión preliminar y proporcionar mayor información a propósito de las indicaciones al proyecto ya mencionadas, presentadas por él y otros integrantes de la Comisión.

Una está referida a la confidencialidad que debe rodear y amparar las consultas y las prestaciones que se soliciten y otorguen en esta materia, porque hay un porcentaje importante de embarazos adolescentes que se produce al interior de la propia familia o en su entorno inmediato.

La otra, que procura prevenir el embarazo adolescente, postula que la anticoncepción de emergencia debe ser entregada en los establecimientos educacionales, asociada al mayor grado posible de educación sexual y sin que sea obligatorio informar a los padres. Señaló que el colegio es, para muchos jóvenes, el lugar donde pueden obtener mejor información y orientación en educación sexual, pues en muchos casos ellos provienen de ambientes donde prima la violencia intrafamiliar y los abusos. Indicó que esta es la práctica habitual en la mayoría de los países donde se distribuye la píldora, los que proporcionan una preparación especial a profesores y orientadores.

Inquirió además cuál es la opinión del Ejecutivo acerca del rol que deben cumplir los establecimientos educacionales en materia de salud sexual y reproductiva.

El Honorable Senador señor Ruiz-Esquide precisó que ha solicitado insistentemente que en los currículos de educación se incluyan dos temas: el respeto a los derechos humanos, relacionado especialmente con la práctica de acoso entre escolares denominada “bullying”, y la educación sexual.

Explicó que los jóvenes de hoy se ven bombardeados día y noche por un erotismo sin control y, simultáneamente, se impide darles educación sexual, bajo el pretexto de que ello corresponde al ámbito de la familia; tampoco se permite la regulación de la materia, esgrimiendo las más variadas argumentaciones. La consecuencia son los embarazos no deseados, los abortos y una represión sexual muy fuerte. Asentó que solucionar estos problemas es el espíritu y la finalidad del proyecto de ley en debate.

Puntualizó que en la Ley General de Educación la educación sexual no tiene carácter de obligatoria e hizo presente la conveniencia de que el Ministerio de Educación se pronuncie al respecto.

La píldora del día después, unida siempre a educación y orientación, es una de las soluciones a los problemas que han sido materia del presente debate.

El Ministro de Salud, señor Álvaro Erazo, se hizo cargo de las consultas y solicitudes previamente planteadas por los integrantes de la Comisión, en los términos que siguen.

Los planteamientos hechos por los representantes del Ejecutivo en el curso del debate son coherentes con las políticas que ha aplicado el Ministerio en los últimos años, con el fin de conocer las expectativas de acceso de los adolescentes a la atención en salud, y de adaptar la red para ofrecerles una mejor protección.

Para estos fines se ha utilizado el concepto de adolescente de la Organización Mundial de la Salud: son las personas entre 10 y 19 años de edad; es posible distinguir una adolescencia intermedia, entre los 14 y los 16 años, y una tardía, que va de los 17 a los 19 años.

Las condiciones y características de los adolescentes hacen necesaria una política especial, que encontrará una fuente legal en el proyecto de ley en discusión. Se trata de enfrentar la realidad del embarazo no deseado de menores de 19 años, incluso menores de 15 años, con una visión integral del problema, que no sólo implique la distribución de la píldora del día después, sino la consejería y la confidencialidad, aspectos ambos que son de la esencia del proyecto.

Cuando se iniciaron las políticas de planificación familiar implementadas por el Ministerio de Salud, el objetivo era disminuir la mortalidad materna asociada al aborto y la mortalidad infantil. Hoy en día existe en Chile una población importante de mujeres que utiliza métodos anticonceptivos, 2.349.000, de las cuales unas 850.000 recurren a las píldoras y alrededor de 750.000 al dispositivo intrauterino; además, 852.000 personas de ambos sexos han sido esterilizadas, y alrededor de 134.000 mujeres han adoptado métodos anticonceptivos naturales.

Actualmente, las políticas públicas apuntan a otro tipo de personas y de familias, ofreciendo información oportuna, la gama de alternativas que la población requiere y orientación a las personas para que

puedan elegir libremente, en función de sus creencias. El acceso de las personas al método anticonceptivo debe hacerse con respeto a su libertad, estar basado en evidencia científica y la orientación a quienes lo solicitan debe impartirse en un marco de confidencialidad.

Sin embargo, y a pesar de haberse producido un descenso importante en las tasas de gestación adolescente, éste es inferior al detectado en las tasas de fecundidad total en el país: en 1999 había 1.052 mujeres menores de 15 años embarazadas y en 2006 hubo 954, lo que demuestra que la tasa de fecundidad en ese grupo se ha mantenido estable, sin disminuir al ritmo que lo ha hecho la tasa general, de lo que cabe concluir que la importancia relativa del embarazo adolescente ha aumentado.

Por lo mismo, desde el año 2007 se ha intentado dar alguna institucionalización al programa de salud de los adolescentes, a fin de discernir qué factores determinan la desprotección, la sensación de soledad y abandono que ellos experimentan y que los induce a un inicio temprano de la sexualidad, generalmente unido a la falta de acceso a la información o a los métodos necesarios, lo que acarrea la secuela inevitable de embarazos no deseados, especialmente en los estratos económicos más bajos, donde se produce la mayor cantidad de embarazos adolescentes. El tema es de gran relevancia ya que uno de los principales indicadores de vulnerabilidad social se relaciona con el nivel de educación de la madre, lo que es especialmente válido en el caso de madres adolescentes.

La Política Nacional de Adolescentes y Jóvenes se ha orientado precisamente a identificar las inquietudes de esos segmentos de la población, entre las que encontramos la expectativa de ser atendidos en lugares que cuenten con personal capacitado para acogerlos y que les permitan consultar en forma separada de los adultos.

Esta política tiene objetivos claros desde la óptica de salud, particularmente el de vincular a los jóvenes a los programas de salud en general, y no sólo a los de educación sexual, por lo que es de suma importancia que sean los consultorios los encargados de la distribución de la anticoncepción de emergencia, ejerciendo simultáneamente un rol de consejería, cuestión que resulta clave para la labor de prevención de conductas de riesgo.

Es preciso incorporar a las personas a programas de salud y redes de protección que les proporcionen la orientación adecuada, así como cooperar en el restablecimiento del vínculo con la familia, en los casos en que ello sea necesario. Los Centros de Salud Familiar, antiguos consultorios, aportan incluso ayuda psicológica, poniendo el énfasis en la

familia pero entendiendo a ésta no como un concepto unívoco, sino que reconociendo la diversidad que existe.

La píldora del día después no es un método anticonceptivo que pueda ser homologado a los demás, pues su uso es para situaciones excepcionales y supone poner énfasis en la consejería, para evitar casos de abuso.

De ahí que el proyecto de ley está enfocado en la idea de establecer un compromiso concreto de cada organismo de la Administración, en relación con la educación sexual, concebida como una responsabilidad de la familia y del Estado. Por primera vez se consagra en el ordenamiento jurídico nacional la responsabilidad del Estado en el ámbito de la educación, de una manera más integral que lo que puede hacer separadamente cada Ministerio, por lo que procede en este caso actualizar las políticas del Ministerio de Educación, para adecuarlas a la nueva normativa.

Este tema está directamente vinculado con la idea de entregar la anticoncepción de emergencia en los colegios, ya que es cierto que no pueden establecerse barreras de acceso a la población, fundamentalmente a adolescentes que ya tienen dificultad para ingresar a las redes de atención pública y se sienten inhibidos para tratar las inquietudes que tienen respecto de su vida sexual, pero es la red de salud la que debe adaptarse y generar condiciones para brindar una atención adecuada.

El artículo 3° es categórico al obligar a los órganos de la Administración del Estado, entre los que se encuentran los Ministerios de Salud y de Educación, a adecuar los planes y contenidos de sus programas, de manera de hacer posible una educación, orientación e información adecuada en la materia.

En relación con la exigencia de receta médica, señaló que hoy en día ella se utiliza en las farmacias de los establecimientos de la red pública, como medio de control administrativo; si bien no existe un impedimento real para suprimirla, ella contribuye a que la entrega del medicamento esté asociada a la consejería, para poder vincular a los adolescentes con los programas de regulación de fertilidad, que han tenido real éxito en el país.

Por todo lo anterior, no es correcto ni realista reducir el objetivo del proyecto a la sola entrega de anticoncepción de emergencia. Eso implicaría dejar de lado los fines básicos del mismo, como la consejería y la confidencialidad, materias que se relacionan con la

eficiencia y eficacia de las políticas, en cuanto hacen posible generar un vínculo con los adolescentes, coherente con el deber del Estado de proteger a la familia y de proporcionar una alternativa a las personas que se encuentren solas.

Finalmente, dejó constancia de que el Gobierno ha recogido de manera responsable la demostración que apoya la tesis de que la anticoncepción de emergencia no es abortiva, por lo que plantea su distribución como parte de una política de Estado. Toda la evidencia científica en poder del Ministerio de Salud, incluido el estudio desarrollado por el Doctor Croxatto, eminencia mundial en el tema de la anticoncepción de emergencia, demuestra que el progestágeno levonorgestrel inhibe la ovulación y el flujo espermático, y que en dosis altas y dependiendo de la oportunidad en que se ingiera, favorece la anidación de un huevo fecundado. No existe, por tanto, relación con los embarazos ectópicos ni evidencia científica sobre posibles efectos riesgosos para la salud.

Por su parte, la **Ministra Directora (S) del SERNAM, señora Carmen Andrade**, agregó lo siguiente.

En la práctica, son las mujeres quienes tienen o no acceso a los métodos anticonceptivos, por lo que es indispensable destacar del proyecto el tema de sus derechos.

Chile ha suscrito convenciones internacionales que reconocen a la mujer como sujeto pleno de derechos, entre los cuales están los sexuales y reproductivos, que incluyen su facultad de decidir cuántos hijos tener y con qué espaciamiento. Tales derechos se hacen ilusorios si no existen mecanismos eficaces para que las mujeres, adultas y adolescentes, se informen y tengan acceso efectivo a los métodos que permiten su ejercicio.

Las políticas de regulación de la fertilidad implementadas hasta ahora han permitido no sólo reducir el embarazo no deseado, sino incorporar a muchas mujeres al mundo de la educación y del trabajo.

El proyecto en discusión permitirá superar la barrera de inequidad existente entre niveles socioeconómicos, que redundaría en que algunas mujeres pueden ejercer plenamente sus derechos y otras no, desequilibrio que es indispensable corregir.

En relación con el tema de la confidencialidad, durante la discusión de la ley de responsabilidad de los adolescentes por

infracciones a la ley penal, quedó de manifiesto que cualquier fijación de edad como límite para contraer y ejercer derechos, asumir obligaciones y contraer responsabilidades tiene cierta dosis de arbitrariedad; pero si es posible sancionar y encarcelar a jóvenes de 14 años, con mayor razón se les debe reconocer como plenos sujetos de derechos, reconocer que al tener acceso masivo a la educación formal y a la información es posible considerarlos como personas suficientemente maduras para ser responsables de su propia sexualidad.

Las denuncias recibidas por el Ministerio Público durante 2008 por delitos sexuales alcanzaron casi a las 19.000 y, de acuerdo a datos proporcionados por el Servicio Médico Legal, en el 81% de los casos el responsable había sido un familiar o un conocido del entorno de la víctima, situaciones en que evidentemente no se puede pedir al adolescente que recurra precisamente a ese entorno para contar lo que le ha ocurrido.

VOTACIÓN EN GENERAL

El Honorable Senador señor Arancibia, al fundar su voto celebró que el proyecto en debate haya puesto sobre la mesa el tema de la sexualidad humana, y especialmente que ello se haya hecho en el Congreso Nacional.

Después de toda la evidencia presentada en las exposiciones escuchadas por la Comisión, queda en claro la complejidad del tema y lo difícil que resulta alcanzar una convicción absoluta a su respecto. Es evidente que han existido avances, pero queda aún mucho por hacer. Por lo mismo, manifestó su preocupación porque la inclusión en el proyecto de un punto sobre el cual no hay consenso entrabe el resto e impida sacar adelante lo que hace falta, porque la iniciativa tiene aspectos rescatables y que debieran ser implementados.

Expresó que le inquieta especialmente el artículo 3°, porque sigue existiendo incertidumbre entre los médicos respecto del eventual efecto abortivo de la píldora del día después. Incluso el doctor Croxatto ha reconocido que no es posible hacer un análisis científico del proceso de implantación, por consideraciones de carácter ético. Es precisamente este punto el que genera dudas.

Tampoco existe suficiente acumulación de evidencia que permita mirar con tranquilidad eventuales efectos secundarios producidos por el uso del fármaco, vista la gran cantidad de

hormonas que se administran; por lo mismo, aprobar su uso le pareció sumamente riesgoso.

En cuanto a los aspectos jurídicos, citó los argumentos del considerando 74° del fallo del Tribunal Constitucional, Rol 740-08: “Que la referida declaración, pronunciada en sede abstracta de constitucionalidad, tiene un efecto erga omnes que se desprende del inciso tercero del artículo 94 de la Constitución: “En el caso del N° 16°, el decreto supremo impugnado quedará sin efecto de pleno derecho, con el solo mérito de la sentencia del Tribunal que acoja el reclamo”. No escapa a la consideración de esta Magistratura el impacto evidente que tal declaración de inconstitucionalidad con efectos generales está llamada a producir en una materia que, sin perjuicio de las consideraciones jurídicas contenidas en esta sentencia, tiene también connotaciones afectivas muy importantes para las personas, las que son, sin duda, plenamente respetables. No obstante, en la misma línea estrictamente jurídica que caracteriza a toda sentencia, es preciso recordar que “los preceptos de esta Constitución obligan tanto a los titulares o integrantes de dichos órganos como a toda persona, institución o grupo” (artículo 6°, inciso segundo, de la Constitución). Fluye de lo expuesto que tanto los órganos del Estado, como toda persona, institución o grupo se encuentran en el imperativo de acatar la decisión del Tribunal Constitucional, porque ha ejercido la tarea que el propio Constituyente le ha confiado de velar por la supremacía, sustantiva y formal, de la Carta Fundamental.”.

Ya no se trata, pues, sólo de los órganos con competencia en el ámbito de la salud, sino que el fallo deja fuera de la normativa a la píldora del día después. Por lo tanto, la autoridad sanitaria debiera corregir la regulación de su disponibilidad en las farmacias, prohibiendo su distribución y eliminando así la desigualdad que existe en el acceso.

Por las consideraciones expuestas, hizo reserva de constitucionalidad, para el caso que el proyecto prospere en la Sala. Votó en contra de la idea de legislar.

El Honorable Senador señor Girardi justificó su voto en que el proyecto adopta una posición clara, en orden a reconocer el derecho de las personas a tomar decisiones en materias que son controvertidas y complejas, pero que deben ser resueltas por cada ciudadano, sin que se le impongan visiones ajenas.

Manifestó que se han dado suficientes argumentos respecto de que no existe en el mundo científico serio un argumento sólido que señale que la anticoncepción de emergencia es abortiva. Es más, el doctor Croxatto realizó pruebas in vivo, que por razones éticas se hicieron en monas que tienen menos de 1,6% de diferencia genética con la especie humana, y demostró que no existe un

efecto abortivo. No ha quedado demostrado un supuesto efecto abortivo ni los efectos adversos del fármaco, que tiene una gran utilidad en salud pública. Con el argumento de los efectos adversos podría prohibirse el uso de quimioterapia, y el de anticonceptivos como los dispositivos intrauterinos, que efectivamente impiden la implantación.

Se ha presentado a lo largo del debate un tema de sociedad contemporánea, cual es, cuánta libertad van a tener los ciudadanos para juzgar y zanjar cómo quieren vivir su sexualidad y el método anticonceptivo que ocuparán. Este proyecto respeta su autonomía y libertad de decisión, además de contribuir a evitar el embarazo no deseado y de ayudar a vivir la sexualidad con responsabilidad, permitiendo a las parejas, de cualquier edad, actuar ante una relación sexual no protegida. A juicio de Su Señoría, todo esto ofrece un evidente beneficio social y de salud pública y resulta éticamente irreprochable.

Votó a favor de la idea de legislar.

El Honorable Senador señor Ominami destacó que el espíritu de los constituyentes de 1974 es más abierto que el expresado en algunas de las intervenciones escuchadas en este debate. Afirmó que ese espíritu debe servir de marco general para esta discusión: no existen impedimentos constitucionales y el fallo del Tribunal Constitucional y el posterior dictamen de la Contraloría General de la República se apartan del espíritu del constituyente de 1980 y del contexto normativo en que fueron incorporadas a la Carta Fundamental las disposiciones que invocan, cuando no estaba penalizado el aborto terapéutico.

Discrepó de que ahora resulte imposible realizar un debate sobre educación sexual. La idea es enfrentar los problemas que plantean el embarazo adolescente y la discriminación existente según nivel socioeconómico, además de corregir la enorme ignorancia en materia de educación sexual, especialmente en las familias de escasos recursos, como ha quedado en evidencia a lo largo del debate. A su juicio, corresponde efectuar la labor educativa en los colegios, donde es más fácil hacer prevención. Destacó especialmente la importancia de la confidencialidad, más aun cuando la evidencia ha demostrado que la mayoría de los victimarios en casos de abuso sexual y violación pertenecen a la familia o a su entorno.

Existe entonces una serie de temas fundamentales no resueltos y este proyecto ofrece la oportunidad para enfrentarlos.

Votó a favor de la idea de legislar.

El Honorable Senador señor Kuschel basó su decisión contraria al proyecto en lo expresado por el doctor Croxatto en su exposición, en el sentido de que la anticoncepción de emergencia es mucho menos eficaz que los anticonceptivos hormonales de uso regular, emplea dosis mucho más altas de hormonas, por lo que produce más molestias, desordena el ciclo menstrual si se usa repetidamente y es más cara que los anticonceptivos regulares. A mayor abundamiento, estimó que las respuestas entregadas por los Ministros que han concurrido a la Comisión no resultan suficientes ni convincentes.

Votó en contra de la idea de legislar.

El Honorable Senador señor Ruiz Esquide respaldó su opción favorable al proyecto porque le asiste la convicción de que la píldora del día después previene la fecundación y la implantación, lo que hace imposible el surgimiento de una nueva vida. De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud aborto es toda destrucción de embrión o feto después de creado.

Diferente es la definición sostenida por la Iglesia Católica y otros organismos religiosos, que postulan que todo aquello que evite que se produzca la anidación ya es abortivo, bajo el principio de que “todo lo que va a ser ya es”; pero llevando el argumento al extremo se podría decir que un accidente puede considerarse abortivo.

Sostuvo que, de acuerdo al orden jurídico, la declaración de inconstitucionalidad que ha hecho el Tribunal Constitucional tiene un valor. Declaró que, sin embargo, tiene la impresión de que se extralimitan quienes afirman que este tema no puede ser abordado en ejercicio de la potestad legislativa y, por tanto, el Congreso Nacional no podría pronunciarse y resolver sobre la materia.

Votó a favor de la idea de legislar.

- En consecuencia, el proyecto de ley en informe fue aprobado en general por tres votos contra dos. Votaron por la afirmativa los Honorables Senadores señores Girardi, Ominami y Ruiz-Esquide y lo hicieron por la negativa los Honorables Senadores señores Arancibia y Kuschel.

Finalmente, el señor Presidente agradeció a la Comisión y a los invitados la calidad del debate efectuado sobre la iniciativa de ley en informe.

- - - - -

TEXTO DEL PROYECTO APROBADO

Se consigna a continuación el texto del proyecto despachado por la Cámara de Diputados en el primer trámite constitucional, cuya aprobación en general, en los mismos términos, propone la Comisión:

PROYECTO DE LEY:

"Artículo 1º.- Toda persona tiene derecho a recibir educación, información y orientación en materia de regulación de la fertilidad, en forma clara, comprensible, completa y, en su caso, confidencial.

Dicha educación e información deberán entregarse por escrito, sin perjuicio de que deban proporcionarse verbalmente, y abarcar todas las alternativas que cuenten con la debida autorización, y la efectividad de cada una de ellas, para decidir sobre los métodos de regulación de la fertilidad y, especialmente, para prevenir el embarazo adolescente, las infecciones de transmisión sexual, y la violencia sexual y sus consecuencias.

Este derecho comprende el de recibir libremente, de acuerdo a sus creencias o formación, orientaciones para la vida afectiva y sexual. Un reglamento, expedido a través del Ministerio de Salud, dispondrá el modo en que los órganos con competencia en la materia harán efectivo el ejercicio de este derecho.

Artículo 2º.- Toda persona tiene derecho a elegir libremente, sin coacción de ninguna clase y de acuerdo a sus creencias o formación, los métodos de regulación de la fertilidad femenina y masculina, que cuenten con la debida autorización y, del mismo modo, acceder efectivamente a ellos, en la forma señalada en el artículo siguiente.

Artículo 3º.- Los órganos de la Administración del Estado con competencia en la materia, adoptarán las medidas apropiadas para garantizar el ejercicio de los derechos establecidos por esta ley. Para ello deberán elaborar planes que señalen las acciones respectivas.

Asimismo, los órganos de la Administración del Estado con competencia en la materia pondrán a disposición de la población los métodos anticonceptivos, que cuenten con la debida autorización, tanto hormonales como no hormonales, tales como los métodos anticonceptivos combinados de estrógeno y progestágeno, métodos anticonceptivos de progestágeno solo, los métodos anticonceptivos hormonales de emergencia y los métodos de anticoncepción no hormonal, naturales y artificiales."

- - - - -

Acordado en sesiones de fecha 29 de julio y 4, 5, 10 y 11 de agosto de 2009, con asistencia de los Honorables Senadores señores Mariano Ruiz-Esquide Jara (Presidente), Jorge Arancibia Reyes, Carlos Ignacio Kuschel Silva, Guido Girardi Lavín y Carlos Ominami Pascual.

Valparaíso, 26 de agosto de 2009.

FERNANDO SOFFIA CONTRERAS
Secretario

RESUMEN EJECUTIVO

PRIMER INFORME DE LA COMISIÓN DE SALUD, ACERCA DEL PROYECTO DE LEY SOBRE INFORMACIÓN, ORIENTACIÓN Y PRESTACIONES EN MATERIA DE REGULACIÓN DE LA FERTILIDAD.**BOLETÍN N° 6.582-11.**

I. PRINCIPALES OBJETIVOS DEL PROYECTO PROPUESTO POR LA COMISIÓN:

reconocer legalmente los derechos que las personas tienen en materia de regulación de su fertilidad y, como contrapartida, consignar los deberes que pesan sobre el Estado en esta materia, habilitando, en forma general, a todos los órganos de la Administración competentes, para realizar planes, programas y acciones relativos a la satisfacción de los derechos de la población a obtener educación, información y orientación sobre regulación de la fertilidad, a recibir una educación para la vida afectiva y sexual, a elegir libremente los métodos de regulación de la fertilidad y a acceder a ellos.

II. ACUERDOS: aprobado en general, por 3 votos contra 2. Votaron por la afirmativa los Honorables Senadores señores Girardi, Ominami y Ruiz-Esquide y lo hicieron por la negativa los Honorables Senadores señores Arancibia y Kuschel.

III. ESTRUCTURA DEL PROYECTO APROBADO POR LA COMISIÓN: el proyecto está conformado por tres artículos permanentes.

IV. NORMAS DE QUÓRUM ESPECIAL: no hay.

V. URGENCIA: suma, vence el 28 de agosto de 2009.

VI. INICIATIVA: mensaje de la Presidenta de la República.

VII. TRÁMITE CONSTITUCIONAL: segundo.

VIII. APROBACIÓN POR LA CÁMARA DE DIPUTADOS: en sesión de fecha 15 de julio de 2009, por 73 votos a favor y 34 en contra; se abstuvieron 2 Diputados.

IX. INICIO TRAMITACIÓN EN EL SENADO: 28 de julio de 2009.

X. TRÁMITE REGLAMENTARIO: primer informe. Debe ser informado, además, por la Comisión de Constitución, Legislación, Justicia y Reglamento.

Valparaíso, 26 de agosto de 2009.

FERNANDO SOFFIA CONTRERAS
Secretario de la Comisión

ÍNDICE

Constancias	2
Objetivos fundamentales y estructura del proyecto	3
Resumen de exposiciones	3
Ministra Directora del SERNAM	3
Ministro de Salud	5
Directora del Programa Nacional de Adolescentes y Jóvenes del Ministerio de Salud	9
Ministro Secretario General de la Presidencia	10
Presidente de la Conferencia Episcopal de Chile	14
Profesor Horacio Croxatto	19
Profesor Ventura-Juncá	24
Profesor Manuel Santos	28
Presidente del Colegio Médico de Chile A.G	29
Director Nacional del INJUV	30
Jefa (S) Departamento Estudios y Evaluación del INJUV	30
Presidenta de la Sociedad Chilena de Ginecología Infantil y de la Adolescencia	32
Presidenta de la Corporación Humanas	35
Coordinadora del Observatorio Género y Equidad	40
Presidente de la Asociación Acción Familia	43
Doctor Ramiro Molina	47
Presidenta de la Sociedad Chilena de Pediatría, Comité de la Adolescencia	51
Presidente de la Comisión Jurídica de la Mesa Ampliada de Organizaciones Evangélicas	54
Subdirectora de la Corporación ISFEM	56
Profesor Elard Koch	59
Presidenta de ACONOR	61
Presidenta del Foro de Salud de Derechos Sexuales y Reproductivos	64
Director Legislativo de la Fundación Jaime Guzmán	66
Corporación Calcuta Chile	69
Discusión en general	71
Votación en general	84
Texto del proyecto aprobado	87
Resumen ejecutivo	90
Índice	91
Índice de Anexos	92

**ÍNDICE DE ANEXOS AL INFORME DE LA COMISIÓN DE SALUD
SOBRE EL PROYECTO DE LEY SOBRE INFORMACIÓN,
ORIENTACIÓN Y PRESTACIONES EN MATERIA DE REGULACIÓN DE
LA FERTILIDAD.
(BOLETÍN N° 6582-11)**

- 1.- MINISTRA DIRECTORA DEL SERVICIO NACIONAL DE LA MUJER. SEÑORA LAURA ALBORNOZ POLLMANN.
- 2.- MINISTRO DE SALUD. DOCTOR ALVARO ERAZO LATORRE.
- 3.- HITOS JURISPRUDENCIALES EN RELACIÓN A LOS MÉTODOS DE ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA Y LA ACTITUD DE LOS GRUPOS DE INTERÉS CONTRARIOS A LA UTILIZACIÓN DE DICHOS MÉTODOS. EL ABORTO EN LA CONSTITUCIÓN DEL 80. SEGPRES.
- 4.- COMISIÓN DE EVALUACIÓN Y RECOMENDACIONES SOBRE EDUCACIÓN SEXUAL. MINISTERIO DE EDUCACIÓN.
- 5.- CONSENSO BÁSICO ÉTICO. MONSEÑOR ALEJANDRO GOIC KARMELIC.
- 6.- ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA CON LEVONORGESTREL. DOCTOR HORACIO CROXATTO AVONI.
- 7.- DOCTOR PATRICIO VENTURA-JUNCÁ DELTOBAR.
SEPARATA: EL IMPACTO DE LA ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA EN LA SALUD PÚBLICA.
- 8.- REALIDAD JUVENIL EN EL CHILE ACTUAL.
INSTITUTO NACIONAL DE LA JUVENTUD.
- 9.- CONFIDENCIALIDAD EN LA ATENCIÓN MÉDICA DE LAS Y LOS ADOLESCENTES. DOCTORA PAMELA OYARZÚN GOMBEROFF.
- 10.- CORPORACIÓN HUMANAS.
- 11.- OBSERVATORIO GÉNERO Y EQUIDAD.
- 12.- ACCIÓN FAMILIA.
- 13.- SOCIEDAD CHILENA DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA INFANTIL Y DE LA ADOLESCENCIA. DOCTOR RAMIRO MOLINA CARTES.
- 14.- MESA AMPLIADA DE LA UNIÓN NACIONAL EVANGÉLICA.

- 15.- FACULTAD DE MEDICINA UNIVERSIDAD DE CHILE.
DOCTOR ELARD KOCH.
- 16.- FORO DE SALUD Y DERECHOS SEXUALES Y
REPRODUCTIVOS.
- 17.- FUNDACIÓN JAIME GUZMÁN.
- 18.- CORPORACIÓN CALCUTA.
- 19.- CENTRO DE DERECHOS HUMANOS. UNIVERSIDAD DIEGO
PORTALES.
- 20.- AMADEUS.
- 21.- SOCIEDAD CHILENA DE PEDIATRÍA, COMITÉ DE
ADOLESCENCIA.
- 22.- ACONOR.