

Informe de Investigación

Número 18 / Año 6 / Junio 2004

Mujeres y
reproducción.
¿Del control
a la autonomía?

Lidia Casas B.

CIJ CENTRO DE
INVESTIGACIONES
JURIDICAS

FACULTAD DE DERECHO • UNIVERSIDAD DIEGO PORTALES

Resumen

La discriminación de la mujer y su subordinación en la estructura social quizá se manifiesta de una manera más evidente y fuerte en la facultad que esta tiene para disponer sobre su capacidad reproductiva. En la mayoría de los casos, la justificación de impedir que ella se convierta en un ser autónomo tiene su base en las construcciones sociales que posicionan a la mujer en una situación de subordinación frente al hombre. La retórica sobre el control de la reproducción en muchas sociedades, y particularmente en la chilena, ha estado, marcada por un discurso centrado en su rol fundamental en cuanto madre. Esto contrasta con el hecho que al menos las encuestas de opinión sobre temas vinculados a la sexualidad, el comportamiento de las personas frente a ciertos temas ha sido mucho más tolerante con la diversidad de nuestra sociedad.

El Chile de los 90 se vio tensionado -conflicto que se mantiene vigente- por la pugna entre la autonomía reproductiva para las mujeres y el rol activo de aquellos que quieren mantener el statu quo, la que incluso se manifestó en el cuestionamiento de las políticas de planificación familiar tradicionales. En este ámbito la historia de Chile se ha movido entre los ejes del control y de una tímida liberalización. La transición democrática, aún en curso, encontró fuertes detractores de cualquier intento por otorgar mayor autonomía en esta área; los ejes se mantuvieron entre el control y una temerosa apertura. Este trabajo examina las consideraciones políticas y culturales, además de las argumentaciones jurídicas que han estado presentes en los cambios experimentados.

Se analizan aquellos factores que han colaborado para mantener a Chile en una suerte de estancamiento en el desarrollo de la noción de autonomía reproductiva de las personas, entre ellos la diferencia de agenda y postulados de los principales partidos de la alianza de gobierno, cómo se ha enfrentado el debate y qué rol juega el movimiento de mujeres y el feminista en el posicionamiento de estos temas en la agenda pública. Para ello, este trabajo pasa revista a la ejecución y orientaciones de las políticas de planificación familiar desde su adopción en la década de los sesenta. En segundo lugar, se analizan los discursos y las argumentaciones en torno a las políticas de regulación de la fecundidad implementadas en los 90, y los procesos políticos y cambios en la normativa sobre esterilización voluntaria y la introducción de la AE solo hasta el año 2001.

**MUJERES Y REPRODUCCION.
¿DEL CONTROL A LA AUTONOMÍA?**

Lidia Casas B.

COLECCIÓN INFORMES DE INVESTIGACIÓN
Número 18 / Año 6 / Junio de 2004
32 págs.

Registro de Propiedad Intelectual N° 140.513

Mujeres y reproducción. ¿Del control a la autonomía?

■ Lidia Casas B.

*Profesora e investigadora del
Centro de Investigaciones Jurídicas de la
Escuela de Derecho de la Universidad Diego Portales*

Deseo agradecer los comentarios a mis colegas del CIJ, y en especial a Verónica Undurraga, profesora de la Facultad de Derecho de la Universidad de Chile; Ellen Hardy, socióloga de la Universidad de Campinas, Brasil; la Dra. Soledad Díaz y Claudia Dides, socióloga, por sus valiosos comentarios.

Introducción

La discriminación de la mujer y su subordinación en la estructura social quizá se manifiesta de una manera más evidente y fuerte en la facultad que esta tiene para disponer sobre su capacidad reproductiva. En el caso de la mujer la relación entre cuerpo y derechos es relevante a la hora en que esta pueda trazar autónomamente su propio plan de vida. Muchas veces la mujer no puede adoptar ciertas decisiones, puesto que el ordenamiento le impide u obstaculiza su adopción, en aras a la protección de interferir con intereses de terceros. Estos intereses pueden ser tan difusos como los intereses de la convivencia familiar, las obligaciones entre cónyuges, la preservación de la especie y de las generaciones futuras, la vida en general, pero también en lo específico en la preservación de los intereses del feto.

En la mayoría de los casos la justificación de impedir que la mujer se convierta en un ser autónomo tiene su base en las construcciones sociales que posicionan a la mujer en una situación de subordinación frente al hombre. En cualquier caso, la retórica sobre el control de la reproducción en muchas sociedades, y particularmente en la chilena, ha estado marcado por un discurso centrado en el rol fundamental de la mujer en cuanto madre, usando un lenguaje familista que exalta a la mujer en su calidad de reproduc-

tora de la especie que se contrapone con mayores demandas de autonomía por parte de estas¹.

El Chile de los 1990 se vio tensionado –pugna que se mantiene vigente– por el conflicto entre la autonomía reproductiva para las mujeres, la que incluso se manifestó en el cuestionamiento de las políticas de planificación familiar tradicionales y aquellos que habían emprendido una tarea activa de mantener el *statu quo* incluso para revertir algunas de los desarrollos que se perciben como logros de las mujeres. Mientras eso ocurría en Chile, el escenario internacional mostró mayor desarrollo en nociones de autonomía reproductiva, no exenta de polémica por cierto; Chile se quedó atrás, atrincherado al momento de emprender diálogos, en la medida que ello es posible, y deliberar sobre los que algunos denominan temas valóricos.

En este ámbito la historia de Chile se ha movido entre los ejes del control y de una tímida liberalización. La transición democrática, aún en curso, encontró fuertes detractores de cualquier apertura en este ámbito; los ejes se mantuvieron entre el control y una autonomía. El discurso conservador, que resalta el papel de la mujer en cuanto reproductora de la vida no nace con la transición a la democracia, sino que se gesta lentamente desde la época en que

se adoptan en Chile las primeras políticas de planificación familiar en la década de los 60. Sin embargo, el crecimiento de posturas y activa militancia de grupos conservadores creó un ambiente polarizado entre aquellos que “respetan la vida” y los que no. Grupos vinculados al Opus Dei y Legionarios de Cristo se posicionaron eficazmente como agentes de presión para detener o debilitar las políticas públicas que impulsaban mayor grado de autonomía de las personas. Su fuerza ha sido efectiva y significativa al punto que, a juicio de esta autora, ha impedido incluso el debate más político relegando la cuestión al tema de las cuestiones técnicas². Todo ello, por cierto, dentro de un contexto de una coalición en que el partido mayoritario de la alianza gobernante adhiere al proyecto social y a los enunciados generales de la Iglesia católica.

Como muchos movimientos sociales, tras la recuperación de la democracia el movimiento de mujeres evidencia grandes debilidades. Al igual que muchos otros no es homogéneo ni tampoco podría serlo, aun cuando discursivamente se habla del “movimiento”³. En él confluyen una variedad de intereses y experiencias cruzados además por la participación política y militancia y las particulares visiones desde los partidos de centro izquierda e izquierda⁴. Este movimiento tuvo como principal eje articulador la lucha contra la dictadura, su interior confluía la activa participación de feministas, quienes con un sentido más político y estratégico proyectaron, en la recuperación democrática, la expectativa de avanzar en las condiciones de subordina-

1 En este sentido es interesante examinar la postura de la Conferencia Episcopal chilena frente a la adopción del Protocolo Facultativo de la CEDAW o Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer aparecida en *El Mercurio*, el 13 de enero del 2001. En este artículo, publicado en la sección Reportajes, la Conferencia Episcopal hizo un llamado directo a los senadores a no ratificar tal instrumento, señalando al efecto: “Ratificar el Protocolo es, de hecho, exponerse libremente a las recomendaciones de un Comité y a presiones internas y externas de la opinión pública, si bien el país ya ahora no reconoce la validez o la oportunidad de algunas decisiones tomadas por el Comité cuyos parámetros valóricos discrepan del acuerdo del Honorable Senado del 9 de agosto de 1995 y de su vigorosa defensa de la familia y de la vida”. (El énfasis es de la autora).

2 En este sentido, fue ilustrativo lo sucedido en torno al debate de la anticoncepción de emergencia o ‘píldora del día después’.

3 Usaré la voz ‘movimiento’ para facilitar el análisis sin calificar las consideraciones aquí expuestas.

4 Alicia Frohman y Teresa Valdés, *Democracy in the Country and in the Home. The Women’s movement in Chile*, Serie Estudios Sociales N° 55, FLACSO, Santiago, 1993, pp. 8-16.

ción de la mujer. Incidieron en la etapa de la reconstrucción democrática a través de su participación en los equipos políticos y técnicos. Este trabajo no pretende dar luces sobre las causas del debilitamiento del movimiento de mujeres, y escapa a los alcances de este trabajo, y hasta que punto es posible establecer la relación entre la incorporación masiva de "cuadros feministas" al Estado en ese debilitamiento. Solo examinaré críticamente la participación de ese movimiento y algunas expresiones del feminismo criollo en los cambios experimentados en los 1990⁵. Concluimos que su rol fue significativamente menor que en la lucha de recuperación democrática, aun cuando su éxito pueda estar precisamente en que logró incorporar, al menos en la agenda democrática previa a 1990, algunas de los temas que afectan los derechos de las mujeres⁶. La mayor invisibilización, en los noventa, de algunos grupos feministas en la construcción de una agenda política en torno a temas de la sexualidad y la reproducción, a nuestro juicio se debió a la insistencia en un diálogo interno que no colaboró en la generación de alianzas con otros actores sociales, reivindicando, a veces, una agenda maximalista, en tanto además tendió a descalificar a quienes no compartían su punto inicial de análisis. Es posible que el período de mayor desvinculación entre feministas con organizaciones y el mundo civil no feministas esté en retroceso, y quizá el debate por la defensa judicial de la autorización a la anticoncepción de emergencia sea una prueba de ello, con todas las particularidades que esa coyuntura tuvo y la débil capacidad de liderazgo de las feministas en esa movilización.

5 Véase, Ríos Tobar, Godoy Catalán y Guerrero Caviedes, ¿Un Nuevo Silencio Feminista? La transformación de un movimiento social en el Chile posdictadura, Centro de Estudios de la Mujer, Editorial Cuatro Propio, Santiago, 2003, pp. 23-32.

6 En este sentido, el documento las "Demandas de las Mujeres a la Democracia" fue elaborado por un grupo de organizaciones feministas y de mujeres feministas en 1998, fue publicado en el diario *La Epoca* el 1 de julio de 1988, Ríos *et al.* *Op. cit.* p., 57.

Ahora, si bien algunos sectores feministas puedan tener una cuota de responsabilidad en el estado de situación de un estancamiento en estos temas, no se puede desconocer de ninguna manera el contexto en que opera la discusión pública y la generación de la agenda política. Todos los actores en estas materias operan con una importante cuota de autocensura. Entre más cercana se ubique la discusión al tema del aborto, más fuerte es la autolimitación de los actores y ello ha operado en todo orden de niveles: políticos, sociales, e incluso académicos. A pesar de contar con una opinión pública favorable, los gobiernos de la Concertación –incluido el actual– han sido reacios a impulsar políticas más innovadoras. Se observa que el Presidente Lagos en ocasiones mostró posturas de mayor apertura, para luego retractarse, en cuanto los oponentes utilizan en su contra la retórica de la defensa de "la vida", como ha sido en el caso al hablar de aborto⁷.

Esto contrasta con el hecho que al menos en las encuestas de opinión sobre temas vinculados a la sexualidad, el comportamiento de las personas frente a ciertos temas ha sido mucho más tolerante con la diversidad de nuestra sociedad⁸.

7 No puede desconocerse el hecho de que las cuestiones que más dividían a los candidatos en las elecciones primarias de la Concertación fueran el divorcio y el aborto terapéutico. Aunque durante su campaña Lagos se mostró partidario de restablecer el aborto terapéutico, se retractó cuando sus declaraciones se utilizaron para "demostrar" una presunta postura antivida. En la elección presidencial de 1999 hubo pegatinas que tomaron la consigna de la campaña de la Concertación para reafirmar un discurso antiaborto. La campaña acuñó la frase "Crecer con Igualdad" y la pegatina usaba la expresión "Antes que crecer hay que nacer".

8 Véase, por ejemplo, las encuestas que se han referido al aborto directamente o al uso de métodos anticonceptivos. La realizada por la Consultora Feedback muestra que 59,9% está a favor de la píldora AE y el 59,6% a favor del aborto en casos de embarazo por violación. (*La Nación*, 21 julio 2002). Por su parte, la Fundación Ideas en su encuesta del 2001 preguntó por el aborto, los resultados muestran "ya que siempre han existido abortos y que siempre existirán debe legislarse para que se realicen en mejores condiciones, un 34,3% [de los encuestados] estuvo totalmente de acuerdo, un

Este trabajo examina las consideraciones políticas y culturales además de las argumentaciones jurídicas que han estado presentes en los cambios experimentados. No pretende ser un trabajo de una actora disidente de este proceso, y por lo tanto tiene la carga de la subjetividad de quien ha sido partícipe, aun cuando la noción de objetividad en el objeto de estudio sea a veces cuestionable. También examina aquellos factores que han colaborado para mantener a Chile en un estancamiento de la consolidación de la autonomía reproductiva de las personas.

Para ello, pasaremos revista al desarrollo de la discusión sobre diversos temas. En primer término se analizarán la ejecución y orientaciones de las políticas de planificación familiar desde su adopción en la década de los sesenta. En segundo lugar, los discursos y las argumentaciones en torno a las políticas de regulación de la fecundidad implementadas en los 1990, y los procesos políticos y cambios en la normativa sobre esterilización voluntaria y la introducción de la AE solo hasta el año 2001⁹. Al cierre de los comentarios finales de este informe, estaba en discusión ante la opinión pública el uso de anticoncepción de emergencia en los establecimientos públicos de salud.

13,1% muy de acuerdo y un 12,8% un poco de acuerdo, lo que suma un 60,1%. En la primera encuesta sobre Intolerancia y Discriminación, el porcentaje acumulado era de un 44,7%. (Fundación Ideas Segunda Encuesta Intolerancia y Discriminación, Fundación Ideas, Santiago, 2002; Primera Encuesta Intolerancia y Discriminación, Fundación Ideas, Santiago, 1997). Por su parte, la encuesta del Grupo Iniciativa de Mujeres realizada en 1999 mostró que el 93,4% de las personas respondió afirmativamente a la pregunta "todas las personas tienen derecho a usar anticonceptivos para evitar embarazos, dentro o fuera del matrimonio", citado en Margarita Palacios, *Liberalismo y Conservadurismo en Chile: Actitudes y Opiniones de las Mujeres a fin del siglo XX*, Informe para CEDEM, Santiago, 2000, p. 14.

⁹ Este trabajo no aborda la cuestión del aborto, materia que es parte de otro proyecto de investigación.

I. Desde el control demográfico a la construcción de los derechos sexuales y reproductivos

En la comunidad internacional, los derechos reproductivos son un concepto emergente que pone la autonomía de la mujer para determinar su capacidad reproductiva en el eje del debate. Sus orígenes se remontan a la mayor preocupación por parte de las naciones desarrolladas por el crecimiento demográfico sin control, a un movimiento feminista que en los países desarrollados impulsaba la autonomía de la mujer para regular su fecundidad y la liberalización de las leyes sobre aborto, y a la preocupación de profesionales de la salud de países en desarrollo en torno a las elevadas tasas de mortalidad materna.

Si bien el uso del concepto se ha masificado, no por ello es aceptado universalmente, incluso dentro de algunas corrientes feministas. Algunas de ellas han visto con suspicacia la utilización del lenguaje de derechos, puesto que podría enmascarar políticas neomaltusianas destinadas más a controlar el crecimiento de la población que a consolidar los derechos de la mujer en el ámbito de la reproducción. Otras perciben que estos derechos solo enfatizan el rol reproductivo de la mujer y por ende refuerzan estereotipos, o en otros casos, que la construcción de derechos solo tendría como propósito liberalizar el aborto, desconociendo otras esferas de la vida de las mujeres¹⁰.

Algunas feministas reconocen las limitaciones de la noción tradicional de derechos apegada a las corrientes liberales y prefieren mantener el lenguaje de los derechos pero "reconstruyéndolos", es decir, evitando que se les conceptualice como meras libertades,

¹⁰ Véase Rosalind Petchetsky, *Negotiating Reproductive Rights*, International Reproductive Rights Research Action Group, ed. R. Petchetsky and K. Judd, Zed Book, London, 1998, p. 6.

facultades, o elecciones de las personas (el derecho a la privacidad y la no interferencia de terceros) y entendiéndolos también como derechos que encarnan obligaciones positivas de los Estados a cuyo análisis se deben incorporar los conceptos de género, clase y etnia, entre otros. Petchesky y Correa, por ejemplo, sostienen que el derecho a elegir carece de relevancia para las mujeres pobres, puesto que estas no solo ven limitado su derecho a decidir libremente, sino tampoco cuentan con condiciones para adoptar decisiones autónomamente y ejercer esos derechos¹¹. De allí que estimen que estos son derechos claramente sociales en su construcción, fundados en los principios de la igualdad e integridad personal. Esta visión de las cosas no es diametralmente distinta a lo que algunos autores afirman es el principio de la autonomía, en que más allá de la elección del plan de vida y la modelación de una moral autorreferida, el Estado asume el rol de asegurar que los individuos puedan elegir diseñando políticas e instituciones para tal efecto.

En cualquier caso, la autonomía reproductiva de la mujer no es un concepto generado en la década de los sesenta, puesto que en él subyacen las ideas del derecho a la integridad personal y autodeterminación sexual con orígenes en la Inglaterra y Estados Unidos de comienzos del siglo XIX¹². Un siglo más tarde, en Chile, las mujeres miembros de un naciente movimiento feminista tuvieron como una de sus aspiraciones y bandera de lucha la emancipación de la mujer en el área biológica¹³ y propiciaron

una modificación al Código Penal para permitir el aborto en hospitales públicos en casos calificados y la entrega gratuita de métodos anticonceptivos¹⁴. Los médicos y asistentes sociales que debían lidiar con las consecuencias de la pobreza y enfermedades asociadas a una alta paridad también reivindicaban el uso de métodos para regular la fecundidad. Ya en la década de 1920 hubo doctoras que difundieron los métodos de anticoncepción artificial disponibles en Chile¹⁵. Luego de los esfuerzos aislados por entregar anticoncepción en la década de los veinte, a fines de 1938 algunos obstetras de los policlínicos del Seguro Obrero impulsaron la entrega de servicios de regulación de la fecundidad¹⁶. Sin embargo, tuvieron que pasar 25 años para que estos esfuerzos se convirtieran en política del Ministerio de Salud. Así, en 1964 se dio inicio a un programa que inicialmente se llamó de Salud Familiar y Regulación de los Nacimientos y luego de Paternidad Responsable, y que ponía énfasis sobre el derecho de las parejas a decidir sin presiones respecto del número de hijos¹⁷.

Este programa fue catalizado externamente por la Asociación Chilena de Protección de la Familia (APROFA), una agrupación de

11 Sonia Correa and Rosalind Petchesky, *Reproductive and Sexual Rights: A Feminist Perspective*, en *Population Policies Reconsidered*, ed. Gita Sen, Adrienne Germain and Lincoln Chen, International Women's Health Coalition and Harvard Center for Population and Development Studies, Boston, 1994, pp. 107-108.

12 La lucha de las feministas inglesas se desarrolló al alero de reivindicaciones socialistas de comienzos de 1830 centradas en el uso de métodos anticonceptivos, ideas que luego prendieron en Estados Unidos y otras partes del mundo. Véase Sonia Correa and Rosalind Petchesky, *op. cit.*, pp. 108 y siguientes.

13 Los estatutos del Movimiento pro Emancipación de la Mujer Chilena (MEMCH), redactados en 1935, señalaban en su Artículo 1º que "...[el MEMCH] es una organización femenina que persigue la emancipación integral y en especial la emancipación económica, jurídica, biológica y política de la mujer". Citado en Olga Poblete, *Una Mujer: Elena Caffarena*, Ediciones La Morada, Editorial Cuarto Propio, Santiago, 1993, p. 44.

14 MEMCH, *Antología del MEMCH*, citado en Ximena Jiles, *Historia de las políticas de regulación de la fecundidad en Chile*, en *Sexualidad y Reproducción. Hacia la Construcción de Derechos*, *op. cit.*, p. 131.

15 Ximena Jiles, *De la miel a los implantes. Historia de las políticas de la regulación de la fecundidad*. CORSAPS, Santiago, 1992.

16 Herrera, citado por Marcela Ferrer Lues en *Planificación Familiar y Anticoncepción: Estudio de las modificaciones en el comportamiento anticonceptivo en una población del área norte de Santiago, Chile*. Programa de Formación en Población y Desarrollo, Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE), Santiago, 1992.

17 Ximena Jiles, *op. cit.*, p. 131.

médicos preocupados por los indicadores de aborto inducido y mortalidad materno-infantil. Los abortos con complicaciones tenían características de epidemia –causaban la mitad de las muertes maternas– y el costo asociado a su tratamiento alcanzaba a un millón de dólares anuales¹⁸. La mitad de la sangre disponible en los hospitales se utilizaba en atender abortos sépticos; las mujeres de sectores populares debían compartir las camas de las maternidades de los servicios públicos¹⁹. Es decir, existían sólidos argumentos a favor de la introducción masiva de métodos de regulación de la fecundidad. Desde el punto de vista político era difícil desmentir los beneficios derivados de que la población pudiera regular su fecundidad, dado que las nefastas consecuencias de no tener políticas ni programas de planificación familiar hablaban por sí solas. La cifra de mortalidad materna disminuyó de 10.7 a 0.5 muertes por cada 10.000 nacidos vivos entre 1960 y el año 2000²⁰.

A petición del Dr. Gustavo Fricke, Director del Servicio Nacional de Salud (SNS), APROFA se constituyó como Comité Asesor de la Dirección General. El objetivo final fue precisamente disminuir la incidencia del aborto provocado, reduciendo por ende los daños y riesgos asociados a la salud materno-infantil²¹.

18 Estudios realizados en 1995 por un equipo interdisciplinario midieron el costo asociado al tratamiento del aborto en los servicios públicos chilenos. Esta cifra alcanzaba a US\$ 14 millones de la época, suficiente para mantener funcionando a un hospital de 68 camas durante un año completo. Este costo solo consideraba el gasto en insumos y material hospitalario, sin considerar el copago de Fonasa o ISAPRE cuando procediere. Lavín P. y col. Informe preliminar sobre la caracterización de los casos y costos del tratamiento del aborto hospitalizado en Santiago de Chile. Ponencia presentada en el Encuentro de Investigadores sobre Aborto Inducido en América Latina y el Caribe. Universidad Externado de Colombia. Santa Fe de Bogotá, 1994.

19 Drs. Jorge Robinovich y Guillermo Galán, ambos miembros de APROFA.

20 Departamento de Estadísticas e Información de Salud, Ministerio de Salud, Gobierno de Chile, 2001.

21 Ferrer Lues, *op. cit.*

El nuevo programa de planificación familiar se difundió a nivel nacional, creándose para estos efectos un complemento educativo y aumentando la entrega de anticonceptivos gratuitos a la población beneficiaria del SNS y del Servicio Médico Nacional de Empleados (SERMENA). Con diversas entidades privadas se firmaron convenios sustentados en la regulación de la fecundidad como un elemento central de las políticas de protección de la salud de la mujer y los hijos. En ese marco pronto se dictaron normas básicas sobre la utilización de métodos anticonceptivos²². La cobertura inicial propuesta por el Ministerio era de un 15%, la que aumentó en 1971 a un 40% de la población femenina en edad fértil, en especial la de alto riesgo, mujeres con historial de interrupciones ilegales del embarazo, dificultades socioeconómicas severas y problemas de salud que pudieran agravarse con un embarazo²³.

Además de este fuerte impulso de políticas que parecían reafirmar más el derecho de las parejas que el de la mujer a establecer el número y espaciamiento de los nacimientos, se desarrolló un importante campo de investigación científica sobre métodos anticonceptivos. Chile se convirtió en un país vanguardista que generó técnicas de anti-concepción que luego fueron adoptadas internacionalmente. Los trabajos del Dres. Zippner y Tatum sobre anillos intrauterinos usando el cobre y la forma de T dieron paso al desarrollo de los dispositivos intrauterinos (DIU). La masificación de este método de bajo costo generó gran polémica en sec-

22 La primera norma fue la Circular A 2 1 N° 3 emitida por el Director General del SNS el 8 de octubre de 1968. Esta tenía como propósito no solo resolver el tema de la planificación familiar como política de salud, sino que establecer formalmente los términos de cooperación con la Asociación Chilena de Protección a la Familia, filial de la International Planned Parenthood Federation. Citado en Federación Internacional de Planificación de la Familia, Chile: Informe de la Asociación Chilena de Protección a la Familia, Dr. Avendaño, México, 1969.

23 Ferrer Lues, *op. cit.*

tores que consideraban que algunos de sus posibles mecanismos de acción podrían ser abortivos. El Dr. Benjamín Viel, uno de los principales actores en la introducción masiva de la anticoncepción, recuerda la polémica desatada por el posible efecto del DIU:

"Sin fundamento se atribuyó su efecto anticonceptivo a que la presencia de este cuerpo extraño en el interior de la cavidad uterina provocaba un aborto muy precoz y ello desató en nuestro país una gran discusión, en la cual los grupos pro-natalistas lo denominaron un procedimiento micro-abortivo, teoría hoy ampliamente probada como falsa..."²⁴.

En la década de los sesenta este debate se acentuó, impulsado desde las páginas editoriales de importantes diarios y revistas del país²⁵. En respuesta a esta polémica, dirigida principalmente al SNS, el Dr. Romero, entonces vicepresidente de APROFA, señaló: "Quien diga que el DIU es abortivo, si no miente, está en terreno bastante movedido"²⁶. Todas las campañas de desprestigio al DIU no tuvieron mayor impacto. Es interesante cómo después de 40 años el debate en torno a los métodos haya sido tan similar, cuando a propósito del debate sobre la AE hubo quienes querían cuestionar el uso del DIU²⁷.

En la actualidad, los DIU constituyen el principal método utilizado por las usuarias bajo control del sistema público de salud.

Según datos del Ministerio de Salud para el año 2001, entre las mujeres de 15 a 44 años que usaron algún método anticonceptivo, los más usados fueron el DIU -58,3%- y las pastillas combinadas, con un 31,1%²⁸. El DIU es muy eficiente desde el punto de vista económico: tiene una vida útil de hasta diez años, es fácilmente insertado por personal no médico; es de bajo costo y tiene gran eficacia²⁹.

La tranquila implementación de políticas de planificación familiar se vio interrumpida durante el gobierno militar. Desde las políticas centradas en mejorar los indicadores de salud y educar a la población en la noción de "paternidad responsable" que se remontaban al gobierno de Eduardo Frei Montalva, el gobierno militar hizo un violento viraje que se tradujo en políticas pronatalistas fundadas en la doctrina de la seguridad nacional. Estas políticas quedaron expresadas en el documento "Política de Población" publicado por la Oficina de Planificación Nacional (Odeplan) en 1979. En este se señalaba que se debía evitar el *uso abusivo* de métodos anticonceptivos:

"Se mantendrá una infraestructura de servicio de información (**oportuna, completa y selectiva en términos de madurez de receptividad**) y de **accesibilidad controlada** a las medidas que sean necesarias de regulación de la fecundidad, sin que a través de una excesiva facilitación se llegue a alcanzar un carácter de imposición o presión sobre los usuarios, para **evitar todo desborde o abuso sobre**

24 Benjamín Viel, prólogo a *De la miel a los implantes: Historia de las políticas de regulación de la fecundidad*, p. 7.

25 Gonzalo Rojas, *Crónicas de un debate sobre natalidad*, Instituto de Estudios de la Juventud, Santiago, 1977.

26 Entrevista en 1977 en *Revista Ercilla*. Citado por Rojas, p. 11.

27 Así por lo menos lo señalaba Jorge Reyes, vocero de grupos "pro vida", en entrevista a medios televisivos, y el abogado Gonzalo García en la prensa escrita, véase Leyla Ramírez, "Abogados no apelarán por la T de Cobre", *La Nación*, 4 de septiembre de 2001.

28 Diagnóstico de situación sobre esterilizaciones voluntarias. División Rectoría y Regulación Sanitaria, Departamento de las Personas, Programa Salud de la Mujer. Ministerio de Salud, junio 2002.

29 David Hubacher, "The checkered history and bright future of intrauterine contraception in the US", *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, Vol. 34 N° 2 March/April 2002 at 99-100 and Kirti Iyengar and Sharad D. Iyengar, "The Copper T-380A IUD: a Ten-Year Alternative to Female Sterilisation in India" in *Reproductive Health Matters*, Vol. 8 N° 16, Nov. 2002, pp. 127-128.

ellos que pueda restringir el derecho de libre decisión”³⁰ [el énfasis es nuestro].

Ello se tradujo en que los servicios de salud dejaron de publicitar o notificar a la población sobre métodos anticonceptivos. Algunos profesionales de la salud, en particular matronas, relatan que en algunos consultorios se retiraron los afiches relativos al Programa de Planificación Familiar. Mujeres de sectores populares agregan que, sin mediar consentimiento y durante chequeos gineco-obstétricos de rutina, les retiraron los dispositivos intrauterinos. No existen estudios sobre este parte de la historia, y si bien esto pudiera ser parte de la mitología popular respecto de lo sucedido en el régimen militar, lo cierto es que mujeres de las más diversas localidades recuerdan tales hechos en esta época³¹. Entre un discurso político, centrado en la doctrina de seguridad nacional y la protección a la familia, el régimen militar y algunos médicos católicos hicieron la más enfática relación que el uso de métodos anticonceptivos implicaba la destrucción a la familia y que ello era producto de la penetración del mundo comunista³².

Durante los primeros años del gobierno militar se reabrió además el debate en torno al mecanismo de acción de los dispositivos, que un grupo ahora influyente argumentaba evitaban la anidación del huevo fecun-

dado y eran por ende microabortivos. Pero no obstante existir un clima especialmente propicio a la eliminación de los DIU —u otros métodos— del Programa de Planificación Familiar, esta discusión no prosperó. Este debate se generó precisamente al cumplirse una década de la Encíclica *Humanae Vitae* del Papa Paulo VI. Así en las páginas de *El Mercurio* se traslucía las opiniones del sacerdote Ibáñez Langlois y de médicos católicos como Ricardo Cruz-Coke, Patricio Mena y Alfredo Pérez, quienes insistirían que toda forma de anticoncepción es inmoral, que los anticonceptivos que se presentan como tales son microabortivos, y que cualquiera sean los procedimientos artificiales de anticoncepción, en un grado menos superlativo que el aborto, son siempre inmorales³³. Algunos fueron más lejos señalando que el Servicio Nacional de Salud asume riesgos deslindantes con el genocidio y la transformación genética al reducirse la tasa de natalidad³⁴. A nuestro juicio, por sobre las posturas militantes contrarias al uso de los métodos, primó un factor de eficiencia económica, dado que hubiese sido necesario retirar los dispositivos del programa de salud materno-infantil y reemplazarlos por anovulatorios. Pero también estaba en la memoria reciente, los indicadores de salud pública en relación al aborto clandestino. Así además queda de manifiesto en la entrevista del Dr. Ramiro Molina, Jefe del Departamento de Salud Materno-Infantil del Ministerio de Salud, quien señaló que “es extremadamente peligroso estimular la natalidad usando elementos negativos, como es el caso en que el Estado no proporcione la información y los medios para ejercer la paternidad responsable, ya que ello tendría un grave impacto en los abortos clandestinos”³⁵. Cabe desta-

30 Presidencia de la República, Política de Población, Plan Nacional Indicativo de Desarrollo (1979-1983), Oficina de Planificación Nacional (ODEPLAN), Santiago, 1979, p. 7.

31 La circulación y discusión del borrador de este trabajo entre distintas personas aportó nuevas luces corroborando estas mismas alegaciones, esta vez con información desde cargos más altos en el Ministerio de Salud.

32 Olga Grau hace un recorrido de documentos de prensa de la época, los que dan cuenta de discursos excluyentes de otras miradas y que condenan el uso de anticonceptivos. *El Mercurio*, “Familia y Juventud”, 12 de julio de 1979, y *El Mercurio*, “Regreso a la Maternidad”, 29 de abril de 1979, citados en “Cuerpos y valores. El asunto de la reproducción” en Discurso, Género y Poder. Discursos Públicos: Chile 1978-1993, Corporación de Desarrollo La Morada y la Universidad ARCIS, LOM, Santiago, 1997, pp. 257-259.

33 *Ibid.* pp. 249-253.

34 *El Mercurio*, “Regreso a la maternidad”, 29 de abril de 1979, citado en *Cuerpos y Valores*, *op. cit.*, p. 258.

35 *Qué Pasa*, “¿Chile se vuelve viejo?”, 12 de abril de 1979, citado en *Cuerpos y Valores*, *op. cit.*, p. 261.

car que hasta 1992 era la USAID quien financiaba la mayor parte de los anticonceptivos usados en el sistema público de salud.

En los primeros años del gobierno militar se dictó una resolución administrativa que regulaba la esterilización voluntaria y fijaba los requisitos que debía cumplir una mujer que deseaba dar por terminada su vida reproductiva. La Resolución 003 de 1975, de hecho, tuvo como antecedente el temor que provocaba en algunos ginecoobstetras hacer procedimientos que los jefes de servicio pudieran cuestionar. Esta norma establecía que la esterilización era considerada un acto médico, por lo cual era irrelevante la decisión personal de la involucrada y solo la existencia de ciertas causas o patologías podían justificar tal procedimiento. En términos prácticos, las postulantes debían tener más de 32 años, cuatro hijos vivos y sufrir alguna afección que justificara la esterilización. La edad podía bajar a 30 si la patología era una de las descritas en la norma. Los directores de servicios exigían además que la solicitante contara con el consentimiento del cónyuge o pareja³⁶, lo que hacía aún más difícil la aprobación del procedimiento. Este requisito dio lugar a situaciones francamente surrealistas en los últimos años de su vigencia en que viudas, separadas o sin pareja estable debían recurrir a amigos, compadres, vecinos, novios o quienquiera estuviese dispuesto a firmar el papel necesario³⁷.

Si bien la norma nada disponía sobre la vasectomía, los médicos que intentaron reali-

zarlas en el marco del Programa de Paternidad Responsable debieron abstenerse después de ser amenazados con un sumario administrativo³⁸. Desde luego, nada de lo anterior tenía aplicación en la práctica privada, donde primaba la autonomía de las personas y la decisión se tomaba simplemente en el marco de la confidencialidad de la relación médico-paciente. Estas limitaciones contrastaban con el reconocimiento de los propios profesionales de la salud, que ya al final de la década de los setenta entendían la planificación familiar como un derecho humano básico³⁹.

El examen del contexto nacional e internacional de los años 1960 para la introducción de políticas de regulación de la fecundidad en Chile es relevante: fueron años marcados por la preocupación de los salubristas por los altos índices de mortalidad materna y desnutrición infantil, mientras en Estados Unidos se introducía el uso de métodos anticonceptivos. Los salubristas actuaban impulsados por mejorar los indicadores de salud de la población mientras que las políticas de Estados Unidos se diseñaban, según algunos, para detener un crecimiento demográfico percibido como una potencial fuente de inestabilidad política en la región⁴⁰. No todos los miembros de la comunidad médica comparten la opinión si los salubristas solo se movían por indicadores biomédicos o bien por consolidar el dere-

36 Este fue un requisito que se instauró por la fuerza de la costumbre, a pesar de no estar escrito. Ante la inexistencia de divorcio vincular, se optó por entender que lo exigido era el consentimiento de la "pareja", indistintamente de la situación conyugal de la mujer.

37 Resolución modificada en diciembre de 2000, después de un periodo de discusión con los actores técnicos y organizaciones relevantes, de una dilatada tramitación interna producto de la *prudencia política* esperable en estas materias, y del nombramiento en la cartera de la Ministra Michelle Bachelet.

38 Comunicación personal con el Dr. Jorge Robinovich, ex Presidente de APROFA.

39 Un manual de obstetricia señalaba que "...la planificación de la familia [es] el ejercicio de un derecho humano básico de la familia, de la pareja o de la mujer para decidir acerca del tamaño del grupo familiar (número de hijos), el espaciamiento entre uno y otro, del tiempo para comenzar y poner término al proceso reproductivo". Onofre Avendaño, *Esquemas de Obstetricia: Patología del Embarazo*, 4ª edición, Editorial Universitaria, Santiago, 1979, p. 235.

40 Jacqueline Gysling, *Salud y derechos reproductivos: Conceptos en construcción*, en *Sexualidad y Reproducción. Hacia la Construcción de Derechos*, ed. Teresa Valdés y Mirén Busto, CORSAPS y FLACSO, Santiago, 1994, p. 13.

cho de las mujeres a decidir. Ya en 1972, en el seno de los profesionales de APROFA, la noción de paternidad responsable estaba asociado a la reproducción y socialización de futuras generaciones de tal manera que el embarazo ocurriera en circunstancias deseables y que el niño fuera deseado al nacer⁴¹. Por lo cual la reproducción racional significaba que los padres planificaran su familia, decidiendo cuándo y cuántos hijos desean tener⁴². Algunos sostienen que la estrategia desplegada fue iniciar programas de planificación familiar con bases biomédicas, en que subyacían una defensa al derecho a la vida de las mujeres que se morirían por complicaciones derivadas del aborto, pero que detrás de esta postura de evidencia médico-científica estaba la noción de derechos. Si ello así fuera, ello significa que no ha existido un giro en las estrategias desde aquella época⁴³.

En resumen, durante este período se propiciaron políticas de población que toleraron el uso de métodos anticonceptivos, pero sin alentarlos ni menos entender su uso como el ejercicio de derechos, a raíz de lo cual el acceso a información y servicios de regulación de la fecundidad dependía del criterio de cada profesional y de las particularidades de cada servicio de salud. De allí que Mónica Weisner⁴⁴ sostenga que hacia fines de los ochenta, y a pesar del tiempo de aplicación de políticas y programas oficiales sobre planificación familiar, no se evidenciaba una consolidación del uso informado de métodos asociado a la noción de derechos o ciudadanía.

41 Ellen Hardy y Doris Banchik, "Aspectos Psicológicos y Sociológicos de la Paternidad Responsable", Boletín APROFA, Año VIII, N° 5, p. 4, Santiago, 1972.

42 *Ibid.*

43 Sobre este punto he sostenido calurosas y amigables discusiones con una médica que en los años sesenta se iniciaba en el tema de la salud pública. A la Dra. Soledad Díaz mis agradecimientos.

II. Políticas de regulación de la fecundidad en 1990: la incorporación de nuevos actores

Los lineamientos en materia de regulación de la fecundidad fueron desarrollados fundamentalmente en el contexto del Programa de Salud Materna y Perinatal, hoy denominado Programa de Salud de la Mujer, del Ministerio de Salud. A través de este se formularon normas técnicas en torno a lo que se ha denominado "paternidad responsable"⁴⁵.

Al respecto creemos que el cambio de nombre no significó incorporar una perspectiva de género en la provisión de servicios, y que esta se ha limitado a lo meramente discursivo. Es más, la oferta de servicios ha estado enfocada a las mujeres que experimentan la maternidad, sin propiciar masivas acciones de prevención o educación sexual. Con todo, los principios generales inspiradores del documento *Normas de Paternidad Responsable* establecen, entre otros, que "...el gobierno de Chile reconoce el beneficio que logra la población con las actividades de planificación de la familia, que les permite tener el número de hijos con el espaciamiento y oportunidad deseada"⁴⁶.

44 Antropóloga de la Universidad de Chile, ha estudiado extensamente el comportamiento reproductivo de las mujeres de sectores populares y aborto inducido en Chile. Presentación sobre el Estado de Situación del Aborto en Chile, Universidad de Chile, mayo de 2001.

45 Véase Normas de Paternidad Responsable, MINSAL, Santiago, 1993.

46 Su principio 5° agrega:

"Se reconoce el derecho del individuo, de la pareja y de la familia a decidir libremente, con la información adecuada, el uso o no uso de los métodos de regulación de la fecundidad disponibles que le sean más aceptables. Se ampliará el acceso a nuevas alternativas que le sean más aceptables. Se ampliará el acceso a nuevas alternativas de métodos anticonceptivos aceptados, incluidos los de abstinencia periódica..." República de Chile, Normas de Paternidad Responsable, Ministerio de Salud, Programa de Salud Materna y Perinatal, Santiago, 1993, p. 5.

Este documento contiene además directrices técnicas que son consideradas como si fueran normas jurídicas por el personal de la salud pública. Ello quiere decir que todo lo que el documento no contiene se percibe como prohibido o inexistente, incluso en materias claramente técnicas sobre métodos o procedimientos médicos. De allí que algunos expertos del área biomédica aboguen por su actualización, a fin de evitar inconsistencias entre el avance de la ciencia y la práctica clínica.

Fue en este contexto que el Chile de principios de los 1990 intentó hacerse parte de lo que se discutía en el concierto internacional. El gobierno de Patricio Aylwin, sin embargo, se limitó a confirmar lo que parecía correcto, es decir, lo que las organizaciones técnicas venían diciendo sobre la materia. De allí que la comisión redactora del documento oficial chileno a la Conferencia sobre Población y Desarrollo en El Cairo considerase "...aceptable la definición contenida en el 7.1 [sobre salud reproductiva] del documento, que es coincidente con la adoptada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), que tiene un carácter más técnico que político. Los principios generales contenidos en esta definición han sido los inspiradores permanentes de las políticas de planificación familiar iniciadas en Chile desde la década del sesenta" [el énfasis es nuestro]⁴⁷.

El documento oficial presentado en 1994 ante la Conferencia de Población y Desarrollo de El Cairo daba cuenta de los graves problemas de salud pública que afectan a las mujeres chilenas, a saber, el aborto y el embarazo adolescente, sin desconocer los logros alcanzados desde la década de los sesenta. Se enfatizó que la política de planificación familiar impulsada por décadas en

Chile estaba inspirada en el derecho de mujeres, hombres y parejas "...a decidir libremente, con la información adecuada, el uso o no uso de los métodos de regulación de la fecundidad disponibles que le sean más aceptables"⁴⁸. El documento explicitaba que la posición oficial sobre fecundidad se basaba en argumentos de tipo ético, atendiendo a la equidad, el mejoramiento de las condiciones de vida de la población y el bienestar de la familia⁴⁹. Posteriormente, en 1996 el Servicio Nacional de la Mujer (SERNAM) elaboró un Plan de Igualdad de Oportunidades que contemplaba expresamente el mejoramiento en esta esfera de derechos.

La mayor controversia en el período previo a la Conferencia sobre Población y Desarrollo se centró en la posibilidad de que el gobierno asintiera a que el aborto fuese un método más de control de la natalidad, y que tal hecho se enmarcase en los derechos reproductivos de las mujeres. La delegación chilena se planteó contraria al aborto como método de planificación familiar, y sostuvo su apoyo a una planificación basada en el concepto de paternidad responsable y que permitiera lograr embarazos y nacimientos deseados⁵⁰. El gobierno evitó a toda costa abrir un debate doméstico sobre aborto -incluso sobre aborto terapéutico-, no obstante los esfuerzos del debilitado movimiento de mujeres y de algunos sectores de la Concertación que deseaban impulsar cambios en este sentido⁵¹.

48 *Ibid.*, p. 6.

49 *Ibid.*, p. 11.

50 El punto 7.24 del Informe sobre la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo señala: "Los gobiernos deberían tomar medidas oportunas para ayudar a las mujeres a evitar el aborto, que en ningún caso debería promoverse como método de planificación de la familia, y a proporcionar en todos los casos un trato humanitario y orientación a las mujeres que han recurrido al aborto".

51 En 1991, un grupo de diputados socialistas encabezados por la diputada Adriana Muñoz presentó el primer proyecto para restablecer el aborto terapéutico en el Código Sanitario.

47 Comisión Interministerial para la Conferencia sobre Población y Desarrollo, Posición de Chile ante la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, Santiago, 1994, p. 6.

Del consenso internacional logrado en El Cairo en 1994 a la IV Conferencia de Naciones Unidas sobre la Mujer realizada en septiembre de 1995 en Beijing, la posición del gobierno chileno se mantuvo intacta. En esa oportunidad la jerarquía de la Iglesia Católica mundial lideró un tenaz proceso para que parte importante del anteproyecto oficial de Naciones Unidas quedara en corchetes, vale decir, sin acuerdo, especialmente la inclusión del concepto de género. En Chile, algunos sectores se hicieron eco de esta postura, incluyendo un grupo de senadores que propició un voto de censura al SERNAM y la Cancillería por asumir los alcances de la noción y análisis de género. A pesar de la presión, el gobierno y la delegación mantuvieron su postura frente a la incorporación del concepto de género. El documento del gobierno de Chile sobre derechos reproductivos adhirió textualmente al informe final de la Conferencia de Población y Desarrollo, el que explica tales derechos como:

“la condición [la capacidad de reproducirse y la libertad de decidir cuándo y con qué frecuencia hacerlo] va implícito el derecho de los individuos y las parejas a ser informados y a tener acceso a métodos de planificación familiar de su elección que sean inocuos, eficaces, accesibles y aceptables, así como otros métodos de su preferencia para regular la fecundidad y que sean legales”⁵².

El gobierno sabía que la polémica se tornaba agria. De hecho, la primera de estas conferencias había desencadenado una fuerte reacción no relativa a los derechos reproductivos per se, sino al aborto. Se inició una campaña pública para instituir el “día del niño no nacido” y hubo tres mociones parlamentarias para aumentar pena por abor-

52 Posición de Chile ante la IV Conferencia Mundial de la Mujer, Beijing, China, 4-15 de septiembre de 1995. Documento elaborado por la Comisión Interministerial para la IV Conferencia Mundial de la Mujer.

to⁵³. Todo ello convirtió a la entonces Ministra del SERNAM, Josefina Bilbao, en una importante actora política, ya que debió defender públicamente el hecho de que la Plataforma de la IV Conferencia contuviese un párrafo sobre la obligación de los Estados de revisar las leyes punitivas contra el aborto e introducir el concepto de género. En este mismo período se plasmó un plan de metas para el mejoramiento de la condición de la mujer, entre las que se contaban temas de sexualidad y reproducción enfocados desde una perspectiva de género.

Mientras tanto, algunas posturas desde la oposición acusaban al SERNAM de su posición. Con posterioridad a la Conferencia, la diputada Cristi y la alcaldesa Marta Ehlers señalaban que “en esta IV Conferencia de la Mujer, la única institución capaz de contrarrestar en parte el poder de las Naciones Unidas... [en los hechos] la Santa Sede fue la voz de millones de mujeres sin voz que nos hemos organizado para hacer valer nuestras posturas, que creemos que la maternidad y la familia son un gran privilegio... Chile no apoyó la postura del Vaticano”⁵⁴.

El Plan de Igualdad de Oportunidades para las Mujeres contiene un capítulo referido a la salud de la mujer, el que incluye, por cierto, los derechos reproductivos, y que expresa en el párrafo 6.7 lo siguiente:

“...[Se debe] asegurar el ejercicio de los derechos reproductivos y el acceso a la libre decisión sobre el número y espaciamiento de los hijos. La información y

53 Miembros de la UDI presentaron dos proyectos casi idénticos: el senador Hernán Larraín en el Senado y el diputado Darío Paya en la Cámara de Diputados, en tanto que los diputados de RN Alberto Espina y María Angélica Cristi hicieron lo propio en la Cámara de Diputados. Además de aumentar el marco penal a fin de evitar la eventual aplicación de penas alternativas, estas propuestas incorporaban la medida de arrepentimiento eficaz para la abortante.

54 A. Cristi y M. Ehlers, “Entretelones de Beijing”, *El Mercurio*, 30 de septiembre de 1995.

educación así como el acceso a las distintas formas de anticoncepción son indispensables para las decisiones responsables sobre maternidad y paternidad. De esta forma, cada persona puede asumir las que estime pertinentes de acuerdo a sus valores⁵⁵.

En otras palabras, los documentos oficiales consagran la noción de autonomía reproductiva, enfatizando la libertad de conciencia sobre estas materias. Quizás este sea uno de los principales problemas de los gobiernos de la Concertación: en el discurso se apoya la autonomía de la mujer y de las personas en general, pues es lo que parece como correcto, pero el riesgo de un debate interno y abrir nuevos flancos de conflictos con la Iglesia Católica, no permite avanzar hacia políticas, programas y normas concretas⁵⁶.

III La Concertación: historia de avances y limitaciones; el discurso de la autonomía; esterilización y anticoncepción de emergencia

La posición del gobierno chileno en las conferencias de El Cairo y Beijing significó –al menos en el papel– reforzar el concepto de derechos reproductivos y los compromisos políticos internacionales. No obstante, lograr que el gobierno pase de la retórica internacional al debate doméstico y la acción concreta ha sido lento y frustrante. Ejemplo paradigmático ha sido la imposibilidad de diseñar, estructurar e incluso discutir un currículo escolar que dé respuesta a necesidades evidentes de educación sexual⁵⁷.

55 SERNAM, Plan de Igualdad de Oportunidades para las Mujeres 1994-1999, Santiago, 1996, p. 50.

56 En este sentido, Valenzuela señala que los obstáculos internos de la propia coalición de gobierno se constituyen en barreras para avanzar en una agenda que es percibida como feminista. Citado en Ríos *et al.* *Op. cit.* pp. 64-65.

57 Recuérdese la triste historia de las Jornadas de Conversación sobre Afectividad y Sexualidad (JOCAS) y que cada cierto tiempo se hacen programas pilotos para relanzar la iniciativa que no logran despejar. Las Minis-

En áreas distintas a la educación, donde la injerencia de la Iglesia Católica es importante pero no tan gravitante⁵⁸, la cuestión no ha sido menos ardua a la hora de promover cambios a la normativa sobre esterilización voluntaria e introducir el uso de la AE en los protocolos de intervención en caso de violación.

Entre las demandas del movimiento de mujeres a la renaciente democracia se encontraba modificar la resolución del Ministerio de Salud que regula la esterilización voluntaria. Las mujeres identificaban esta norma como discriminatoria y solicitaban su urgente modificación⁵⁹. No era sostenible que a las mujeres más pobres, las que se atienden a través del sistema público de salud en su modalidad institucional, se les exigiera un número mayor de hijos que el promedio nacional. En 1994-1995, el Instituto Nacional de Estadísticas (INE) mostraba que la mujer chilena tenía un promedio de 2,1 hijos⁶⁰, cifra muy por debajo de los cuatro hijos vivos que requería la norma. La tasa global de fecundidad (TGF) fue en franco descenso de 5.3 hijos por mujer en 1960, disminuyendo a 2.3 de acuerdo al Censo de 2002⁶¹.

tras de Salud, Educación y SERNAM lograron un escaso acuerdo respecto del Programa de Paternidad Responsable para Adolescentes, cuyo anuncio fue dilatado por más de un año. Se dice que lo acordado por el Ministerio de Educación con la Ministra Mariana Aylwin constituía su máximo, en tanto que para la Ministra Bachelet era un piso mínimo.

58 La cartera de educación tiene sentada en su mesa en forma constante a la Iglesia Católica a través de la FIDE y la Conferencia Episcopal, la que ejerce presión no solo en materia curricular, sino en todo lo que implique la regulación del funcionamiento de las escuelas particulares subvencionadas.

59 Véase la Observación General N° 28 del Comité de Derechos Humanos, el que ha reconocido la estrecha relación entre vida privada y pleno goce de los derechos de la mujer al decir que "Otro ámbito en que puede ocurrir que los Estados no respeten la vida privada de la mujer guarda relación con sus funciones reproductivas..."

60 Instituto Nacional de Estadísticas, Mujeres y Hombres en Cifras, Santiago, 1995.

61 Censo 2002. Síntesis de Resultados. Instituto Nacional de Estadísticas, 2003.

Con el objeto de propiciar cambios en esta materia, las mujeres presionaron especialmente a los mandos medios responsables del Programa de Salud de la Mujer y luego al Ministro y Subsecretario del ramo. Sin embargo, no se observaron cambios al interior del Ministerio ni un impulso potente desde el SERNAM. Ello produjo un fuerte contraste con la elaboración discursiva de mejorar la condición de la mujer, objetivo plasmado en documentos oficiales. En la práctica, al menos en esta materia, esa repartición no se constituyó en líder del proceso a diferencia de lo realizado en otros ámbitos –como la promoción de medidas legislativas– donde el SERNAM ha cumplido un rol relevante como gestor de cambios⁶².

Es posible sostener que esta falta de liderazgo se deba precisamente a que el SERNAM estuvo la mayor parte del tiempo bajo la conducción de una militante de la Democracia Cristiana, partido que tiene un discurso más cercano a la Iglesia. Como sea, este fenómeno también podría explicarse por fuertes diferencias políticas entre los partidos de la Concertación –que se viven con mayor intensidad en esa repartición–, redundando en que, ante la imposibilidad de acuerdo, ese servicio queda virtualmente neutralizado.

En otras palabras, por tratarse de un tema que divide, los actores políticos quedan en la inercia y la ausencia de debate permite que quienes propician recortar las libertades puedan ganar posiciones en la agenda pública. En la medida en que no existe consenso, solo es posible abrir el debate en base a cuestiones “técnicas”, terreno en el

62 La Unidad de Reformas Legales y otros departamentos del SERNAM han jugado un importante rol en la negociación, por ejemplo, de la Ley 19.325 sobre violencia intrafamiliar, la Ley 19.585 sobre investigación de paternidad e igualdad de derechos de los niños dentro y fuera del matrimonio, y el debate sobre divorcio vincular.

cual el tema aparece como moralmente neutro o políticamente tolerable, ante lo cual el Ministerio de Salud, los médicos y otros expertos siguen teniendo un liderazgo obligado y por defecto.

Paradigmático es el caso que instruyó la Superintendencia de Isapres sobre la negativa de una de estas instituciones a otorgar cobertura a una esterilización laparoscópica⁶³. La Isapre rechazó bonificar, argumentando que solo estaba obligada a pagar prestaciones que tuvieran por objeto recuperar la salud, agregando que la esterilización es un procedimiento anticonceptivo que podría tener consecuencias adversas para la salud física y mental de la mujer. La Superintendencia hizo una defensa puramente técnica, después de una discusión interna respecto de cuál era su rol; es decir, se limitó a establecer que mientras la prestación estuviese contemplada en el arancel del Fondo Nacional de Salud (FONASA) –el piso para las Isapres– estas debía pagar la prestación⁶⁴.

63 Oficio Ordinario 4148 de la Superintendencia de Isapres, 27 de agosto de 1997.

64 La Isapre interpuso un recurso de reclamación en que advertía del peligro de mantener la jurisprudencia de la Superintendencia, que “confunde los problemas reales de salud con decisiones voluntarias, que muy por el contrario tienden a inutilizar un sistema reproductivo”. La Isapre argumentaba además que no habría cuestionado el procedimiento si la esterilización hubiese tenido como fundamento una indicación médica, pero no podía aceptarla en la medida en que se use como un método anticonceptivo. Al rechazar la reclamación la Corte de Apelaciones fue más allá, señalando que “en el caso de que se trata se está en presencia de una actividad médica –operación de esterilización laparoscópica– que se vincula directamente con la salud, por lo cual da origen a prestaciones que atienden a su cuidado, sin que exista alguna exclusión pactada en el contrato o permitida por la ley, por lo que no cabe entrar a hacer una consideración de orden psicológico, o de orden moral, o interpretaciones relativas a la finalidad de las conductas, todas las cuales, aparte de ser estrictamente relativas, podrían conducir a desconocer los derechos de los particulares”. Recurso de reclamación, rol 6566-97, Cigna Salud Isapre S.A. con Superintendencia de Isapres, 14 de abril de 1998. La Corte Suprema, no obstante mantener el rechazo a la reclamación, revocó el considerando antes citado. Corte Suprema, rol 1416-98, 15 de septiembre de 1998.

A fines de 1997, después de que la diputada María Antonieta Saa impulsara una convocatoria a constituir una mesa de trabajo en torno al tema ayudada por la Corporación de Salud y Políticas Sociales, CORSAPS, se organizó un grupo que sesionó en el Ministerio de Salud. La idea era propiciar la modificación de la norma administrativa generando consenso técnico y político. Lo que se intentaba era ampliar el debate y generar una regulación administrativa, con plena conciencia de que la tramitación de una ley podía ser obstaculizada en el Congreso. Pero mientras no hubiera ley se mantendría la discriminación en contra de las mujeres que se atendían en los servicios públicos, por lo cual el Estado debía asegurar ciertas condiciones básicas para las mujeres en el ejercicio de derechos fundamentales, aun cuando la forma de hacerlo, es decir por la vía administrativa, fuera criticable, pero no hacerlo significaba mantener el *statu quo* de discriminación y falta de equidad en el acceso a los servicios de salud⁶⁵.

Así, CORSAPS invitó a sociedades médicas⁶⁶, profesionales de la salud⁶⁷, a una red de organizaciones de mujeres, a APROFA, a SERNAM y a los encargados del Programa de Salud de la Mujer a discutir sobre la materia a partir de un diagnóstico⁶⁸. Algunos de los participantes lo hicieron en más de una calidad, como miembros de sociedades médicas, ONGs y/o funcionarios de algún servicio de salud. No todos los convocados participaron, en tanto que otros se retiraron del proceso. Un representante de una agrupación médica –que además provenía de uno de los servicios de salud que

originaba numerosas quejas de las mujeres de sectores populares– se autoexcluyó cuando parecía evidente que la norma sería modificada en el sentido de retirar la exigencia del consentimiento de la pareja y reducir el número de hijos exigidos por la normativa. Al interior del grupo se discutió largamente sobre autonomía, decisiones médicas y personas con discapacidad. El tema que más debate provocó fue la exclusión del consentimiento de la pareja. Los médicos participantes reconocieron que en los servicios de salud pública se exigía que la esterilización fuese una decisión en pareja, mientras que en la práctica privada procedían por la sola voluntad de la mujer, agregando que, dado que a veces las Isapres se negaban a pagar las esterilizaciones, con frecuencia no se declaraba el verdadero procedimiento⁶⁹. Objeto de menor polémica fueron cuestiones como el número de hijos y la edad para hacer el procedimiento.

Este grupo, constituido fundamentalmente por médicos y personal de salud, creía entender que, bajo ciertas circunstancias, se puede intervenir sin consentimiento de los usuarios. Algunos no lograban comprender que, salvo riesgo inminente de muerte, la actuación del médico está supeditada a que este consienta a la realización de ciertos procedimientos. Así, algunos creían –y de buena fe lo manifestaban– que con el objeto de proteger a la mujer de riesgos obstétricos en futuros embarazos –por el notorio debilitamiento de la membrana del útero–, realizada una cesárea se debía proceder a la ligadura de trompas, sin haber informado ni obtenido el consentimiento de la mujer. La cuestión de los derechos de la usuaria no constituía un argumento fuerte para desincentivar ese tipo de prácticas, ya que no lo comprendían a cabalidad. Solo el argumento de verse expuestos a demandas judiciales por elevadas sumas de dinero hizo comprender que esterilizar mujeres sin su consentimiento no era apropiado. Este

65 Un caso paradigmático es el proyecto de ley sobre divorcio vincular, y en lo relativo a estos temas, la imposibilidad de adoptar una ley sobre fertilización asistida.

66 Sociedad de Ginecología y Obstetricia, Sociedad de Ginecología y Obstetricia Infante-Juvenil y Sociedad de Urología.

67 Colegio Médico y Colegio de Matronas.

68 Publicado posteriormente en Lidia Casas y Giorgio Sohimano, Esterilización Voluntaria: antecedentes seleccionados, CORSAPS, Santiago, 1999.

tipo de argumentaciones revela que los médicos y personal de salud parecen estar más entrenados para pensar en sujetos a quienes "los operadores del sistema médico" aplican sus conocimientos y habilidades, que en usuarios con derechos⁷⁰.

De este grupo surgió un borrador de nueva norma que incluía por primera vez la vasectomía y contemplaba la situación de las personas con discapacidad mental desde una perspectiva garantista. Este documento fue presentado a mediados de 1998 al Ministro para su revisión y adopción. No obstante, su dictación fue postergada por razones de "pertinencia política" y tomó más de dos años. Algunas ONGs mantuvieron la presión política en otros niveles, incluyendo el internacional. Así, en 1999, a propósito de los informes periódicos que Chile debía presentar ante los comités de Derechos Humanos de la ONU⁷¹ y de la CEDAW⁷² sobre el cumplimiento de las obligaciones contenidas en el Pacto de Derechos Civiles y Políticos y la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, las ONGs presentaron informes alternativos que eventualmente llevaron al Comité de Expertas de la CEDAW

a recomendar la modificación de la norma⁷³. La delegación oficial chilena en la sesión no hizo más que señalar que, luego de consultar, con organizaciones de la sociedad civil, el gobierno estaba en vías de modificar la normativa.

Solo después de la elección presidencial del 2000 se inició un proceso al interior del Ministerio para considerar seriamente la propuesta presentada. Esta se modificó finalmente el 9 de diciembre de 2000 a través de una Resolución Exenta que en su preámbulo anunciaba que de esta forma se daba cumplimiento a la CEDAW y a la Plataforma de Acción de Beijing⁷⁴. En enero de 2001 se produjo una primera ola de reacción desde la jerarquía de la UDI y la Iglesia Católica. Los primeros acusaban al gobierno de combatir la pobreza con políticas maltusianas y de incorporar prácticas eugenésicas en lo relativo a los discapacitados, en tanto que los segundos le acusaban de socavar las bases de la familia⁷⁵. En este debate también se hicieron sentir los autodenominados grupos "pro vida". Una de sus representantes hizo todas las relaciones posibles entre esterilización y los demás temas de la "agenda valórica"; es decir, divorcio y aborto:

"No respetar la voluntad del otro es un intento más por separar al hombre de la mujer y de destruir a la familia. Esto me

69 Véase Lidia Casas, La salud sexual y reproductiva en el sistema privado de salud previsual, CORSAPS, Santiago, 1999.

70 También relevante para esta discusión es el hecho de que la Propuesta de Ley sobre Derechos y Deberes del Paciente impulsada por el Ejecutivo no incorpore la posibilidad de que las personas adultas puedan autónomamente declinar intervenciones médicas, respetando las libertades de conciencia y culto. El texto señala en su Artículo 16 que "Toda persona tiene derecho a otorgar o denegar su consentimiento para someterse a cualquier procedimiento invasivo, de cirugía mayor o compleja, y otros que defina el Ministerio de Salud, salvo que la negativa pueda implicar su muerte y siempre que no exista otro procedimiento alternativo". (Énfasis propio).

71 En enero de 1999 la Corporación de Salud y Políticas Sociales, el Centro de Estudios de la Mujer y el Instituto de la Mujer presentaron un informe alternativo.

72 La Corporación La Morada, el Foro de Salud y Políticas Sociales y CLADEM hicieron una presentación y otra la Corporación de Salud y Políticas Sociales, el Centro de Estudios de la Mujer y el Instituto de la Mujer.

73 El Comité recomendó reconocer el derecho de la mujer a obtener la esterilización sin previo consentimiento del marido o de ninguna otra persona. En este sentido, el Comité sugirió que el gobierno tenga en cuenta las Recomendaciones Generales N° 21 relativa al matrimonio y las relaciones de familia y N° 24 relativa al Artículo 12 sobre la mujer y la salud". 21ª Sesión, 7-25 de junio de 1999.

74 Resolución Exenta 2.326 del 9 de diciembre de 2000.

75 El sacerdote Fernando Chomalí, Profesor de Bioética de la Pontificia Universidad Católica, declaró que "la esterilización de una persona con la finalidad de hacer infértil un acto que por naturaleza posibilita la procreación, tergiversa el sentido más profundo de la sexualidad humana, que se entiende adecuadamente como comunidad de vida y de amor". *El Mercurio*, 27 de enero de 2001.

parece una aberración y un avance en la campaña antivida y de la cultura de la muerte. Creo que para Chile, donde no hay aborto, es un avance rapidísimo al aborto"⁷⁶.

Múltiples sectores se pronunciaron públicamente por respetar la decisión de las personas sobre esta materia y el debate solo quedó en eso⁷⁷. Sin embargo, antes de dejar la cartera la Ministra Michelle Bachelet recibió una carta de jefes de servicios que manifestaban su disconformidad con la normativa, argumentando que las mujeres no estaban preparadas para asumir decisiones sobre la irreversibilidad del método⁷⁸. Actualmente las ONGs mantienen la presión sobre el Ministerio para que la normativa se cumpla a cabalidad⁷⁹.

El 2002, el Ministerio de Salud entregó la primera evaluación sobre la implementación de la Resolución Ministerial. Los resultados arrojan que en el 2001 se realizaron 16.344 esterilizaciones femeninas y 137 vasectomías, lo que representa el 99,2% y 0,8% del total de esterilizaciones, respectivamente. Aun cuando el número de esterilizaciones masculinas es significativamente menor que las esterilizaciones femeninas, este es el primer año en el cual se registraron vasectomías en el sistema público de salud⁸⁰.

Más allá del resultado, esta forma de impulsar cambios tiene importantes limitacio-

nes y queda expuesta a los vaivenes del gobierno de turno, a menos que se produzca o consolide en el imaginario colectivo el derecho a decidir de forma autónoma a no tener hijos. Sin duda, la regulación de la esterilización -y por consiguiente el rol de la autonomía en esta decisión- será un foco de discusión más amplia en el Congreso en la medida en que se discuta el proyecto de Ley Marco sobre Derechos Sexuales y Reproductivos⁸¹ u otros relativos a los derechos de las personas en salud.

La segunda cuestión de importancia, y que desató casi un año de discusión judicial y pública a partir de enero del 2001, fue la comercialización del Postinal, producto dedicado para la AE⁸². La discusión entre especialistas sobre la introducción de AE se remonta a 1996. La AE es un método desarrollado especialmente para casos de violación y conocido y usado desde la década de los sesenta por los ginecoobstetras. Aunque con indicaciones técnicamente erróneas, está descrito en las normas del Ministerio de Salud⁸³.

76 Magdalena Ossandón, Oferta Esterilizadora ¿Hacia una Sociedad Infértil? *El Mercurio*, 4 de febrero de 2001, p. D 14.

77 Hubo declaraciones públicas del Colegio Médico, la CONFUSAM, el Dpto. de Bioética de la Universidad de Chile aparecidas en la prensa de la época, entre otras.

78 Comunicación personal con el Dr. René Castro, Jefe del Departamento de Salud de la Mujer del Ministerio de Salud.

79 Verónica Schiappacase, Paulina Vidal, Lidia Casas, Claudia Dides y Soledad Díaz, Chile: Situación de la Salud y los Derechos Sexuales y Reproductivos, ICIMER, CORSAPS, Servicio Nacional de la Mujer, Santiago, 2003, pp. 46-47.

80 Ibid.

81 Moción parlamentaria impulsada por personas y organizaciones de la sociedad civil en conjunto con la ex diputada Fanny Pollarolo. Es una idea similar, en términos de gestación, al proyecto sobre discriminación de personas viviendo con VIH impulsado por la misma diputada y gestada con organizaciones de la sociedad civil. El proyecto se propone crear un marco que introduzca conceptos de derechos reproductivos, regule aspectos específicos, sancione la discriminación en este ámbito y resguarde la confidencialidad de la información médica.

82 Se denomina anticoncepción de emergencia a los métodos que pueden ser usados hasta 72 horas después del coito en situaciones de emergencia, tales como ruptura del condón, expulsión del DIU, olvido de las pastillas, violación o relaciones sexuales sin protección anticonceptiva.

83 Sobre los métodos anovulatorios de emergencia no disponibles en Chile y descritos en el Programa se indica lo siguiente:

"Combinado: 1ª dosis: en las primeras 72 horas post-coito. 2ª dosis: 12 horas después de la 1ª dosis. Estrógeno: solo 1 gr. en la mañana siguiente al coito, seguir con 1 mg. cada mañana por 5 días, con un máximo de 17 días en un ciclo [sic]. Dosis: 1 a 2 mg/día de etinil estradiol". Véase Normas de Paternidad Responsable 1993, p. 73 y siguientes.

Aun cuando en los servicios de urgencia se advertía su uso en caso de agresión sexual, la indicación de la entrega de la anticoncepción de emergencia fue retirada sin que los expertos puedan precisar la fecha. A finales de los 1990 una ONG del ámbito biomédico, Instituto Chileno de Medicina Reproductiva (ICMER), inició un proceso de estudio de aceptabilidad del método para su uso más sistemático en los servicios⁸⁴. Simultáneamente, y de forma independiente, otro grupo de profesionales de salud se abocó a la elaboración y posterior publicación de un protocolo de detección y tratamiento de víctimas de agresión sexual en los servicios públicos.

El estudio de aceptabilidad evidenció buena receptividad al uso de AE en potenciales usuarias y personal de la salud. De allí ICMER con diversas organizaciones de la sociedad civil iniciaron un trabajo de sensibilización de las autoridades para la introducción de la AE, enfatizando su aporte a disminuir los embarazos no deseados y los abortos inducidos. A las ONGs se sumaron otros actores, incluyendo algunas diputadas. A pesar de que todos los consultados asentían en la bondad del método, estas gestiones no obtuvieron logros relevantes, dado que entre el consenso y la materialización de cambios en las políticas hay una gran distancia.

El proceso de sensibilización puso de relieve la rigidez e incluso temor de los funcionarios a hablar abiertamente sobre temas que pudieran percibirse como relativos al aborto⁸⁵. Algunos servicios públicos declararon que derivaban a las víctimas de violación a establecimientos donde sabían que les recetarían el método. Es decir, reconocían su existencia y uso, pero no estaban dispuestos

a asumir el riesgo de "recetar personalmente" algo que pudiera ser cuestionado. Esta práctica mostraba la salida o respuesta a la chilena en todo su esplendor: "Yo no lo hago, o al menos no aquí, pero aquí tiene el dato". Así se esquivo el conflicto y se traspasa el problema a la usuaria, quien debe concurrir hasta el lugar recomendado asumiendo los costos, cualesquiera que estos sean. Esto se explica en parte por una importante cuota de miedo y autocensura.

Al inicio de este proceso se pudieron constatar además las visiones de miembros de la comunidad jurídica. Estos, a veces menos tímidos que los médicos y con mayor grado de ignorancia en temas de salud, se atrevían a opinar sin mayor conocimiento de la materia. Un abogado, sin entender el método ni la forma en que actuaba, argumentaba al jefe de su servicio la improcedencia de introducir un método "claramente inconstitucional" en la medida en que la Constitución no permite el aborto bajo ninguna forma. Entre estos operadores del sistema —que se constituyen en obstaculizadores— prevalece en estas materias una lectura "oficial" sobre dogmática constitucional y penal que es difícil de contrarrestar, puesto que inciden tanto problemas de orientación jurídica como de formación que logran traspasar a sus superiores jerárquicos.

Distinta es la cuestión en el mundo médico, donde los profesionales necesitan estar al día y los conocimientos compartidos a través de la literatura científica tienen peso propio. De allí que, a pesar de las evidentes limitaciones, los profesionales de los servicios redactaron por su cuenta un protocolo que recomendaba expresamente el uso de AE en niñas y adolescentes fértiles en caso de violación⁸⁶. En diciembre de 1998, una

84 Ese estudio también se llevó cabo en Campinas, Brasil, y México.

85 Algunos incluso recordaron la presión que se ejercía en la década de los ochenta sobre los médicos para delatar a mujeres con signos de aborto provocado.

86 Ministerio de Salud, Guía para la Detección y Respuesta al maltrato Físico y Abuso Sexual en los Servicios de Urgencia, Serie Minsal 03, Guías Metodológicas SM N° 2, División de Salud de las Personas, Departamento de las Personas, Unidad de Salud Mental, Santiago, 1998.

vez publicado y en su etapa de distribución, se ordenó detener la distribución del protocolo e imprimir una fe de erratas que lacónicamente señalaba desconocer la recomendación de AE⁸⁷. Así, tras una llamada telefónica desde la Facultad de Medicina de la Universidad Católica, se echaba por tierra el trabajo de los equipos de salud en la elaboración del documento. A pesar de los reclamos de distintos sectores, la situación se mantuvo estacionaria hasta la elección del Presidente Ricardo Lagos.

La solicitud de un laboratorio farmacéutico para comercializar el producto y la autorización del Instituto de Salud Pública en 2001 gatillaron una de las más fuertes polémicas que se hayan conocido en esta materia⁸⁸. Sus detractores atacaron los efectos del método, el que consideraban microabortivo⁸⁹. Así, organizaciones autodenominadas "pro vida" —integradas muchas de ellas por prosélitos del Opus Dei y los Legionarios de Cristo— interpusieron varios

recursos de protección en favor de los no nacidos y los por nacer⁹⁰, haciéndolos luego extensivos a quienes pudieran usar el método, "...para que [las mujeres] no sean víctimas de una píldora que en apariencia pudiera ser inocua para ellas, pues desecharía la vida humana a temprana hora; sin embargo, el haber procurado la muerte de su propia descendencia puede ser causal del mayor martirio de por vida en la conciencia de un sujeto"⁹¹. Una de estas acciones estaba dirigida tanto en contra del producto genérico (Levonorgestrel 0.75 mg) como de todo aquel que produjera igual efecto.

Para los entendidos en la materia, esta parte del petitorio del recurso tornaba el debate judicial y político especialmente duro, ya que todo especialista sabe que la AE se logra simplemente administrando mayores dosis de anticonceptivos comunes, sin necesidad de un producto especializado⁹². Focalizar el debate en "todos los métodos y drogas que produzcan el mismo efecto" significaba abrir una polémica sobre los métodos anticonceptivos en general: todos los anovulatorios y claramente el dispositivo intrauterino, el que ya había sufrido múltiples embates a lo largo de su historia⁹³.

87 La orden de censurar el documento habría provenido del gabinete del Ministro.

88 En Colombia, el registro para la comercialización del Postinor 2 fue concedido por el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA), homólogo del ISP chileno. En este caso fue la Conferencia Episcopal la que presentó una solicitud al INVIMA para que revocara el registro sanitario. Esta solicitud no prosperó, pero al igual que en el caso chileno, generó una dura batalla por la autorización de venta para el producto dedicado. Profamilia, Anticoncepción de Emergencia. Un derecho de la Mujer. La experiencia colombiana. International Planned Parenthood Federation y PROFAMILIA, Bogotá, 2001.

89 Para los efectos de este trabajo me limitaré a señalar que la AE puede tener dos efectos: inhibir la ovulación y cambiar las condiciones para la migración de los espermios, los que no podrían adherirse a las paredes uterinas y perderían con ello la capacidad fecundante. Sus detractores alegan la existencia como posible efecto de que no evitara la fecundación sino el implante del huevo fecundado en las paredes del útero. Para una revisión de la literatura y estudios, véase Horacio Croxatto, ¿Cómo previene el embarazo la anticoncepción de emergencia?, ICMER, Santiago, enero de 2003. En esta presentación el Ministerio de Salud revisa todos los antecedentes científicos y los hallazgos producidos hasta el año 2002, entre ellos Croxatto *et al.*, "Effects of Yuzpe regime given during the follicular phase upon ovarian function" *Contraception* 65: 121-128, 2002.

90 Recurrieron de protección la ONG sin personalidad jurídica "Frente por la Vida y la Acción Solidaria"; la ONG "Desarrollo para la Investigación, Formación y Estudio sobre la Mujer (ISFEM); el Centro Internacional para el Estudio de la Vida Humana y el Movimiento Mundial de Madres, organismo "en formación", como señala el recurso.

91 Recurso de protección Sara Philippi Izquierdo, C.A. de Santiago, rol 850-2001. Se acumuló a roles 1579, 1676 y 1737 de 2001.

92 Se suministran altas dosis de estrógenos (etinilestradiol) y progestágenos (levonorgestrel o norgestrel), técnica conocida como Método Yuzpe; o solo progestágenos (levonorgestrel en 0.75 mg).

93 En este sentido, los abogados recurrentes desmintieron que emprenderían acciones judiciales en contra de la T de Cu aun cuando tenga efectos 'abortivos' debido a que jurídicamente es improcedente recurrir de protección porque el dispositivo está aprobado de los años 60' y el plazo para interponer el recurso de 15 días estaría vencido, Leyla Ramírez, "Abogados no apelarán por T de Cobre", *La Nación*, 4 de septiembre de 2001.

Las acciones de los recurrentes tuvieron como propósito y efecto restringir el ámbito del debate, impidiendo la deliberación política, aun cuando podamos reconocer que el uso de anticonceptivos contemple uno de los aspectos más básicos de la vida de todo ser humano: la autodeterminación, la cual no podría estar sujeta a decisiones políticas coyunturales.

Para las posturas antipíldora, circunscribir el debate a tribunales era apostar a un campo más "seguro y fértil", donde las reglas de la deliberación democrática no tienen lugar relevante⁹⁴. Los temores de algunos sectores por la judicialización de la política podrán ser ciertos en la medida en que el litigio se usaba para clausurar el debate y cercenar espacios de autonomía⁹⁵. No es demasiado arriesgado sostener una tesis como esta, dado que algunos de esos sectores acuden con notoria frecuencia al sistema judicial para oponerse –generalmente con buenos resultados– a cada tema que pueda abrir espacios de autonomía en materia de moralidad pública.

La acción contenía al menos tres puntos de interés, empezando por la procedencia de litigar en términos tan amplios como es la protección de una clase indeterminada de individuos. La jurisprudencia y la doctrina han sostenido que la protección no es una acción popular o destinada a proteger intereses colectivos. Es decir, la cuestión de la

legitimidad activa de los recurrentes debía ser en este caso un tema central del razonamiento judicial. Al respecto, solo a modo ejemplar, resulta ilustrativo que los recurrentes fueran ONGs –algunas incluso en formación– con un interés difuso para fines de litigar pero cuyo *leitmotiv* es oponerse al aborto.

Un segundo punto se refería a determinar si el núcleo del debate podía zanjarse por la vía de la protección. La polémica se centraba en una cuestión técnica y de prueba: ¿tiene la anticoncepción de emergencia el efecto de impedir la anidación? En los recursos siempre se alegó la existencia de un efecto antianidatorio. Sobre ello existe una vasta literatura científica que establece claramente otros dos efectos no cuestionados de la AE, mas no así respecto de la implantación.

Un tercer aspecto se refería a resolver –habiéndose podido establecer algunas cuestiones de hecho– sobre el sentido y alcance del Artículo 19 N° 1 de la Constitución y su relación con el Artículo 4.1 de la Convención Americana de Derechos Humanos, ambos presuntamente vulnerados por la autorización del ISP. Otros argumentos de texto esgrimidos por los recurrentes incluían los códigos Civil y Penal.

Respecto de la primera cuestión, es decir, la legitimación activa, resulta relevante considerar quiénes eran los actores. Una vez conocido públicamente el caso, intentaron hacerse parte grupos de militantes de partidos de la Concertación⁹⁶ y organismos de mujeres y del ámbito de la salud. Las mujeres argumentaron además que el resultado de la acción les era de gran relevancia, y que prohibir la venta del producto les afectaría negativamente. Ninguna de estas

94 Después de lo sucedido en Chile, una ONG argentina inició un cuestionamiento similar a otra marca de pastillas de anticoncepción de emergencia. Sin embargo, el producto ya había cambiado de denominación y fórmula en el mercado, por lo cual la acción acogida no surtió ningún efecto. Comunicación personal con María José Lubertino, profesora de Derechos Humanos de la Universidad de Buenos Aires y Directora del Instituto Social y Político de la Mujer. Abril de 2000.

95 Uno de los abogados patrocinantes y más importantes voceros de la causa antipíldora fue precisamente uno de los abogados del caso Última Tentación de Cristo, en que a través de una acción de protección se logró que los tribunales impidieran la exhibición de esta película en Chile.

96 En efecto, intentaron hacerse parte un grupo de concejales del Partido Socialista y también un grupo de mujeres bajo el alero del diputado Guido Girardi.

peticiones tuvo éxito, y en cada una de ellas la Corte escuetamente resolvió que no se cumplía con el requisito del Artículo 4 del Auto Acordado sobre tramitación de recursos de protección. La coyuntura vigorizó al debilitado movimiento de mujeres, el que inició una fuerte campaña nacional e internacional para impedir que se restringiesen aún más sus derechos por vía judicial.

Los recurrentes defendían a los concebidos y los "por concebir". Respecto de los primeros, como clase de individuos no se verían en ningún caso afectados por la ingestión o venta del Levonorgestrel, dado que una vez establecido el embarazo, la hormona no tiene efecto sobre el huevo fecundado. Esa es una opinión indiscutida en la comunidad científica y médica, como lo establece la Organización Mundial de la Salud (OMS) al señalar que el uso de la anticoncepción de emergencia resulta ineficaz y carece de efectos sobre el embrión o la madre⁹⁷. Para determinar la clase de individuos podría pensarse que se trata solo de aquellos concebidos pero aún no anidados, y en ese marco resolver la procedencia de una acción que intenta amparar derechos en situaciones de daños abstractos, y en el mejor de los casos, eventuales⁹⁸.

Por su parte, y como dijéramos, la procedencia de la acción cautelar de protección como acción popular aparece resuelta al menos en la jurisprudencia y doctrina dominantes, las que niegan su admisibilidad⁹⁹, cuestión que de cualquier manera es debatible.

Sobre la procedencia de la acción de protección para cautelar intereses difusos contra

amenazas abstractas a las normas constitucionales, las nociones tradicionales de legitimidad activa o pasiva no resuelven cómo enfrentar las acciones en que está comprometido el interés público o colectivo. Por definición, la protección del interés colectivo difuso no puede admitir titularidad individual del derecho¹⁰⁰. A ello debe agregarse el cómo se resuelve, bajo las actuales reglas del ordenamiento procesal, que todas aquellas personas afectadas por un acto puedan hacerse parte e intervenir en la adopción de una decisión judicial. De hecho, la redacción del propio Artículo 4 del referido Auto Acordado permitiría que terceros con interés pudieran participar de la contienda.

La Corte resolvió en primera instancia que los recurrentes carecían de legitimidad activa y mezclaban en su argumentación cuestiones sobre el recurso como acción popular *versus* el derecho a representar derechos difusos. Al efecto el fallo señala: "...la premisa básica de exigir como afectado a una persona o ente determinados, excluye la pretensión de que la acción de protección tenga el carácter de general o popular, que permita su ejercicio por cualquiera aun cuando no aparezca directamente perjudicado"¹⁰¹, y continúa señalando que "en la especie, se ha recurrido por diferentes organizaciones en favor de personas naturales, a nombre propio, de las entidades que representan, por los individuos por nacer en Chile que se encuentran concebidos y por sus padres, sujetos todos indefinidos y faltos de concreción indispensable que la ley exige para ser titulares de la acción de protección de que se trata"¹⁰².

97 OMS, Anticoncepción de Emergencia: Guía Práctica para la Prestación de Servicios, Ginebra, 1999.

98 Véase el trabajo de Gonzalo Figueroa sobre el estatus del embrión en Persona, Pareja y Familia, Editorial Jurídica de Chile, Santiago, 1995.

99 Véase la discusión en la Comisión de Estudio de la Nueva Constitución y lo que sostienen además los profesores Soto Kloss y Silva Bascuñán, entre otros.

100 Véase Carlos Peña, Las acciones de interés público en el ordenamiento jurídico chileno: antecedentes dogmáticos y conceptuales", en Las Acciones de Interés Público, Serie de Publicaciones N° 7, Escuela de Derecho, Universidad Diego Portales, Santiago, 1997, pp. 353-386.

101 Corte de Apelaciones de Santiago, considerando 6°, 28 de mayo de 2001. Recurso de protección Sara Philippi y otros.

102 *Ibid.*, considerando 9°.

Algunos operadores del sistema judicial sostuvieron que la negativa a que las ONGs "pro píldora" se hiciesen parte se explicaba parcialmente porque si la sala negaba la legitimación activa a los recurrentes, no podía hacer lo propio con otros. Sin embargo, este tipo de argumentación parece estar más cercana a la especulación y significaría reconocer que, antes de los alegatos, la Sala ya había decidido la salida oficial, evitando acometer el tema de fondo.

Respecto de si la naturaleza de la acción cautelar permitía discutir el fondo —la existencia de amenaza o daño a la vida del que está por nacer—, la Corte afirmó en primera instancia que no era posible admitir el recurso, señalando que "requerirían una instancia de lato conocimiento además de prueba diversa y compleja, procedimiento que no se aviene con su objetivo de ser un remedio pronto y eficaz que preste inmediato amparo a un eventual afectado"¹⁰³. No obstante, pudiendo haber establecido que esta era una materia cruza principios articuladores de toda sociedad democrática: la libertad individual y la libertad de conciencia.

La decisión de la mayoría en primera instancia no revisó el fondo en lo más mínimo. Lo cierto es que durante los alegatos la atención de los Ministros se centró específicamente en la cuestión procesal defendida por el Consejo de Defensa del Estado. La cuestión de la censura y el valor de la vida cobró relevancia incluso para el CDE, cuyo representante gastó buena parte de su tiempo argumentando que era partidario de la vida, y que por consideraciones éticas y lo que su conciencia le dictaba, defendía la autorización del ISP para la venta del Postinal. Los cuatro abogados recurrentes, por su parte, enfatizaron todos los argumentos conocidos en contra del aborto, la cultura de la muerte y el genocidio que ocurriría de

permitirse la comercialización del producto. Así, tuvo lugar en la Corte una discusión política más parecida a un debate parlamentario con escasos elementos técnicos, en lo que pudo haber sido un error estratégico de los representantes del gobierno.

El voto de minoría, sin embargo, se centró en lo sustantivo del debate. Estableció como un hecho acreditado la existencia de efectos sobre el endometrio y señaló que en el ordenamiento jurídico existen reglas que protegen en todas las fases de desarrollo la vida del que está por nacer:

"Consta de estos antecedentes acumulados el amplio debate tanto en el orden científico como en el orden moral que se ha suscitado alrededor del tema que nos ocupa, lo que de por sí suscita graves dudas sobre los efectos del fármaco en cuestión, en la interrupción del normal desarrollo del cigoto hacia sus distintas fases, célula en que ya se encuentra la vida con toda su potencialidad de evolución hasta llegar a su concreción como persona por el hecho del nacimiento"¹⁰⁴.

La decisión de minoría se fundó en el Artículo 4.1 de la Convención Americana, señalando que este "fija el inicio de la vida desde la concepción" y que nuestro ordenamiento consagra ese principio en el Código Civil. El 30 de agosto de 2001 una mayoría de Ministros de la Corte Suprema hizo suyo el voto disidente de primera instancia y revirtió el fallo en voto dividido, dejando sin efecto la autorización de venta del Postinal. La primera cuestión que abordó fue la legitimación procesal activa de los recurrentes. La Corte estimó que para ello bastaba la naturaleza de los mismos, es decir, que el tratarse de organizaciones pro vida justificaba su interés y las legitimaba procesalmente:

¹⁰³ *Ibid.*, considerando 11.

¹⁰⁴ Corte de Apelaciones de Santiago, 28 de mayo de 2001, voto disidente, letra d), redactado por la Ministra María Antonia Morales, rol 850-2001 acumulados roles 1579, 1676 y 1737 de 2001.

"4° Que el derecho para proteger la vida que tienen los seres que aún se encuentran en etapa de desarrollo o de gestación y, que culminará en el nacimiento, también se encuentra entre los fundamentos de la legitimación activa que reclaman los actores, puesto que como asociaciones propenden a la defensa, protección, cuidado, preservación y desarrollo del pleno derecho a la vida y el respeto a la dignidad humana desde el momento mismo de la concepción. Por ello que han podido accionar para obtener, por esta vía de protección constitucional, el retiro de la autorización del fármaco uno de cuyos efectos podría ser abortivo;"

No sucedió lo mismo con las organizaciones de mujeres y otras excluidas del debate. Respecto del fondo, la Corte Suprema ofreció una mayor fundamentación, estableciendo que:

"17° Que desde la perspectiva señalada se hace evidente que el que está por nacer -cualquiera que sea la etapa de su desarrollo pre natal, pues la norma constitucional no distingue-, tiene derecho a la vida, es decir, tiene derecho a nacer y a constituirse en persona con todos los atributos que el ordenamiento jurídico le reconoce, sin que a su respecto opere ninguna discriminación;"

Además de conferir al nonato carácter de persona, el fallo señala que todo efecto que pueda irrogar riesgo para la implantación de un huevo fecundado es constitutivo de delito:

"18° Que el Artículo 55 del Código Civil dice que son personas todos los individuos de la especie humana, cualquiera que sea su edad, sexo, estirpe o condición. Si entendemos que la fertilización es, como es, un proceso continuo que no resulta separable en etapas o momentos,

debemos concluir que el óvulo fecundado o embrión, es ya un individuo de la especie humana y como tal, digno de protección constitucional y legal para alcanzar su pleno desarrollo hasta que el nacimiento se produzca, conforme a lo que dispone al Artículo 74 del mismo cuerpo legal;

19° Que además y confirmando lo anteriormente concluido, los Artículos 75 y 76 del Código ya citado no dejan duda al respecto al disponer que la protección del que está por nacer comienza en la concepción. El primero de los citados artículos como ya se ha dicho precedentemente, señala que el Juez adoptará las providencias necesarias para proteger la vida del no nacido, y el segundo de ellos, señala que esta protección debe darse desde la concepción, estableciendo una presunción de derecho para determinar el día u oportunidad en que se produjo, sin hacer ningún otro cálculo ni descontar tiempo alguno, referido a la anidación del producto de la concepción ni a ningún otro fenómeno que pudiere producirse con posterioridad a la fertilización del ovocito por el espermatozoide;

20° Que cualquiera que hayan sido los fundamentos y consideraciones que tuvieran en vista las autoridades recurridas para autorizar la fabricación y comercialización del medicamento denominado "Postinal" con contenido de 0,75 mg de la hormona de síntesis Levonorgestrel, uno de cuyos posibles efectos es el impedir la implantación en el útero materno del huevo ya fecundado, esto es, del embrión, han incurrido en una ilegalidad puesto que tal efecto es a la luz de las disposiciones constitucionales, legales y convencionales analizadas precedentemente, sinónimo de aborto penalizado como delito en el Código Penal y prohibido aún como terapéutico, en el Código Sanitario".

El voto de minoría, sin embargo, advirtió sobre la temeridad de establecer por vía de una acción sumarísima el estatuto jurídico del embrión:

"2º) Que la naturaleza propia de la acción, recién aludida, y el procedimiento inquisitivo dispuesto para su tramitación, determinan que no sea procedente emplear este arbitrio constitucional para declarar, constituir o extinguir derechos, o introducirse al estudio y resolución de cuestiones que implican conocimientos de orden científico, materias todas propias de un juicio de lato conocimiento, en que haya amplias oportunidades de accionar, excepcionar, debatir, fundamentar y probar, para todas las partes en conflicto; [...].

4º) Que, asimismo, conviene destacar que tampoco sería admisible que el Tribunal entre primero a proteger y deje para más adelante una controversia más extensa; que igualmente decida a favor del derecho prima facie amenazado, sin perjuicio de que después, mediante la producción de una prueba adicionalmente más completa, se demuestre que no existía dicha amenaza, a primera vista verosímil. La situación recién descrita traduce una plena e ineludible discusión de fondo sobre la denominada "píldora del día después" y conlleva a adoptar una posición acerca del estatuto jurídico del embrión humano, aspectos todos que no pueden ser satisfechos por una acción constitucional de carácter cautelar"¹⁰⁵.

Entrevistado por los medios de comunicación sobre el particular, un Ministro de la Corte Suprema señaló que le parecía preocupante que por la vía cautelar se intentara sentar jurisprudencia sobre cuestiones que involucran la libertad de conciencia y

105 Voto disidente de los Ministros Yurac y Medina, Corte Suprema, 30 de agosto de 2001, rol N° 2186-2001.

culto de la ciudadanía¹⁰⁶. Lo que parece más preocupante es que la Corte Suprema no dijera eso precisamente.

El gobierno, liderado por el propio Presidente Lagos, mantuvo una decidida posición fundamentada en la libertad de conciencia, de modo que acto seguido el ISP autorizó a un segundo fármaco fabricado por otro laboratorio. Esta segunda autorización no fue objeto de recurso judicial, sino que se intentó cuestionarla por vía indirecta, haciendo presentaciones en el mismo proceso en que se había emitido. De esta manera se evitó la posibilidad de que en una segunda vuelta se produjese un fallo contradictorio perjudicial para los recurrentes. Después de un ir y venir de intervenciones que se iniciaron en la Corte Suprema, bajaron a la Sala que conoció de los recursos y subieron nuevamente en apelación, la Corte Suprema declaró que el fallo del 30 de agosto era claro. Se había pronunciado sobre un acto –la resolución que autorizaba al Laboratorio Silesia a comercializar Postinal–, lo cual dejaba a firme la autorización de la venta del Postinor 2.

Los escépticos podrán señalar que esta fue sin duda una salida *a la chilena*; esto es, *resuelvo pero no me pronuncio*. Los más optimistas –entre quienes me inscribo– se aventuran a sostener que a esas alturas del litigio la Corte había evaluado las consecuencias de su decisión y entendía que acoger la petición significaba restringir la circulación no solo del Levonorgestrel 0,75 mg sino de todo anticonceptivo que produjera el mismo efecto, con el agravante de no haber permitido la participación en el debate judicial de todos los sectores políticos y sociales interesados.

106 El Ministro Benquis sostuvo además que se estaba cerca de que se intentara establecer la existencia de Dios a través de un recurso de protección, y que después de la votación los titulares de la prensa dirían "Ganó Dios 5-0".

Los recurrentes intentaron otras medidas, entre ellas en base a la Ley del Consumidor –arguyendo que el embrión tenía carácter de tal–, para impedir que las farmacias comercializaran el segundo producto, demanda que fue abandonada luego del último fallo de la Corte Suprema. Luego solicitaron a la Contraloría General de la República que investigara y sancionara la conducta del Instituto de Salud Pública. Nada de ello prosperó y sí dejó varios heridos en el camino, incluyendo al Vicecontralor y padre de uno de los recurrentes, cuyo camino a la jefatura de la Contraloría se vio así obstaculizado¹⁰⁷. El debate judicial se ha reabierto con la presentación de una demanda de nulidad de derecho público en diciembre de 2002 por la segunda autorización. El demandante es una de las organizaciones recurrentes en el año 2001¹⁰⁸, y los que desean hacerse parte de la causa en primera instancia, son casi los mismos. Es imprevisible el resultado de este juicio y es interesante advertir como el tribunal en primera instancia se ha negado sistemáticamente que mujeres y organizaciones que han defendido la introducción de la AE puedan hacerse parte. A su vez, el demandante rechaza sistemáticamente la noción de interés público de este juicio y ha llegado a sostener que ni las mujeres ni las organizaciones que han defendido la AE tienen un interés jurídico relevante ni derecho alguno que requiera de protección¹⁰⁹.

107 "Caso píldora complica a Sub-contralor" en www.mujereschile.cl/conocedoras/articulos.php?articulo=802&crea=kiosko, Angela Vergara y Carlos Saldivia, "La Limpieza Política de Lagos en la Contraloría", Revista Que Pasa www.QP.cl/revista/2002/08/02/t-02.08.QP.NAC.Contraloria.htm, ambos visitados el 21 de mayo de 2004.

108 Se trata del Centro Juvenil Ages, y en especial de su abogado Alejandro Romero Seguel, quien señala en la demanda que la Administración por sí y ante sí debió haber dejado sin efecto la aprobación de Postinor 2 atendido el fallo de la Corte Suprema.

109 La Primera Sala de la Corte de Apelaciones de Santiago, el 16 de septiembre, en voto dividido, resolvió acogiendo la apelación que las mujeres y diversas organizaciones tenían un demostrado interés jurídico en la contienda que se mantiene en contra del ISP.

Al igual que en Colombia, la venta del Postinor 2 se aprobó con receta retenida, medida que atenta contra la eficacia de un método que por definición debe ser usado en un brevísimo lapso. La modalidad de venta constituye también una clásica respuesta chilena: se aprueba pero se restringe, aunque ello signifique entorpecer el funcionamiento del método. En el caso de Colombia, en los primeros once días se agotó un stock de más de 4.000 dosis, estabilizándose luego la venta en 10.000 dosis mensuales¹¹⁰. Algo muy distinto a lo sucedido en nuestro país.

A modo de conclusión

Hemos dicho que el movimiento por la autonomía reproductiva de las mujeres chilenas no ha experimentado grandes avances, ya que la preocupación –y también la retórica– se han centrado sobre los indicadores de crecimiento demográfico, el combate a la pobreza y la defensa de la salud pública, y no necesariamente sobre un reconocimiento del derecho a la autonomía sexual y reproductiva. Es decir, el debate, cuando ha existido, se ha centrado principalmente en las consecuencias nefastas que se derivan de la falta de autonomía de la mujer. Esta visión de las cosas no es desmentida por el hecho de que los logros en este ámbito no han sido obra de los movimientos de mujeres, sino de la práctica de un pequeño grupo de profesionales de la salud.

Aunque Chile se propone ser un país del siglo XXI, la modernidad y defensa de la libertad económica que reivindica el modelo neoliberal están lejos de hacerse extensivas a otros ámbitos de la vida de las personas. Tenemos todo lo que un país serio requiere: instituciones que funcionan o aparentan funcionar, autonomía pero sin libertinaje, y un lenguaje política e internacio-

110 Profamilia, Anticoncepción de Emergencia, *op. cit.*, p. 18.

nalmente correcto sin que nos preocupe demasiado la coherencia del discurso con la actuación individual ni menos la colectiva.

La postura de la coalición de gobierno en el sentido de evitar a toda costa el conflicto en el ámbito de la sexualidad y la reproducción nos ha privado de la posibilidad de sentar las bases del reconocimiento de las personas a determinar sus propios planes de vida, de reconocer la diversidad de posturas al interior de nuestra sociedad y de respetar derechos tan básicos como la libertad de autodeterminación y la vida privada.

La ausencia de debate –como lo haría cualquier sociedad democrática– sobre nuestros ideales de vida, y en particular sobre la autonomía de las mujeres en cuanto a repro-

ducción, solo ha permitido que grupos que intentan imponer al resto de la sociedad su particular forma de ver el mundo logren situar su agenda en los medios de comunicación e incidan de forma totalmente desproporcionada en la adopción u omisión de normas y políticas públicas. Esta situación se repite en el plano judicial, esfera que no acostumbra dirimir conflictos examinando los temas substanciales.

Si a lo anterior se suma el hecho de que aún no se logra consolidar la noción del ejercicio de derechos ciudadanos en el ámbito de la sexualidad y reproducción, resulta que por defecto u omisión el debate, y muchas veces el liderazgo en estos temas, terminan siendo vinculados a la salud y no a los derechos.

Informes de Investigación publicados:

- Nº 1 La Modernización de la Justicia Militar, un Desafío Pendiente.
Autor: JORGE MERA FIGUEROA
- Nº 2 Poder Judicial y Mercado: ¿Quién debe pagar por la Justicia?
Autores: JORGE CORREA S.
CARLOS PEÑA G.
JUAN ENRIQUE VARGAS V.
- Nº 3 Recursos Destinados a la Justicia en Chile: Análisis de su evolución y productividad.
Autor: JUAN ENRIQUE VARGAS V.
- Nº 4 La Jurisdicción Constitucional: Funcionamiento de la Acción o Recurso de Inaplicabilidad, crónica de un fracaso.
Autor: GASTÓN GÓMEZ
- Nº 5 Racionalización de la Posesión Efectiva.
Autores: JORGE CORREA SUTIL
ALEJANDRA AGUAD DEIK
- Nº 6 Problemas en Torno a la Reconfiguración del Ministerio Público en América Latina.
Autor: MAURICIO DUCE
- Nº 7 Leyes de Desacato y Libertad de Expresión.
Autor: FELIPE GONZÁLEZ
- Nº 8 Discriminación en Contra de la Mujer
Autores: GASTÓN GÓMEZ
RODOLFO FIGUEROA
- Nº 9 Prisión preventiva y demás medidas cautelares en el nuevo Proceso Penal
Autor: CRISTIÁN RIEGO RAMÍREZ
- Nº 10 Los abogados en Chile: desde el Estado al Mercado
Autor: IÑIGO DE LA MAZA G.
- Nº 11 La discapacidad frente a la necesidad de profundización democrática en los procesos electorales
Autora: MARÍA SOLEDAD CISTERNAS REYES
- Nº 12 Discrecionalidad del ministerio público, calificación jurídica y control judicial
Autor: JORGE MERA FIGUEROA
- Nº 13 "Tiene derecho a guardar silencio..." La jurisprudencia norteamericana sobre la declaración policial
Autor: ANDRÉS BAYTELMAN A.

Nº 14 Cultura judicial y enseñanza del Derecho en Chile: una aproximación

Autor: FELIPE GONZÁLEZ MORALES

Nº 15 La otra violencia. Poder penal doméstico sobre los niños en el Derecho chileno

Autor: JAIME COUSO

Nº 16 Bases programáticas para la reforma integral del Derecho Penal Militar chileno

Autor: JORGE MERA FIGUEROA

Nº 17 Nuevo estándar de convicción

Autor: CRISTIÁN RIEGO RAMÍREZ