






Universitat Autònoma de Barcelona

**ADVERTIMENT.** L'accés als continguts d'aquesta tesi queda condicionat a l'acceptació de les condicions d'ús establertes per la següent llicència Creative Commons:  [http://cat.creativecommons.org/?page\\_id=184](http://cat.creativecommons.org/?page_id=184)

**ADVERTENCIA.** El acceso a los contenidos de esta tesis queda condicionado a la aceptación de las condiciones de uso establecidas por la siguiente licencia Creative Commons:  <http://es.creativecommons.org/blog/licencias/>

**WARNING.** The access to the contents of this doctoral thesis it is limited to the acceptance of the use conditions set by the following Creative Commons license:  <https://creativecommons.org/licenses/?lang=en>

# Encrucijadas y debates de la vida y la muerte

Discursos sanitarios sobre aborto y eutanasia  
desde una perspectiva de género  
El caso de Santiago de Chile



Obra: Nancy Spero

Lorena Etcheberry Rojas



**TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTORA EN SOCIOLOGÍA**

**Encrucijadas y debates de la vida y la muerte**

**Discursos sanitarios sobre aborto y eutanasia desde una  
perspectiva de género**

**El caso de Santiago de Chile**

Investigadora doctoral: Lorena Etcheberry Rojas.

Becaria Conicyt, Chile

Director y tutor académico: Dr. Enrico Mora Malo

Programa de Doctorado en Sociología

Departamento de Ciencias Políticas y Sociología

Universidad Autònoma de Barcelona

Bellaterra, 2020

*Las revoluciones tienen una capacidad transformadora y creadora, pero precisan de evolución de consciencias, que comprendan la autonomía no sólo como una cuestión individual, sino como un ejercicio colectivo, amoroso, y corporal, que permita el desarrollo ético para nuestra condición humana*

## Agradecimientos

Tomo mis manos y las cruzo para generar calor, el mismo calor que generaron mientras tocaban una a una las letras del computador vertidas en esta investigación. Focalizo mi vista en las palabras, frases y páginas, que han sido leídas y releídas, mientras mi cuerpo erguido, y a veces curvo, se ha sentado para el trabajo. Mi vientre se aprieta cuando pienso que este texto será revisado por otros/as, y se expande al tiempo que prendo un cigarrillo. Agradezco a mi cuerpo, por estar presente y activo.

Agradezco a mis relaciones, las conversaciones interminables, las interpelaciones, mi historia y la historia vida de otros/as, que han hecho posible generar un intento de conclusión al final de esta tesis. Porque a través de estas conexiones, se ha vuelto evidente que la construcción de conocimiento es colectivo. Si bien yo escribo estas palabras, éstas son elaboraciones de todo lo social que me constituye.

Le agradezco especialmente a mi hijo Lucas, quien ha estado presente en todo momento, pese a la distancia de kilómetros que nos ha separado y nos ha acercado a lo largo de estos tres años y medio. Le agradezco a él, chiquitito, que comenzó este camino conmigo midiendo menos de 1,55 mts, y que ahora se ha extendido a más de 1,75 mts. Le agradezco a él, por la adaptación y a veces por la sobreadaptación que conllevan estos procesos.

Estoy agradecida de mi familia, que a la distancia siempre me dieron su constante apoyo y su cariño. A las amistades intrañables (que no las nombro porque saben perfectamente quienes son y que están allí, pese a que estemos o no estemos en la misma ciudad), esas que me tendieron la mano cuando estaba decaída y quienes caminaron a mi lado y compartieron alegrías. Aquellas amistades que me enseñaron en la práctica sobre feminismo y sororidad.

También, esta tesis no habría sido posible llevarla adelante sin mi tutor, Enrico Mora, quien gracias a una visión profunda y reflexiva me ayudaba a ir desentramando los discursos y los pensamientos que emergían a lo largo de este proceso de investigación. Gracias a Enrico no sólo por ser un buen tutor, sino por ser una bella persona que me acogió cariñosamente, haciendo carne que el proceso de investigación no es sólo racional sino emocional y corporal.

Agradezco a mi Grupo de Investigación: Lis y Des Subjectant, por las conversaciones compartidas, por el espíritu crítico, por ayudarme a ver más allá. También, cómo no agradecer al Departamento de Sociología de la Universidad Autónoma de Barcelona, a su equipo docente y administrativo (Gracias Eli!), por una gran calidad humana, académica y de gestión.

## Contenido

<b>Introducción</b> .....	14
Relevancia de la investigación .....	20
Pregunta, objetivos e hipótesis de la investigación .....	22
<b>1. Antecedentes y contextos sobre aborto y eutanasia en el marco de la sociedad chilena y el ámbito internacional</b> .....	26
1.1. Antecedentes sobre la problemática del aborto .....	26
1.1.1. El aborto y el contexto internacional .....	26
1.1.2. El aborto en Chile .....	36
1.1.3. Percepciones de la opinión pública sobre el aborto .....	46
1.2. Antecedentes sobre la problemática de eutanasia .....	50
1.2.1. La eutanasia y el contexto internacional occidental .....	50
1.2.2. La eutanasia en Chile .....	58
1.2.3. Percepciones de la opinión pública sobre la eutanasia .....	64
<b>2. Estado del Arte</b> .....	68
2.1. Metodología de búsqueda de artículos .....	69
2.2. Temáticas transversales al aborto y a la eutanasia .....	70
2.2.1. Sobre la dignidad, visiones, aplicaciones y su conexión con la autonomía .....	70
2.2.2. Los derechos humanos y la dignidad .....	75
2.2.3. Biopolíticas .....	78
2.2.4. Bioética personalista .....	79
2.3. Temáticas contextuales: países, constituciones y legislaciones .....	80
2.3.1. Aborto en países, constituciones y legislaciones .....	81
2.3.2. La eutanasia en países, constituciones y legislaciones .....	95
2.4. Temáticas posicionales: Posturas de actores/as sociales .....	99
2.4.1. Aborto, actores/as sociales y posturas .....	100
2.4.2. Eutanasia y actores/as sociales y posturas .....	110
2.5. Conceptualizaciones .....	115

2.5.1.	Conceptualizaciones en torno al aborto .....	115
2.5.2.	Conceptualizaciones en torno a la eutanasia.....	116
<b>3.</b>	<b>Marco epistemológico: miradas multidimensionales en base a la experiencia.....</b>	<b>119</b>
3.1.	Epistemologías feministas .....	122
3.1.1.	Cultura/ naturaleza, Razón/ emoción, Razón/ cuerpo.....	124
3.1.2.	Objetivismo y subjetivismo, conectados a la emoción y al conocimiento situado.....	129
3.1.3.	Ética del cuidado y ética de la justicia como vectores de la construcción de conocimiento.....	131
3.2.	Aplicación del modelo Biopsicosocial (MBPS) .....	133
3.3.	La construcción de subjetividad y su relación con el poder .....	138
3.3.1.	Biopoder: anatomopolítica y biopolítica.....	140
3.3.2.	Concebir el poder de una manera relacional .....	141
3.3.4.	Las libertades en el pensamiento foucaultiano y la relación consigo mismo/a .....	142
<b>4.</b>	<b>Ejes conceptuales para la comprensión de los discursos sanitarios....</b>	<b>145</b>
4.1.	Principios a tener en consideración en las relaciones sanitarias.....	149
4.2.	¿Cómo comprendemos lo humano? Entre el reconocimiento del deseo y su negación.....	152
4.3.	Dignidad y autonomía en el marco de las dimensiones racionales y emocionales.....	155
4.3.1.	Miradas en torno a la autonomía que cuestionan las condiciones de existencia de las personas en contexto de aborto o en la petición de adelantar la muerte .....	157
4.3.2.	¿La autonomía es sólo una cuestión de reconocimiento?.....	162
4.4.	¿Hasta dónde somos vulnerables? la dependencia y la necesidad de cuidados .....	165
4.4.1.	El carácter ontológico de la vulnerabilidad.....	166
4.4.2.	Dependencia, reproducción doméstica y patriarcado, en el ámbito de los cuidados	169
4.4.3.	En este marco, ¿cómo concebimos los cuidados?: Desde la descripción de tareas a una mirada relacional.....	172
4.4.4.	Cuidados y servicios desde una mirada relacional.....	174



4.4.5.	Los deseos contrapuestos en la maternidad.....	177
4.5.	Una construcción moderna de la muerte y del deseo de muerte, y su relevancia en el ámbito sanitario .....	179
4.5.1.	El traslado de la muerte a las instituciones sanitarias .....	181
4.5.2.	El deseo y la pulsión de muerte .....	182
4.6.	Dolor y sufrimiento cercanos a la muerte.....	185
4.7.	Construcciones corporales: entre el tener y el ser.....	187
4.7.1.	Dualismos en la construcción corporal en la modernidad.....	188
4.7.2.	Género y feminismo en la ruptura de las dualidades corporales .....	190
4.7.3.	Conflictividad y orden en el cuerpo .....	192
<b>5.</b>	<b>Estrategia Metodológica .....</b>	<b>194</b>
5.1.	El carácter cualitativo de la investigación .....	194
5.2.	Estrategia mixta de investigación .....	199
5.3.	Estructuración de la muestra: Muestra inicial y muestra final.....	202
5.3.1.	Muestra inicial.....	203
5.3.2.	Muestra final .....	206
5.4.	Entrevistas en profundidad semi- estructuradas .....	209
5.5.	Técnicas de análisis.....	212
5.5.1.	Análisis de contenido .....	212
5.5.2.	Análisis crítico del discurso .....	213
5.5.3.	Integración entre análisis de contenido y análisis crítico del discurso: Nuestro diagrama de análisis.....	216
<b>6.</b>	<b>Significaciones, posiciones y expectativas en torno al proyecto de ley de interrupción del embarazo en tres causales y a la eutanasia en el marco del debate social y político del país .....</b>	<b>217</b>
6.1.	Tratando de arribar a algunas conceptualizaciones en común.....	220
6.1.1.	Nociones sobre aborto y algunas distinciones necesarias.....	220
6.1.2.	Problematizando las conceptualizaciones sobre eutanasia.....	224
6.2.	Significaciones y posturas generales en torno al proyecto de ley de interrupción voluntaria del embarazo en tres causales.....	228

6.2.1. La dimensión del problema no es argumento .....	228
6.2.2. El proyecto de ley como sinónimo de progreso y de “sociedad avanzada” .....	230
6.2.3. El proyecto de ley vinculado al ejercicio de derechos .....	231
6.2.4. Crítica a la redacción del proyecto de ley .....	233
<b>6.3. Significaciones y posicionamiento en torno a las causales del proyecto de ley de interrupción voluntaria del embarazo .....</b>	<b>235</b>
6.3.1. Causal de posible muerte de la mujer.....	236
6.3.2. Causal de inviabilidad fetal con carácter letal y el problema de la certeza diagnóstica 240	
6.3.3. Causal de violación.....	242
<b>6.4. Significaciones y visiones de futuro en torno a la eutanasia en Chile</b>	<b>253</b>
6.4.1. Condiciones políticas y sociales para legislar sobre eutanasia .....	254
6.4.2. Falta cobertura médica de cuidados paliativos (CP), de tratamientos para el dolor y de formación profesional.....	256
6.4.3. Interferencia religiosa en la sociedad y riesgo económico .....	258
<b>6.5. Recapitulando .....</b>	<b>260</b>
<b>7. Vida y muerte interrogadas por la dignidad humana y las nociones de persona.....</b>	<b>263</b>
7.1. Lo humano en el marco de vidas habitables y vivibles.....	264
7.2. La dignidad en el ámbito sanitario.....	267
7.2.1. Muertes dignas, ¿llegar hasta las últimas consecuencias o abrir posibilidades? ...	270
7.2.2. Sobre la dignidad de la vida y las decisiones fundamentadas en la ética.....	273
7.3. Algunas lecturas sobre el comienzo de la vida.....	277
7.3.1. Lecturas biomédicas del comienzo de la vida .....	277
7.3.2. Una lectura católica del comienzo de la vida y su sacralidad .....	279
7.3.3. Lecturas jurídicas de comienzo de la vida.....	282
<b>7.4. La sacralidad de la vida y otros argumentos en el aborto y en la eutanasia.....</b>	<b>283</b>
7.4.1. Consecuencias de la sacralidad de la vida en la construcción del imaginario del asesinato	286

7.4.2.	Consecuencias de la sacralidad de la vida sobre el ideario de respeto a la vida. Algunas éticas asociadas al nasciturus.....	290
7.5.	Las nociones para la construcción de la persona.....	292
7.5.1.	Discusión sobre el estatuto moral del embrión o feto y la configuración de persona 296	
7.6.	Recapitulando .....	300
<b>8.</b>	<b>Aproximaciones a la autonomía: indagaciones sobre quién decide, los derechos y las herramientas para su ejercicio en el ámbito sanitario.....</b>	<b>303</b>
8.1.	Las posibilidades de autonomía en el aborto y en la petición de adelantar la muerte, consideraciones de los contextos y los distintos derechos en juego.....	305
8.2.	Integrando nuevos elementos para la superación de la autonomía liberal.....	312
8.3.	La pregunta sobre quién decide y las posibilidades de autonomía.....	317
8.4.	El aborto como un problema sanitario y como una cuestión de responsabilidad y autonomía de las mujeres.....	325
8.5.	Herramientas y mecanismos que pueden facilitar el ejercicio de la autonomía .....	328
8.5.1.	Uso de misopostrol .....	328
8.5.2.	Voluntades anticipadas .....	330
8.5.3.	Limitación del esfuerzo terapéutico –LET-.....	332
8.6.	Recapitulando .....	332
<b>9.</b>	<b>Las relaciones de cuidado y de servicio como respuestas a la vulnerabilidad humana.....</b>	<b>335</b>
9.1.	Cuidados y servicios frente a situaciones de aborto.....	337
9.1.1.	El cuidado y el servicio en la prevención del embarazo.....	337
9.1.2.	Disyuntivas en torno a la identidad materna en el marco del aborto: dicha social frente a los proyectos de vida de las mujeres .....	339
9.1.3.	Culpa y arrepentimiento tras abortar por la impronta materna .....	344
9.1.4.	Visión del “niño/a enfermo/a” y la necesidad de cuidado .....	348

9.2. Relevancia y tensiones en torno a los cuidados paliativos -CP-.....	350
9.3. Acompañamiento en los proceso de fin de vida .....	354
9.3.1. La relevancia del acompañamiento psicológico en el marco del aborto por inviabilidad fetal de carácter letal .....	355
9.3.2. Acompañamiento para el arrepentimiento y la resignificación del aborto .....	356
9.3.3. Acompañamiento en la lucha por un nacimiento .....	357
9.3.4. Acompañamiento de las familias .....	359
9.4. Recapitulando .....	361
<b>10. La muerte prohibida: expresiones del dolor y del sufrimiento en el marco de los discursos del personal sanitario.....</b>	<b>363</b>
10.1. Experiencias de casos explicitando el deseo de adelantar la muerte	366
10.1.1. Casos emblemáticos en la escena nacional .....	366
10.1.2. Casos en el ámbito íntimo o familiar.....	369
10.2. Motivos y argumentos en la construcción del deseo de adelantar la muerte .....	370
10.3. Sufrimiento dolor y trauma, en la construcción del deseo de muerte y como ejes transversales al aborto y a la eutanasia.....	377
10.3.1. Sufrimiento y dolor en el deseo de muerte .....	377
10.4. El aborto: consecuencias de muerte, trauma, dolor y sufrimiento ....	381
10.4.1. La noción del aborto como “segundo trauma” tras la violación.....	385
10.4.2. La elaboración de duelo en el marco del aborto .....	388
10.4.3. El sufrimiento presente en los embarazos con inviabilidad fetal con carácter letal ..	389
10.4.4. Sufrimiento y dolor resignificados en la valentía y fortaleza .....	394
10.5. Dilemas éticos en la práctica sanitaria en contextos de sufrimiento y dolor frente a la muerte .....	400
10.5.1. Dilemas en torno a la limitación del esfuerzo terapéutico en el marco del sufrimiento por una gestación con inviabilidad.....	400
10.5.2. Dilemas en torno a los criterios utilizados para la determinación de la muerte .....	401
10.6. Recapitulando.....	409

## **11. Relaciones sanitarias en el marco del aborto y de la petición de adelantar la muerte: tensiones, emociones y construcción de subjetividades**

412

11.1. El secreto médico en el marco del aborto.....	413
11.2. Interrogando los objetivos de la medicina: Aborto y eutanasia como ruptura del juramento profesional .....	415
11.3. El paternalismo en el ámbito sanitario .....	419
11.4. Relación usuario/a, profesionales y familias en el marco de la limitación del esfuerzo terapéutico .....	421
11.5. Las emociones del personal de salud asociadas en el marco de la relación sanitaria .....	428
11.5.1. Las emociones en el marco de la relación sanitaria en torno al aborto .....	429
11.5.2. La emocionalidad en el marco de la solicitud de adelantar la muerte y la limitación del esfuerzo terapéutico .....	435
11.6. Recapitulando.....	441

## **12. Visiones corporales: entre dualismos e integraciones**..... 444

12.1. Vínculos en las Metáforas corporales: entre la disociación y la búsqueda de integración de dicotomías.....	446
12.1.1. Relación entre cuerpo y cultura .....	446
12.1.2. Relación cuerpo y naturaleza: finitudes y trascendencias .....	448
12.1.3. Cuerpo y alma: debate sobre las jerarquías entre estas dos miradas .....	451
12.1.4. Cuerpo máquina: engranaje y funcionamiento .....	455
12.1.5. Somos cuerpo: entre la vulnerabilidad y la necesidad de cuidado.....	457
12.2. Concepciones del cuerpo sano: consideraciones y conexiones.....	460
12.2.1. Cuerpo como voluntad de la acción.....	460
12.2.2. Cuerpo como alter ego.....	463
12.2.3. Cuerpo exento de enfermedades y de sufrimiento .....	464
12.2.4. Cuerpo y vejez .....	466
12.2.5. Mirada integral del cuerpo sano .....	469
12.3. Recapitulando.....	471

<b>Conclusiones</b> .....	474
• Argumentos polares que al desmadejarlos develan su complejidad y su uso político.....	474
• Debates y construcciones subjetivas entre la vida biológica, la vida habitable, la dignidad con autonomía o el “hacer todo lo posible” .....	477
• Las visiones sobre la autonomía se encuentran atadas a construcciones binarias de género, que son necesarias de superar.....	480
• Las relaciones de cuidados, en el marco del aborto y en el deseo de adelantar las muertes, deben considerar las necesidades y el reconocimiento respetuoso de los deseos de las personas	483
• El sufrimiento y el dolor se enmarcan por las condiciones materiales y subjetivas de existencia de las personas y por cómo se ha concebido la muerte en nuestra sociedad .....	486
• En las relaciones sanitarias emerge el secreto médico, el paternalismo, la obstinación terapéutica, permeadas por emociones de rabia, frustración, impotencia e indolencia.....	489
• La corporalidad marca el límite entre la vida y la muerte, en esta se cristalizan los conflictos sociales y se marca la trayectoria de nuestras vidas. La corporalidad es nuestra posibilidad de agencia .....	492
<b>Bibliografía</b> .....	495
<b>Anexos</b> .....	523
a) Operacionalización.....	523
b) Libro de códigos .....	526
c) Fichas de entrevistados/as.....	530
d) Cuestionarios utilizados en la investigación.....	531
e) Consentimiento informado .....	537

## Introducción

Cuando volcamos la mirada hacia Chile, podemos ver que en la actualidad existe una fuerte movilización social, que por medio de demandas de reformas estructurales, a través de la solicitud de una nueva constitución, transformación en materia de salud, educación, pensiones, medio ambiente, reconocimiento y devolución de tierras del Wallmapu, entre otras, lo que se intenta es dignificar la vida.

En este contexto, lemas como “Chile despertó”, el “hasta que valga la pena vivir” o “de aquí no nos soltamos más” nos muestran que este estallido social viene a ser una respuesta a largos años de sometimiento y de saqueo en el marco de lo legalmente establecido, bajo un sistema capitalista neoliberal, colonia, patriarcal y capacitista ejemplar en la región y en el mundo.

La represión no se ha hecho esperar, en la medida que por medio de la instalación del Estado de excepción, toques de queda, represión militar y policial, ya van decenas de muertos/as, centenares de personas que han perdido la visión por el uso de balines, torturas, abusos sexuales y violaciones, que dejan al descubierto una violación sistemática a los derechos humanos.

Es en este contexto que presento mi tesis doctoral, la que si bien enfrenta otras problemáticas que quizás no son tan evidentes a la luz de las demandas actuales, también habla de la dignificación de la vida, y la dignificación de la muerte, apelando a los derechos humanos y a la autonomía de las personas.

En este panorama visualizamos cómo, por ejemplo, el aborto en Chile estuvo permeado por leyes escritas bajo dictadura que apelaban al “derecho del que está por nacer”, y cómo, en el devenir de los debates legislativos de largos años, se ha aprobado una ley de interrupción voluntaria del embarazo, acotada a sólo tres causales que, por medio de la intervención del Tribunal Constitucional (2017), anclaje de la reciente dictadura, establece barreras conectadas a la objeción de conciencia, instalándola en el ámbito institucional.

Los motivos para embarcarme en una tesis doctoral de estas características son variados, pero se conectan principalmente con mi experiencia y trayectoria de vida. De este modo, situándome desde las epistemologías feministas, considero que esta investigación es resultado de mis reflexiones personales, reflexiones que no sólo están ancladas en la razón, sino que tienen elementos emocionales sustanciales que me hacen formular la pregunta de investigación que propongo. Asimismo, además de nacer de inquietudes personales, esta investigación da origen a un trabajo de investigación empírico- teórico sistemático, que se instala en el ámbito de las ciencias sociales en general y en particular, en el campo de la sociología.

Posiblemente la vivencia que más se relaciona con lo anteriormente descrito, tiene que ver con la experiencia de muerte de mi hermano mayor, hace algunos años atrás. Mi hermano Pablo tenía 32 años, vivía en los Estados Unidos, padecía de un cáncer pulmonar, y esperó, con un gran dolor y sufrimiento, a que naciera su hija para pedir que le hicieran una eutanasia. Esta situación generó en mí grandes debates internos, cuestionándome por el sentido de la vida y de la muerte, así como las condiciones en las que se encuentran las personas que atraviesan estas situaciones.

También, el hecho de que varias amigas habían pasado por experiencias de aborto hizo eco en mí sobre esta problemática. Hace ya casi una década, participé algunos años en una colectiva feminista, desde la cual hacíamos intervenciones para defender los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres. Desde esa vereda organizamos una apostasía masiva en Chile, que defendía la anticoncepción de emergencia que se veía cuestionada frente a la iglesia católica.

Mis amigas que habían abortado o que deseaban hacerlo, pese a tener un discurso reivindicativo y desde la autonomía, lo comentaban en silencio, en espacios íntimos, ya que existía un marco legal punitivo frente a sus actos, lo que remitía a que la experiencia quedara silenciada.

Estas cuestiones generaron en mí la impronta de reflexionar sobre la vida y la muerte en estos marcos, debates que pueden ser considerados desde lo biológico o desde lo religioso, pero que a mi parecer tenía fuertes elementos políticos, relacionados con nuestra corporalidad y con la incidencia que tenemos sobre uestros destinos, así como qué concebimos digno en nuestra existencia.



También, me pregunto en la actualidad sobre qué argumentos me llevan a considerar el aborto y la eutanasia de manera integrada. En esta dirección trabajo las temáticas de aborto y eutanasia de manera conectada porque ambas se vinculan en dos momentos vitales, el primero, cuando se origina la vida y el debate que eso conlleva, mientras que el segundo busca responder preguntas acerca del término de la vida. Frente a eso me cuestiono sobre qué concepciones de vida existen, ¿qué se entiende por vida?, ¿es lo mismo la vida biológica que la vida “habitable” o “vivable” como nos diría Butler (2004)?

Considero que tanto el aborto como la eutanasia se encuentran interconectados también por la cuestión de la muerte, en la medida que en el primero, quienes son detractores/as de la medida, la significan como muerte de un “bebé”, atribuyéndole una significación de “persona con derechos”, mientras que en el segundo caso –eutanasia- es más evidente que emerge el deseo de muerte de la persona que se encuentra en dicha situación.

Asimismo, ambos fenómenos muestran formas de autonomía de los/as sujetos, en tanto autonomía para decidir cuándo continuar con una gestación y autonomía en la decisión de terminar con la propia vida, lo que se vincula con el debate de los derechos humanos, en tanto derechos sexuales y reproductivos y derecho a la muerte digna y con concepciones de dignidad.

Ambos fenómenos plantean cierres y/o aperturas respecto a la autodeterminación que tienen los sujetos sobre sus cuerpos y en ese sentido, a qué vida remiten. Por una parte el aborto plantea, entre alguno de sus argumentos, el derecho de las mujeres sobre sus cuerpos, mientras que la eutanasia establece el derecho de la persona usuaria del sistema de salud a decidir sobre la continuidad o finalización de su vida.

En este sentido, aborto y eutanasia, debaten el derecho a la vida desde distintos ángulos: la vida con más o menos reconocimiento y ejercicio de autonomía de las mujeres; la posible continuidad de vida de un feto o un embrión; la continuidad o discontinuidad de vida de una persona usuaria del sistema de salud frente a la eutanasia; debates que sin duda se encuentran conectados a la gubernamentalidad y a concepciones de corporalidad.

Como contraparte del discurso de la autonomía se encuentran las posturas emanadas desde la iglesia católica y otras iglesias, que ponen en el centro del derecho la santidad o sacralidad de la vida. En este contexto, según Casado (2008), fue en la época medieval donde la vida, en el marco de las concepciones de dignidad, se tomó como un fin en sí mismo, como un bien intranzable, a diferencia de las concepciones laicas de la dignidad donde es posible ponderar diversos factores.

Según Casado, “suele aceptarse que el cristianismo introdujo las condiciones para que el derecho pasara de un sistema de estratificación cualitativa de la vida humana a la consideración de que, como creación de Dios, cada hombre (*mujer*<sup>1</sup>) es igual a los otros y toda vida humana es sagrada e inviolable per se, para uno mismo y para los demás, sin atender a su calidad física o estatus social” (2008: 116). De este modo, la iglesia católica ha sido enfática en oponerse tanto a la eutanasia como al aborto, apelando a esta concepción de la vida humana.

En este contexto me planteo trabajar aborto y eutanasia de manera integrada. Así, me ha interesado indagar en los discursos del personal sanitario, instalados en tres instituciones sanitarias ubicadas en Santiago de Chile: una clínica religiosa, una clínica no religiosa y un hospital.

Si bien la temática que trabajamos tiene una gran amplitud, la acotamos a los discursos sanitarios dado que en nuestros tiempos dicho discurso ha cobrado relevancia en el marco del discurso científico que es considerado central a la hora de elaborar las políticas públicas de salud. Es decir, los discursos sanitarios como discursos científicos se configuran como discursos de saber/poder que se instalan e inciden en lo público (Foucault, 1969).

Cabe destacar que los discursos sanitarios no son los únicos discursos de saber/ poder, pero en el marco de esta tesis doctoral los considerábamos relevantes dado que desde la construcción subjetiva de los discursos del personal sanitario, pudimos evidenciar cierres o aperturas a las temáticas estudiadas, así como reflexionar sobre la conexión entre dichos discursos y las prácticas sanitarias donde se veían involucradas las personas usuarias.

---

<sup>1</sup> Las cursivas son mías.

Asimismo, los/as profesionales de la salud son los/as actores/as que se encuentran más cercanos/as a eventos asociados a la eutanasia y aborto, a la hora de atender a personas usuarias que tienen este tipo de requerimiento o que han pasado por un evento de aborto inducido, por ejemplo. También, estos/as actores/as –del ámbito sanitario- se encuentran en el debate diario entre la vida y la muerte, por lo que la intención es conocer, desde sus mismas prácticas, cotidianas, sanitarias y clínicas, sus discursos en torno a lo que conciben como vida y muerte o proceso de morir.

De esta manera, la pregunta que se fue perfilando a lo largo de esta investigación fue ¿Cuáles son los discursos sanitarios sobre aborto y eutanasia del personal sanitario de las unidades de obstetricia/ginecología, comité bioético y cuidados paliativos, de los hospitales y clínicas (religiosas y no religiosas) chilenos, desde una perspectiva de género?

También, antes de pasar a dar cuenta del desarrollo de esta tesis doctoral, pienso que es necesario aclarar el por qué utilizo el concepto de eutanasia. En esta dirección, y como veremos en los antecedentes del estudio, la eutanasia en el país no es legal, incluso, la ayuda a la muerte se encuentra penalizada en este contexto.

Sin embargo, la eutanasia, al ser un concepto polisémico (Vivanco, 2015), nos viene a plantear cuestionamientos respecto al actuar del personal sanitario frente a la solicitud de adelantar la muerte de una persona. En esta dirección, hemos utilizado el concepto de eutanasia de un modo amplio, lo que nos ha permitido consultar a los/as profesionales sobre modos de acción respecto de dicha petición.

Por dichos motivos, a la luz de las entrevistas realizadas, no utilizamos de manera directa los conceptos de muerte asistida ni de suicidio asistido, en la medida que comprendíamos que el concepto de eutanasia, les remitía también a dichas nociones y podía ser más cercano a sus reflexiones.

El estudio que presentamos a continuación es de carácter cualitativo, e intenta producir y comprender discursos del personal chileno, de las instituciones mencionadas anteriormente, por medio del análisis de contenido y análisis crítico del discurso. Cabe destacar, que el trabajo de campo

se realizó en Chile el año 2017, entre los meses de marzo y julio, previo a la aprobación de la Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo en tres causales, señalada anteriormente.

Asimismo, consideramos que esta tesis doctoral tiene una fuerte impronta política feminista, en la medida que no sólo deseamos poner en evidencia discursos y debates, sino que esperamos que estas discusiones trasciendan para incidir, en alguna medida, en la transformación social en general y en la práctica sanitaria en particular.

De este modo, acudimos a las gafas del feminismo para establecer, por medio de un análisis de género, las distinciones y construcciones existentes en torno a lo femenino y lo masculino hegemónico y a la construcción de las voces disidentes en estos marcos. También, consideramos que bajo esta mirada podemos comprender las construcciones subjetivas permeadas por una visión de género que establece el personal sanitario y que inciden en la práctica sanitaria y en las relaciones de poder que en dicho contexto se producen.

En la misma dirección, interrogar a los debates de la vida y la muerte en el marco de las problemáticas estudiadas, desde una óptica feminista, nos posibilita comprender un punto de partida y acercanos a un punto de llegada, por medio del cuestionamiento constante bajo esta visión, interrogando sobre cómo deseamos comprender nuestras existencias y cómo deseamos ejercer nuestras vidas, comprendiendo que la muerte es parte de ésta.

Esta tesis doctoral se encuentra estructurada bajo trece capítulos: en el primero (1) damos cuenta de los antecedentes de la investigación, indagando en los contextos sociopolíticos que permean la cuestión del aborto y de la eutanasia; en el segundo (2) exponemos el estado del arte, que remite a la revelación de estudios relacionados con las temáticas en un margen temporal de 10 años; en el tercer capítulo (3) elaboramos las miradas epistemológicas que hemos adoptado; mientras que en el cuarto capítulo (4) damos cuenta de los principales ejes conceptuales a los que hemos acudido para interpretar los resultados de esta investigación.

En el quinto capítulo (5) presentamos la metodología que hemos empleado para desarrollar la presente investigación; en el cuarto capítulo. Desde el capítulo seis (6) comenzamos a dar cuenta de

los capítulos analíticos de la investigación, comenzando por las significaciones, posiciones y expectativas en torno al proyecto de ley de interrupción del embarazo en tres causales y a la eutanasia; en el capítulo siete (7) analizamos la noción de dignidad humana y el concepto de persona; en el capítulo ocho (8) trabajamos sobre las reflexiones acerca de la autonomía de las personas en el marco del aborto y de la eutanasia; en el capítulo nueve (9) investigamos sobre materias vinculadas a los cuidados y a los servicios frente a la vulnerabilidad humana; en el décimo capítulo (10) indagamos en temas relacionados con la muerte; en el capítulo once (11) profundizamos sobre las relaciones humanas, anclándolas en las tensiones, emociones y construcciones de las subjetividades que se dan en estos marcos; en el capítulo doce (12) reflexionamos en torno a la corporalidad, acudiendo a metáforas corporales donde se evidencian dicotomías y miradas integradoras, además de preguntarnos sobre cómo concibe el personal sanitario el cuerpo sano en estos marcos; Finalmente, presentamos las reflexiones y conclusiones finales. Asimismo, presentamos la bibliografía a la que hemos acudido para dar lectura a los discursos del personal sanitario y los anexos de la investigación.

## **Relevancia de la investigación**

Situamos la relevancia política de este estudio desde los discursos de saber/poder, en particular en los discursos sanitarios, en la medida que éstos, entre otros discursos de saber/ poder, inciden en el actuar estatal. Es decir, los discursos sanitarios, enmarcados en el discurso científico, tienen relevancia política en torno a los debates de aborto y eutanasia ya que son considerados para la legislación de ambos temas y por ende la elaboración de políticas públicas.

Asimismo, observamos al Estado como entidad moderna que responde a una institución que, por medio de la gubernamentalidad, cristaliza el desarrollo de biopolíticas que modelan a la población y a los cuerpos de los sujetos.

Por otra parte, el Estado está interpelado para responder a los requerimientos sociales de los sujetos, que no sólo tienen que ver con elementos de desarrollo de subsistencia de la vida, sino también con materia de derechos humanos y garantías de éstos, para el ejercicio de una ciudadanía sustantiva y para su legítima soberanía.

Esta conjugación se modifica cuando vemos que discursos emergentes de distintos/as actores/as sociales confluyen generando una disputa que se cristaliza en el accionar Estatal. En este sentido, según Foucault (1970), los discursos de saber, expresan la producción de poder, el que deviene en principios normativos, verdades, que permean el accionar del Estado y que le entregan un cariz en particular. De este modo los discursos sanitarios cobran relevancia política a través de este estudio.

En Foucault encontramos que “existe una correlación entre discurso de saber y práctica de poder. Especialmente en nuestra sociedad, poder, derecho y verdad están organizados de una manera peculiar. En este sentido, cualquier práctica o ejercicio de poder en un ámbito específico implica un discurso de poder” (Aguilera, 2010: 36). De este modo, constatamos que el discurso de poder es relevante en tanto se conecta con la práctica de poder.

Así, nuestra investigación, tiene relevancia política en la medida que apunta a los discursos del ámbito sanitario, que pueden cristalizar en discursos de saber/poder cuando se tornan hegemónicos. Asimismo, la relevancia política también se encuentra anclada en los derechos humanos, en la medida que las problemáticas de aborto y de eutanasia se conciben bajo estos parámetros.

Por una parte los derechos sexuales y reproductivos -DDSSR- de las mujeres, donde se manifiesta la autonomía de las mismas, y el derecho a la muerte digna, donde se manifiesta la autonomía de la persona usuaria, aunque Chile no tiene una legislación que permita la aplicación de eutanasia a enfermos/as terminales.

Este estudio también tiene relevancia metodológica en la medida que no existe, principalmente para el caso de la eutanasia, demasiada información empírica respecto de los discursos sanitarios. Asimismo, constituye una relevancia metodológica el hecho de que se confronten ambos fenómenos sociales –aborto y eutanasia- en torno al debate de vida y muerte, donde se entrecruzan elementos de la sociología, el feminismo, la antropología, la psicología, la biopolítica y la bioética, entre otros. Esto principalmente porque no existen estudios que aborden ambas problemáticas de manera integrada.

En esta dirección, trabajar conectando ambas problemáticas, no sólo constituye una relevancia metodológica, en términos de cómo trabajamos ambos elementos, sino que también constituye una relevancia teórica en la medida que nos centramos en conocer qué conceptos, qué discursos y percepciones se encuentran vinculados. Así, si bien comenzamos desde la premisa de que aborto y eutanasia se encuentran en conexión por el debate de la vida y de la muerte, también consideramos que existen otros elementos vinculares tales como las concepciones de lo humano, la autonomía, el cuerpo, los cuidados, el dolor y el sufrimiento, etc. que articulan ambas materias y constituyen la importancia de considerarlas relacionadamente.

### **Pregunta, objetivos e hipótesis de la investigación**

Los discursos que han emergido en el espacio público sobre aborto y eutanasia, además de debatir sobre la vida y la muerte, presentan diversas concepciones del cuerpo, que configuran un discurso de saber/poder para establecer una verdad social sobre los límites de la existencia corporal. Dichos debates ponen en tensión elementos vinculados a posiciones conservadoras y liberales que muchas veces, tomando discursos del saber científico, elaboran posicionamientos que van más allá de lo científico, configurándose así una trama explicativa que también es moral y política.

Reconocemos la existencia de un discurso de saber/poder que responde al ámbito de lo sanitario, donde el personal del sistema de salud poseen opiniones y creencias que tienen directa vinculación con la práctica médica en estos fenómenos. En este marco, nuestra pregunta de investigación es: **Desde una perspectiva de género ¿cuáles son los discursos sanitarios, del personal de las unidades de ginecología y obstetricia, comité de ética y cuidados paliativos, del sistema de salud de Santiago de Chile, en el debate de vida y muerte asociados al aborto y eutanasia en Chile?**

Trabajamos desde una perspectiva de género en la medida que nos interesa develar los discursos hegemónicos masculinos y femeninos del personal sanitario, así como aquellos discursos disidentes. En este sentido no sólo nos interesan los discursos de hombres y mujeres, sino más bien, apuntamos a la construcción simbólica de dichos discursos que dan cuenta de una sociedad patriarcal y capitalista. Al mismo tiempo que ponemos el foco de atención en distintas concepciones de los cuidados, de la autonomía y los derechos sexuales y reproductivos, entre otros elementos.

Los objetivos específicos trazados en este contexto apuntan a:

- Describir e interpretar las posiciones, argumentos, expectativas y dilemas éticos en torno al aborto, la petición de adelantar la muerte y la eutanasia que expresan los/las profesionales sanitarios.
- Describir e interpretar los debates y posturas de los profesionales de salud, en torno a lo humano, la dignidad, la concepción de persona y la muerte digna.
- Describir e interpretar las nociones que los/as profesionales sanitarios/as tienen sobre la corporalidad de las personas usuarias del sistema de salud.
- Describir e interpretar el modo cómo el personal sanitario entiende y aborda el sufrimiento en el contexto sanitario, identificando tipos de sufrimiento y analizando el dolor en dicho espacio, y la construcción del deseo de muerte.
- Describir e interpretar la relación sanitaria que mantienen los/las profesionales con los/as usuarios/as de salud en el marco del aborto y de las solicitudes de adelantar la muerte.
- Describir e interpretar el significado de la vulnerabilidad y del cuidado para el personal sanitario, indagando en posibles construcciones de género existentes.
- Describir e interpretar las nociones que el personal sanitario posee en torno a la/s autonomía/s, conectándola/s con la noción de derechos y con concepciones de la ética del cuidado y la ética de la justicia.
- Indagar en los elementos vinculares que conectan las problemáticas de aborto y eutanasia, profundizando en la perspectiva de género.



Las hipótesis abductivas<sup>2</sup> emanadas de este estudio apuntan a:

- Los discursos y posturas que son favorables al aborto se relacionan con discursos y posturas favorables con la eutanasia en la medida que ambos tienen el mismo origen moral vinculado a la autonomía de la persona usuaria del sistema de salud. De manera contraria, aquellos discursos que son contrarios al aborto, también son contrarios a la eutanasia en la medida que ambos aluden a la sacralidad de la vida como valor argumental de sus posturas.
- Analizando los discursos abocados a describir la vulnerabilidad humana y la autonomía, encontramos que ambos elementos son concebidos de manera dicotómica, es decir, se contraponen autonomía a vulnerabilidad sin poder visualizar otros elementos de la autonomía conectados a una concepción relacional de aquella.
- Las construcciones acerca de los cuidados, realizadas discursivamente por el personal sanitario, producen imaginarios subjetivos, donde se asocia el cuidado como aquel realizado por las mujeres bajo una figura de “buena madre” en el marco de un sistema patriarcal que segmenta los roles de género.
- Existen diferencias en las concepciones emanadas por profesionales mujeres y varones en torno al cuidado y el servicio de su actividad profesional, en la medida que las primeras –las mujeres-, por una construcción de cuidado elaborada desde lo femenino hegemónico y desde una ética del cuidado, dan mayor relevancia a las necesidades particulares de las personas que atienden, mientras que los varones plantean una atención más asociada con el servicio, realizando acciones preestablecidas en los protocolos de atención.
- La construcción del debate entre vida y muerte, en los discursos del personal sanitario, se observa de manera dicotómica y binaria, siendo la vida significada como lo “bueno” y la muerte como aquello “malo”. En este sentido los discursos, permeados por una ideología

---

<sup>2</sup> Ver apartado metodología.

occidental, patriarcal, neoliberal y capitalista, no logran visualizar ambos elementos interconectados, es decir, la muerte como parte de la vida misma.

## **1. Antecedentes y contextos sobre aborto y eutanasia en el marco de la sociedad chilena y el ámbito internacional**

El objetivo de este capítulo es indagar en los principales antecedentes que visualizamos en torno al aborto y a la eutanasia. De esta manera hemos optado por, inicialmente, contextualizar ambas problemáticas desde la visión del ámbito internacional, profundizando en la situación sobre aborto y eutanasia en distintos países de Latinoamérica y del mundo.

Luego, pasamos a revisar los principales antecedentes y elementos de contexto en el ámbito nacional chileno, dando cuenta del debate legislativo y su avance en ambas materias. Asimismo, resaltamos algunas cifras sobre la opinión pública en torno a estas materias, para entregar una visión de contexto que permita dilucidar el ámbito sociopolítico de los discursos sanitarios analizados.

### **1.1. Antecedentes sobre la problemática del aborto**

La problemática de aborto conlleva en su desarrollo diversas miradas sociales y políticas que se entrecruzan para dar origen a importantes debates en el ámbito social, teniendo impacto en lo legislativo, pero también incidiendo en las prácticas sexuales y de reproducción de las mujeres y sus respectivos derechos.

#### **1.1.1. El aborto y el contexto internacional**

En el estudio de Singh et al. (2018) se presentan una serie de constataciones respecto al panorama mundial del aborto. Siguiendo el estudio, podemos dar cuenta de sus principales resultados. Inicialmente la investigación nos señala que en el período de tiempo 2010–2014, en comparación con el período 1990- 1994, existió una disminución de la tasa global de aborto para el total de las mujeres en edad reproductiva. Pasando de 40 por 1,000 (1990- 1994) a 35 por 1,000 (2010- 2014).

Asimismo, respecto a las probabilidades de tener un aborto, las mujeres provenientes de regiones en desarrollo poseen una mayor probabilidad (36 por 1000) que las mujeres de regiones desarrolladas (27 por 1000).

También, realizando la comparación entre los períodos 1990–1994 y 2010–2014, en regiones desarrolladas disminuyó considerablemente la tasa de aborto (de 46 a 27 por 1,000); no siendo el caso de las regiones en desarrollo donde dicha tasa permaneció prácticamente sin alteraciones. Para estos períodos, el aborto tuvo una disminución en países de regiones desarrolladas (bajó de 12 millones a 7 millones), mientras que aumentó en países de regiones en desarrollo (de 38 millones a 49 millones). Cabe destacar que este cambio se debe fundamentalmente al crecimiento de la población en edad reproductiva. Se experimentó, para los períodos 1990–1994 y 2010–2014, un aumento en la proporción de abortos ocurridos en regiones en desarrollo (de 76% a 88%).

En términos globales, un 25% del total de embarazos finalizó en aborto, entre 2010–2014. Asimismo, la proporción de embarazos que terminaron en aborto bajó de 39% a 27% en los países desarrollados, incrementándose de 21% a 24% en los países en desarrollo, entre 1990–1994 y 2010–2014.<sup>1</sup>

Respecto a la incidencia y a las tendencias regionales, destacamos algunos resultados del estudio. Se menciona que la tasa anual más alta de aborto la tiene el Caribe (2010- 2014), donde se estima un 59 por 1,000 mujeres en edad reproductiva. Seguida esta cifra se encuentra América del Sur, donde la tasa es de 48 para el mismo período. Finalmente, las tasas más bajas se dan en América del Norte, con una tasa de 17 y Europa del Oeste y del Norte, con 16 y 18, respectivamente. Asimismo se destaca que las tasas de aborto subregionales, oscilan entre 33 en América Central, 48 en América del Sur y hasta 59 en el Caribe. Cabe destacar que la tasa regional global prácticamente no ha variado 1990–1994.

---

<sup>3</sup> El concepto “en desarrollo” o “desarrollado” invisibiliza una estructura macro sociopolítica y económica, donde lo desarrollado se ve como el fin al cual llegar, sin constatar que en realidad, como lo señala la teoría de la dependencia (Cardoso y Faletto, 1969), dicho desarrollo requiere de países en subdesarrollo -que nunca llegarán a ser desarrollados- para su estructura. Sin embargo mantenemos la conceptualización del estudio señalado.

También, el estudio establece que el aborto inducido resulta médicamente seguro cuando se lleva adelante por personas capacitadas que utilizan métodos sugeridos por la OMS. Aunque, se estima que de los 56 millones de abortos inducidos entre 2010–2014, un 45% fueron inseguros. En términos generales, un 55% de los abortos cada año fueron seguros, 31% fueron menos seguros y 14% nada seguros. También se constata que el aborto es más seguro donde se encuentra permitido legalmente, mientras que es menos seguro donde no está permitido. También, entre los años 2000 a 2017, 33 países fueron los que ampliaron las circunstancias de legalidad del aborto.

Se destaca que las tasas de aborto son similares entre países donde existe fuerte restricción (37 por 1000 mujeres donde hay prohibición total o que lo permiten para salvar la vida de la mujer) y aquellos países sin restricciones (34 por 1000).

Respecto las consecuencias de aborto inseguro, la investigación destaca que si bien los servicios de aborto inducido han mejorado en la última década, producto de la ampliación del uso del aborto con medicamentos y los criterios legales, existen directrices de seguridad de la OMS que se cumplen parcialmente en sectores con legalidad restrictiva. Pese a lo anterior, existe una mejora en relación a los procedimientos nada seguros. De acuerdo a estimaciones recientes, el 8% de las muertes maternas a nivel mundial se deben a abortos inseguros. Al menos 22.800 mujeres mueren anualmente a causa de abortos inseguros. Casi todas las muertes por aborto suceden en países en desarrollo; el número mayor es en África.

Sobre el embarazo no planeado y la insatisfacción de necesidades, el estudio destaca que en los países en desarrollo, un 84% de los embarazos no planeados ocurre en mujeres que no tienen satisfechas sus necesidades de anticoncepción moderna (Guttmacher Institute, 2017). En el período 2010–2014, se estima anualmente en el mundo la existencia de 99 millones de embarazos no planeados, de los cuales un 56% finalizaron en aborto.

De esta manera, podemos evidenciar un panorama crítico respecto del aborto en el mundo, aunque consideramos que el estudio aludido (Singh et al., 2018)) no indaga en elementos subjetivos relacionados a percepciones o experiencias de los/as actores sociales involucrados/as. En esta dirección, consideramos que profundizar en las experiencias y discursos de las mujeres que abortan, así como las experiencias y los discursos del personal sanitario de los sectores aludidos se torna

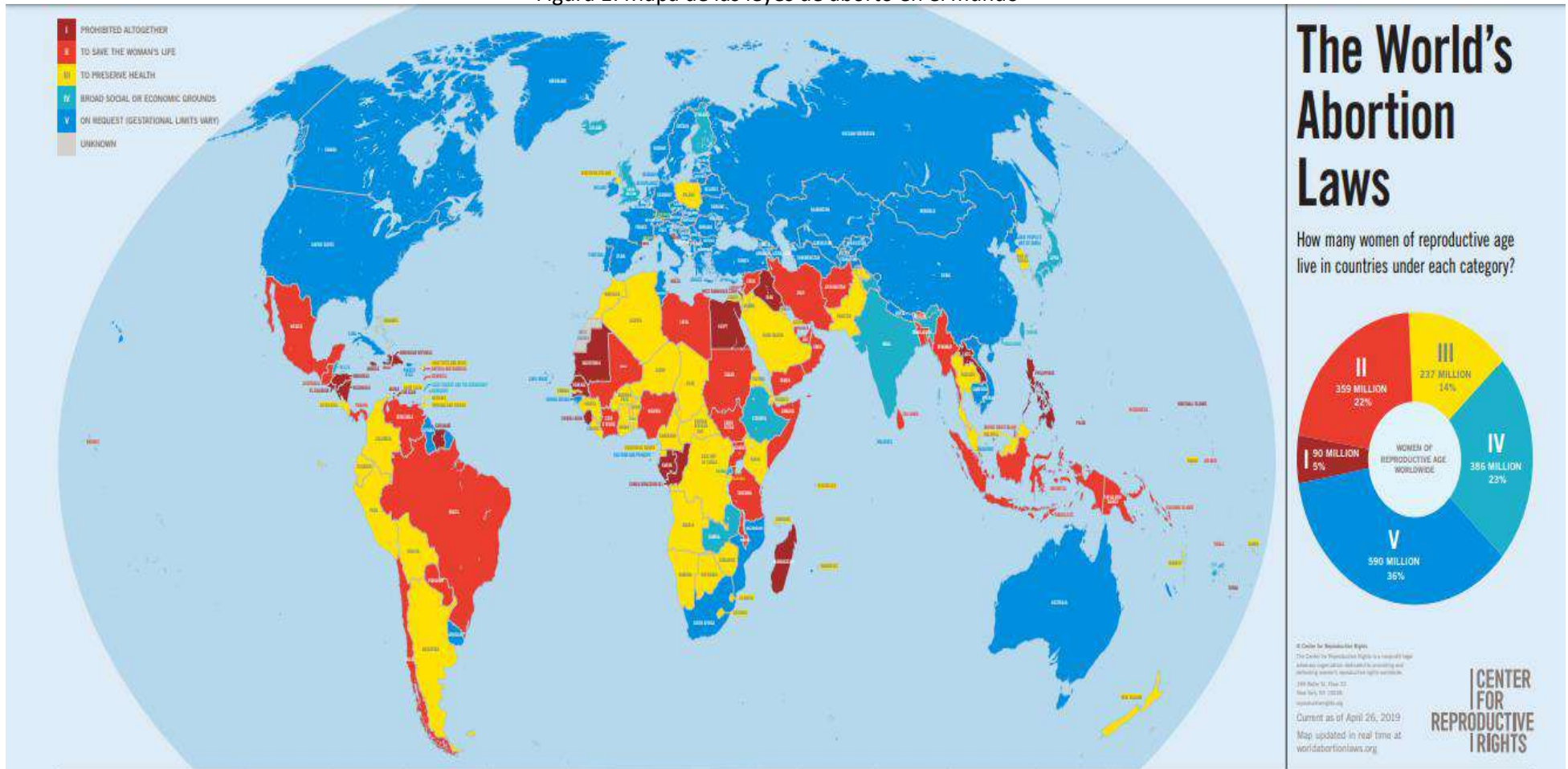
relevante, para tener una mirada más amplia de la problemática, que trascienda sólo una mirada cuantitativa y/o legislativa.

Asimismo, consideramos que la investigación al ser tan amplia no permite realizar una mirada con mayor detalle sobre la situación del aborto en los distintos países del globo, dejando sin visibilización la diversidad de experiencias, la divergencia de posiciones sociales y las distintas variables sociales de vulnerabilidad que inciden en la experiencia de las mujeres.

En esta dirección, si bien es verdad que conocer el detalle nacional de la situación de aborto, puede ser un poco complejo, dada la cantidad de países que han llevado adelante procesos legislativos al respecto, nos parece necesario acudir a un mapa, donde se muestra la situación de aborto en el mundo.

A continuación mostramos un mapa de la situación legal del aborto en el mundo elaborado por Center For Reproductive Rights (2019).

Figura 1: Mapa de las leyes de aborto en el mundo



Fuente: Center For Reproductive Rights CFRR (2019)

Como vemos en el mapa, el rojo oscuro refiere a los lugares donde el aborto se encuentra completamente prohibido, donde habitan un 5% de las mujeres que se encuentran en edad reproductiva del mundo (CFRR, 2019).

El color rojo representa aquellos países donde el aborto es legal, solamente en los casos que se realiza para salvar la vida de la mujer. En estos países habita el 22% de las mujeres del mundo que se encuentran en edad reproductiva (CFRR, 2019). Sin embargo hay que destacar que Chile está considerado en esta categoría, aunque sabemos que las causales son más amplias que la de salvar la vida de la mujer, incluyendo la causal de inviabilidad fetal con carácter letal y la de violación, como lo revisaremos en mayor detalle en el siguiente apartado.

El color amarillo representa a aquellos países donde el aborto está permitido para preservar la salud, donde se encuentran habitando un 14% de las mujeres del mundo en edad reproductiva (CFRR, 2019).

El color celeste representa aquellos lugares donde el aborto es legal cuando considera elementos económicos y sociales para su realización, en estos países vive un 23% de las mujeres del mundo en edad reproductiva (CFRR, 2019).

Finalmente, el color azul representa aquellos países donde el aborto es legal a petición existiendo variación en la limitación gestacional entre países. En estos sitios habitan un 36% de las mujeres en el mundo, en edad reproductiva (CFRR, 2019).

- **Tendencias regionales sobre el aborto**

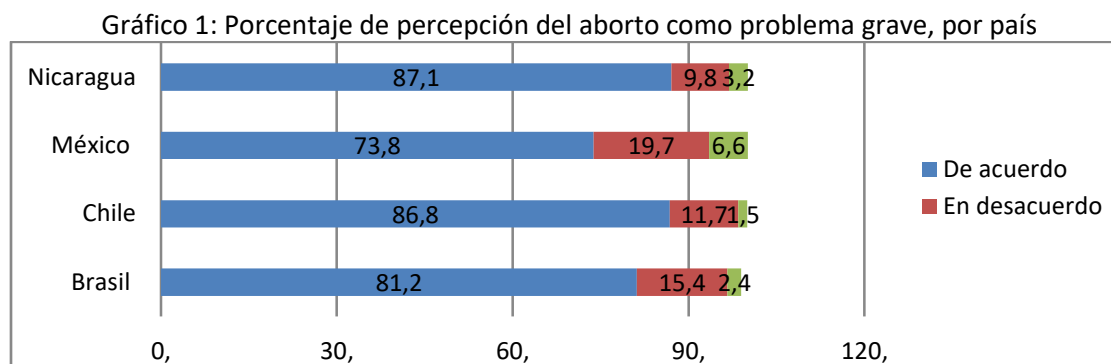
Al volcar la mirada hacia el continente latinoamericano, podemos destacar un estudio realizado por la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO) el año 2009, donde se comparó la realidad nacional en torno al aborto en cuatro países de la región: Nicaragua, México, Chile y Brasil.

El objetivo del estudio fue “conocer las percepciones, opiniones, conocimientos y expectativas de las respectivas sociedades sobre el aborto” (Dides et. al, 2011a: 9). Asimismo, se realizó un muestreo de



tipo probabilístico en cada país, dirigido a 1200 mujeres y hombres de zonas rurales y urbanas (Dides et al., 2011a).

Entre los resultados que nos entrega el estudio podemos resaltar algunos que nos parecen relevantes para la tesis presente. En dichos términos es interesante destacar que el estudio consulta por la percepción del aborto como un problema grave.

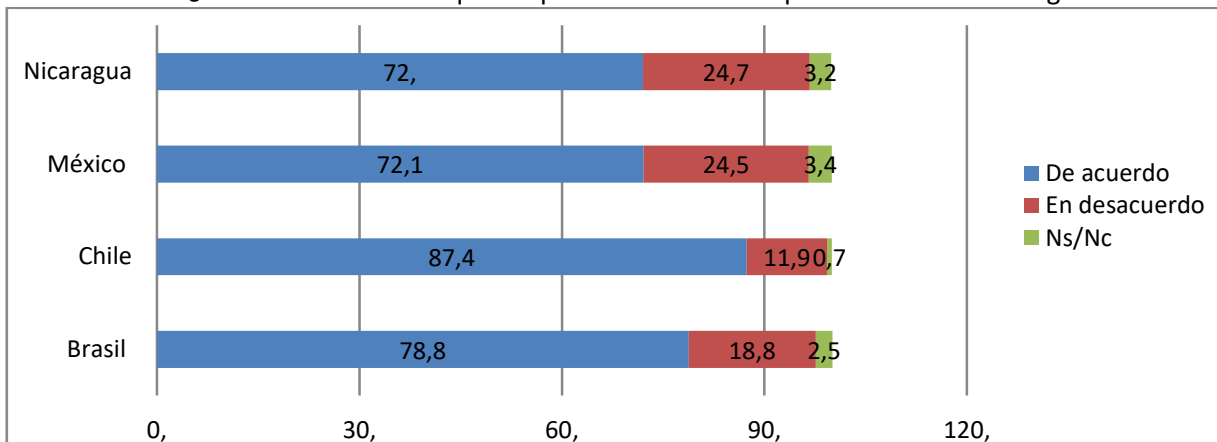


Fuente: Estudio de Opinión Pública sobre aborto: Brasil, Chile, México y Nicaragua. Programa Inclusión Social y Género. Flasco Chile, 2009

Así, es en Chile donde se evidencia que el aborto es, en mayor medida, un problema grave con un 86,8% de preferencia frente a dicha opción. Mientras que, comparativamente, en México se considera que el aborto es un problema grave en un 73,8%.

Al realizar la pregunta sobre si las personas pobres se encuentran más expuestas a abortos de mayor riesgo, nuevamente en Chile es donde existe una mayor aprobación a esta afirmación, con un 87,4%, mientras que en los países donde se percibe en menor medida esta afirmación, es en Nicaragua (72%) y México (72,1%).

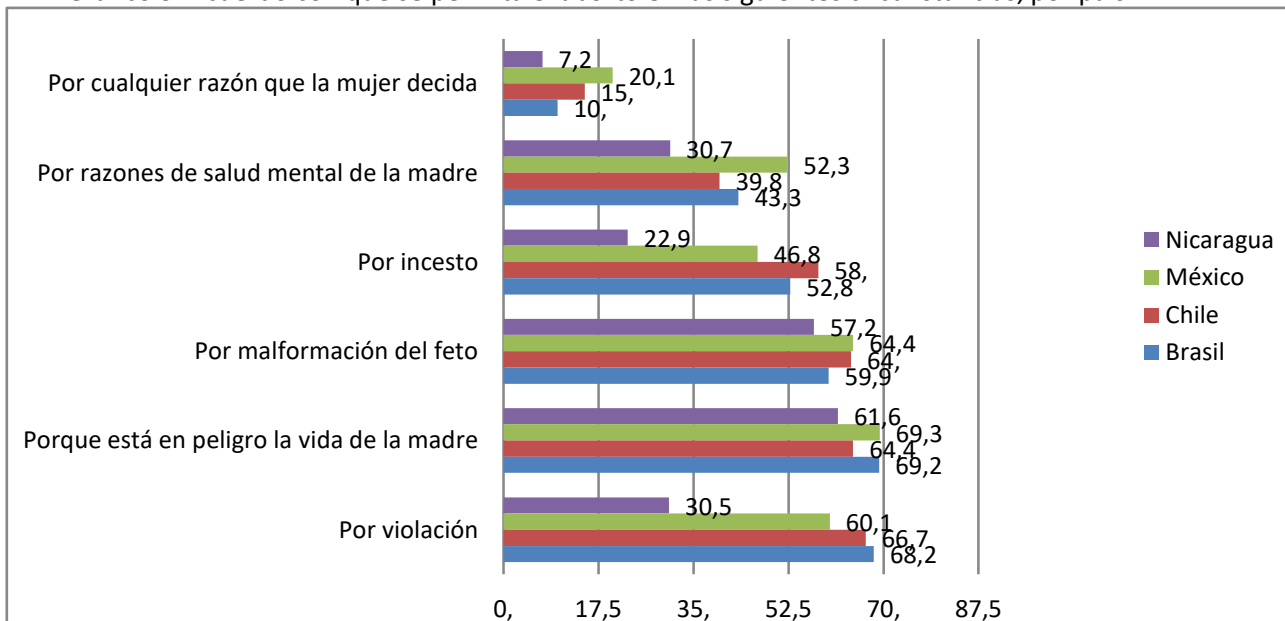
Gráfico 2: ¿Está de acuerdo con que los pobres están más expuestos a abortos riesgosos?



Fuente: Estudio de Opinión Pública sobre aborto: Brasil, Chile, México y Nicaragua. Programa Inclusión Social y Género. Flacso Chile, 2009

En el estudio se indaga sobre el acuerdo en que se permita el aborto en determinadas circunstancias, entre las cuales se encuentran “Por cualquier razón que la mujer decida”, “por razones de salud mental de la madre”, “por incesto”, “por malformación del feto”, “porque está en riesgo la vida de la madre” y “por violación”.

Gráfico 3: Acuerdo con que se permita el aborto en las siguientes circunstancias, por país



Fuente: Estudio de Opinión Pública sobre aborto: Brasil, Chile, México y Nicaragua. Programa Inclusión Social y Género. Flacso Chile, 2009

Entre los resultados del estudio frente a esta pregunta, podemos destacar que el país que aprueba más elevadamente la causa de “Por cualquier razón que la mujer decida” es México con un 20,1%, mientras que el país que presenta niveles más bajos en esta afirmación es Nicaragua con un 7,2%. Frente a esta pregunta Chile se ubica tercero, en una posición más bien moderada, con un 15% de aprobación.

Respecto a la causa de “Por razones de salud mental de la mujer”, el país que presenta un mayor nivel de aprobación es México nuevamente, con un 52,3%, mientras que el país con menos nivel de aprobación es Nicaragua nuevamente con un 30,7%. Chile nuevamente se ubica tercero con un 39,8%.

La causa de incesto estuvo apoyada principalmente por Chile, donde la aprobación fue de un 58%, siendo la menor aprobación de esta causal la de Nicaragua con un 22,9%.

En relación a la causal “Por malformación del feto”, existe un mayor nivel de aprobación en México, con un 64,4%, muy seguido de Chile con un 64%. Mientras que el país que obtuvo menos apoyo en esta causal fue Nicaragua con un 57,2%.

En el motivo “Porque está en peligro de vida la madre”, existe un 69,3% de apoyo de México, en comparación con un 61,6% de apoyo de Nicaragua, que si bien es el país que presenta un nivel más bajo en esta causal, se encuentra sobre el 60%. Asimismo, Chile se posiciona en el tercer lugar con un 64,4%.

Finalmente en la causal que tiene que ver con la violación, destacamos que en Brasil se presentan las cifras más elevadas de apoyo con un 68,2%, seguida por las de Chile con un 66,7%, mientras que Nicaragua sólo alcanza un 30,5% de apoyo a este motivo.

Con todo esto podemos constatar que Chile, en relación a los países latinoamericanos considerados en el estudio, presenta altos niveles de conciencia del aborto como un problema grave, donde las mujeres pobres presentan mayores riesgos. Asimismo, en relación a los motivos considerados para el aborto, la postura de Chile presenta mayores niveles de aprobación que la media estudiada,

principalmente en el motivo de incesto donde lidera el nivel de aprobación entre los países considerados en el estudio.

Destacamos que cuando se realizaron estas mediciones, la Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo en Chile aún no se encontraba promulgada, ni tampoco se había llevado adelante el debate legislativo ni público en el país.

En relación a los tipos de modelos existentes en torno a la adopción del aborto, Piekarewicz plantea la existencia del modelo gradualista, donde sitúa a países tales como Cuba, la Ciudad de México, Uruguay y Colombia –que amplió recientemente los supuestos para la interrupción legal del embarazo-<sup>4</sup>. Según la autora los sistemas gradualistas tienen que ver con la variación de plazos para la ejecución del aborto, lo que puede estar vinculado a causales. “Los plazos para el aborto a solicitud de la mujer varían de las 10 a las 24 semanas de gestación -la mayoría de los países admite 12 semanas-. Algunos han adoptado un sistema mixto de plazos y supuestos; otros, sólo de supuestos, los cuales abarcan el espectro de situaciones en las que la interrupción del embarazo suele requerirse: por peligro de muerte para la mujer; para la preservación de la salud física de la mujer y para la preservación de su salud mental (o psicológica); por embarazo a causa de incesto o violación; por malformaciones graves del feto; por razones económicas y/o sociales” (2015:12).

De acuerdo a Dides et al, y adoptando el criterio gradualista de Piekarewicz, en Brasil “el Código Penal de 1940, en su artículo 128, considera solo dos causas de aborto no punible: cuando el embarazo es producto de violencia sexual o cuando está en riesgo la vida de la mujer, ambos conocidos como aborto sentimental y terapéutico respectivamente” (2011b:75).

Actualmente, sólo existen 2 países en el mundo que no permiten el aborto bajo ningún supuesto, siendo los dos latinoamericanos: El Salvador y Nicaragua. Asimismo, ampliando el análisis al ámbito Iberoamericano, podemos destacar el caso de España donde, pese a los últimos intentos de restringir

---

<sup>4</sup> En la actualidad, también podríamos considerar a Chile en el marco del modelo gradualista, en la medida que la Ley de Interrupción voluntaria del embarazo, contempla tres causales y, en la causal 3, sobre violación, establece plazos para su desarrollo.

la ley de aborto, sigue vigente la Ley Orgánica 2/2010 que en su artículo 14 declara que “podrá interrumpirse el embarazo dentro de las primeras catorce semanas de gestación a petición de la embarazada”. Asimismo, en el artículo 15, se plantea que excepcionalmente, se podrá interrumpir el embarazo hasta las 22 semanas de embarazo, en caso que exista riesgo de vida o salud de la embarazada o en caso de anomalías fetales.

### **1.1.2. El aborto en Chile**

El debate sobre aborto en Chile se remonta previo a la década del 30, momento en que se efectuaban abortos sin cuidados médicos, como medio de regulación de la natalidad, generando una alta mortalidad de las mujeres. En 1931 el código sanitario “reguló la práctica médica, incorporando las ideas del catálogo de “indicaciones”. En el artículo 226 se plantea la siguiente disposición: “Sólo con fines terapéuticos se podrá interrumpir un embarazo o practicar una intervención para hacer estéril a una mujer. Para proceder a estas intervenciones se requiere la opinión documentada de tres facultativos” (Matamala, 2014:8), de esta manera en este período se puede ver la preocupación por normar la práctica abortiva conectándola con lo terapéutico.

El aborto terapéutico fue legal en Chile hasta 1989, último año de la dictadura cívico militar, momento en que se prohibió todo tipo de aborto, aludiendo a la vida del que está por nacer, y poniendo fin al Artículo 119 del Código Sanitario vigente por más de cincuenta años, que incorporaba el “aborto terapéutico” en la normatividad chilena exceptuándolo de la ilegalidad del aborto. De esta manera, “en reemplazo, estableció que cualquier acción cuya finalidad fuese provocar un aborto quedaba prohibida y sancionada por el Código Penal” (Matamala, 2014:1).

Si bien el movimiento feminista chileno de la década de los 80 fue fuerte en plantear “democracia en la casa y en el país” no logró revertir la situación del aborto generándose así una demanda histórica frente a la cual actúa un proyecto de ley del año 2015, momento en que se comienza a debatir la idea de legislar, cuestión que es aprobada el año 2016.

Este proyecto de ley propone el aborto en tres causales: 1) Riesgo vital, presente o futuro, de la mujer, de modo que la interrupción del embarazo evite un peligro para su vida; 2) Embrión o feto

que padezca una alteración estructural congénita o genética incompatible con la vida extrauterina;

3) Violación. El día 29 de mayo del año 2017 se aprobó en la Comisión de Salud del Senado el proyecto con las tres causales.

El día 3 de agosto del año 2017 se envió el proyecto de ley al Tribunal Constitucional (TC), enclave dictatorial institucional, con el objetivo de comprobar que dicho proyecto no se encontrara en contradicción con la constitución actual del país, dicha iniciativa estuvo impulsada por políticos/as de Chile Vamos, franja política de la derecha conservadora chilena.

De esta manera el oficio del TC señaló lo siguiente como respuesta: “de conformidad con lo estatuido en el inciso segundo del artículo 93 de la Constitución Política de la República, informo a V.E. que el proyecto quedó totalmente tramitado por el Congreso Nacional el día de hoy, al recibirse el oficio N° 100-365, de 3 de agosto de 2017” (Oficio N° 13.433:1).

El TC, por oficio N° 2.342-2017, de 7 de septiembre de 2017, recibido el día 11 de septiembre, 2017, remitió la sentencia recaída en la materia, donde se envió el proyecto a promulgación como ley (21.030, Biblioteca del Congreso nacional de Chile, 2017), dado que sólo se concibió un punto específico como inconstitucional lo que no implicaba que el proyecto fuera inconstitucional en su completitud.

Si bien consideramos que es importante dicho fallo, debido a que entrega la luz verde al proyecto de ley, resulta importante destacar que la sentencia del TC amplió la objeción de conciencia a las instituciones, además de eliminar la disponibilidad del personal médico –con objeción de conciencia– en caso de urgencia. En este sentido el TC le dio al proyecto de ley un vuelco negativo importante dejando abierta la posibilidad de que fueran las mismas instituciones –que no tienen consciencia– quienes decidieran sobre la objeción de conciencia del total de sus profesionales.

Lo anterior se conecta con este estudio en la medida que revela el rol de las instituciones sanitarias en torno a la objeción de conciencia, lo que indica con claridad la incidencia institucional en el actuar individual de los/as profesionales del ámbito sanitario.

- **Norma Técnica Nacional**

Tras la promulgación de la Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo en tres causales (Biblioteca del Congreso nacional de Chile, 2017), el Ministerio de Salud de Chile (MINSAL) a través de la Subsecretaría de Salud Pública, aprobó una Norma Técnica Nacional (2018) de “Acompañamiento y atención integral a la mujer que se encuentra en alguna de las tres causales que regula la ley 21.030”.

Dicha Norma ha tenido por objetivo “Establecer los lineamientos normativos y los procedimientos para el acompañamiento y atención integral a las mujeres que se encuentran en alguna de las tres causales que regula la Ley N° 21.030 ”mientras que sus objetivos específicos consisten en “1) Proporcionar lineamientos técnicos a los prestadores de salud, basados en evidencia científica actualizada, para otorgar una atención biopsicosocial oportuna, segura y de calidad a mujeres - adolescentes y adultas- en el marco de la Ley N° 21.030. 2) Describir el quehacer clínico biopsicosocial definido en la Ley, centrado en los derechos de la mujer. 3) Actualizar conocimientos y estimular la adquisición de competencias en los prestadores de salud, para entregar servicios de interrupción del embarazo según la causal invocada 4) Describir procedimientos a utilizar en cada una de las causales con estándares de seguridad, calidad, oportunidad y eficacia” (2018: 16).

Cabe destacar que dicha Norma nos plantea una serie de antecedentes respecto de la situación nacional en torno a las tres causales contempladas en la ley. De este modo podemos establecer que previo a la promulgación de la Ley, entre el año 2014 y 2017 existían un total de 459.460 egresos por aborto, considerando como abortos aquellas interrupciones previas a las 22 semanas de gestación (DEIS, MINSAL 2017, en Norma Técnica, 2018). Aunque es necesario aclarar que, como hasta el año 2017 no existía Ley, es probable que muchas interrupciones quedaran sin registro.

Asimismo, la Normativa (2018) utilizando información del DEIS (2017), destaca que 16.510 mujeres, con embarazos de menos de 22 semanas, se hospitalizan cada año cumpliendo los criterios para las dos primeras causales (1) Riesgo vital, presente o futuro, de la mujer, 2) Embrión o feto que padezca una alteración estructural congénita o genética incompatible con la vida extrauterina).

Respecto a la primera causal contemplada en la Ley - 1) Riesgo vital, presente o futuro, de la mujer-, para el año 2014 un total de 56 mujeres murieron producto de la gestación, del parto o puerperio, o bien hasta un año posterior al parto. Asimismo, cabe destacar que de dicho total, 34 (60,7%) fueron por motivos vinculados al parto o a causa de éste (DEIS, 2017 en Normativa, 2018). En relación a la segunda causal - 2) Embrión o feto que padezca una alteración estructural congénita o genética incompatible con la vida extrauterina- se estiman al año 500 casos (Normativa, 2018). Por otra parte, respecto a la tercera causal -gestaciones producto de violaciones-, “la Fiscalía informa de 20.672 denuncias por delitos sexuales durante 2016. En el primer semestre de 2017 se reveló un aumento del 5,9% con respecto a igual período del año anterior, 74% de las víctimas fueron menores de 18 años y el 85% mujeres (Fiscalía Nacional 10/08/2017 “Aumentan ingresos de delitos sexuales y bajan ilícitos económicos”). Se estima que entre un 70 a 75% de los delitos por abuso sexual no se denuncian, incluida la violación. No existe información sobre prevalencia de la violación y menos aún, de los embarazos como resultado de violación. Sólo se cuenta con estimaciones internacionales para dar cuenta de la magnitud de casos que podrán presentarse en esta causal” (Norma técnica, 2018: 14).

Cabe destacar que la Normativa Técnica (2018) contempla un programa de acompañamiento cuyo objetivo es acompañamiento voluntario que considera la Ley N° 21.030 es asegurar el bienestar biopsicosocial de la mujer que vive un embarazo en que concurra alguna de las tres causales, para que tome la decisión de continuarlo o interrumpirlo con información completa y veraz sobre su situación de salud, de los procedimientos médicos y de la patología fetal (en caso de aplicarse), con claridad sobre las medidas de apoyo que están a su disposición, en un ambiente de acogida. A su vez busca el reencuentro con los propios espacios para reconstruir un proyecto de vida en el marco de la decisión tomada” (2018: 31).

El acompañamiento propuesto en la Norma Técnica (2018) es relevante en la medida que, además de apuntar a las usuarias, incide directamente en la praxis sanitaria de los/as profesionales. En esta dirección, al plantear que es un acompañamiento biopsicosocial, voluntario, en un ambiente de acogida, entre otros, se está proponiendo un procedimiento que implica que el/la profesional se encuentre alineado/a a dichos principios.



Si bien al momento de realizar el trabajo de campo de esta investigación, todavía no se elaboraba dicha norma, podemos visualizar que existen discursos propendentes a este actuar, así como otros que establecen barreras para su ejecución. En este contexto, si bien está fuera del alcance de esta investigación, nos preguntamos qué sucede en la actualidad con los/as profesionales y su actuar en el marco del acompañamiento, así como el modo como inciden sus visiones, juicios y prejuicios al respecto.

- **Reglamento para ejercer la objeción de conciencia**

Desde el año 2017 hasta esta parte, se ha desarrollado un complejo proceso de implementación de la ley, lo cual no ha estado exento de dificultades expresadas como barreras en el marco sanitario. Al respecto cabe destacar que el 29 de junio del año 2018, bajo el gobierno de Sebastián Piñera –político de la Renovación Nacional (RN), del ala de derecha y conservadora de la política Chilena- se estableció en el Diario Oficial, la aprobación del “Reglamento para ejercer la objeción de conciencia según lo dispuesto en el artículo 119 del Código Sanitario” del Ministerio de Salud de Chile.

En el marco del reglamento de objeción de conciencia (2018), podemos señalar algunos puntos que son de importancia y que pueden dar referencias acerca de cómo está operando esta medida en el marco de la actuación del personal sanitario.

Dicho reglamento posee un apartado dirigido a las personas naturales y otro dirigido a las instituciones sanitarias, estableciendo, para las personas que pueden ser objetores/as de conciencia el/la médico/a cirujano/a y el resto del personal al que corresponda desarrollar sus funciones al interior del pabellón quirúrgico. Asimismo, si la mujer requiere atención inmediata y se encuentra en la primera causal, no podrán excusarse quienes hayan planteado objeción de conciencia.

En el panorama nacional, según lo indicado por el Ministerio de Salud de Chile (2019), podemos visualizar que los/as médicos/as obstetras de servicios públicos, son objetores/as casi en un 50% en la causal de violación (47,2%), seguido de la causal de inviabilidad fetal con carácter letal (27,3%), y la causal sobre posible muerte de la mujer (20,3%).

También el Reglamento (2018) plantea que el/la directora/a del establecimiento no se puede negar, no puede rechazar ni desconocer una objeción de conciencia invocada. Por otra parte, la objeción de conciencia no opera en los actos de información, diagnóstico, toma de exámenes, reasignación o derivación, así como tampoco en los cuidados posteriores a la interrupción voluntaria del embarazo.

Por otra parte, el Reglamento (2018) también establece la posibilidad de objeción de conciencia en casos institucionales aunque no podrán hacerlo las instituciones privadas que mantengan prestaciones públicas de obstetricia y ginecología.

En este contexto en mayo (2019) se informó mediante la prensa que cinco instituciones sanitarias se incorporarían a la objeción de conciencia institucional. De acuerdo a CNN Chile “la primera en abstenerse de realizar abortos fue la Clínica INDISA, quienes adujeron objeción de conciencia en la causal de violación. A esta le sigue la Pontificia Universidad Católica de Chile, con su hospital, cinco centros médicos, centro del cáncer y otro de especialidades incluidos, además de tres centros de atención primaria, todos objetores de las tres causales. En paralelo, en el listado también figura la Red de Salud UC Christus, con la Clínica San Carlos de Apoquindo, también objetores de las tres causales. A estos se sumó la Clínica Adventista Los Ángeles, de la región del Biobío, donde también objetaron las tres causales. El último recinto en desmarcarse de este tipo de procedimientos fue el Hospital Parroquial de San Bernardo, donde también se negaron a las tres causales que contempla la ley” ([www.cnnchile.com](http://www.cnnchile.com), 2019).

Al respecto cabe hacerse la pregunta sobre si dichas instituciones en la actualidad desarrollan prestaciones públicas en obstetricia y ginecología lo cual debiese ser un impedimento, de acuerdo al Reglamento vigente.

Asimismo, el año 2018 también se desarrolló el “Protocolo para la manifestación objeción de conciencia personal y para la objeción de conciencia invocada por instituciones en el marco de lo dispuesto en el artículo 119 ter del Código Sanitario”. El objetivo de dicho protocolo es regular “la ejecución de la objeción de conciencia, para asegurar la atención médica de las pacientes que requieran la interrupción voluntaria de su embarazo en el marco de las causales que contempla el artículo 119 del Código Sanitario, esto es: cuando la mujer se encuentre en riesgo vital de modo que la interrupción del embarazo evite un peligro para su vida; el embrión o feto padezca una patología

congénita adquirida o genética incompatible con la vida extrauterina independiente, en todo caso de carácter letal; y cuando sea resultado de una violación, dentro de los plazos establecidos en el artículo 119 número 3 del Código Sanitario” (Protocolo Objeción de Conciencia, 2018: 3).

En nuestra investigación, precisamente, indagamos en los discursos de los/as profesionales, en torno al aborto y a la eutanasia, analizando las distintas posturas más o menos favorables que claramente tienen una incidencia en realizar o negarse a realizar un determinado procedimiento. En esta dirección, como ya mencionamos, si bien las entrevistas de esta tesis fueron realizadas previo a la aprobación de la ley de interrupción del embarazo en tres causales, los argumentos de los/as profesionales entregan luces sobre sus posiciones respecto a la objeción de conciencia. Así, a través de la comprensión de las posiciones desfavorables hacia el aborto, podemos visualizar los argumentos que conllevan también a una decisión por objeción de conciencia.

También, constatamos la relevancia que tienen las decisiones institucionales en la praxis sanitaria, a propósito de la objeción de conciencia institucional. Es decir, la objeción de conciencia institucional abre una puerta de direccionalidad “desde arriba hacia abajo”, donde son los/as directivos/as de la institución quienes deciden sobre el actuar de la misma en torno al aborto. En este sentido, consideramos que es posible que en la actualidad se gesten discursos que atiendan a esta direccionalidad así como discursos que la resisten, lo que sin duda es un tema de interés a estudiar a futuro.

- **Monitoreo social a la implementación de la ley de interrupción del embarazo en tres causales**

Como vemos, el proceso de implementación de la ley de interrupción voluntaria del embarazo en tres causales en Chile se encuentra en desarrollo y, en dicho contexto, emergen con claridad las barreras institucionales y personales que ponen en jaque la posibilidad de ejercicio de derechos de niñas y mujeres del país. Sin lugar a dudas este panorama es complejo, considerando el contexto político en el cual nos encontramos (con la derecha en el gobierno). Para aquello una labor fundamental es la realizada por agrupaciones feministas llevaron adelante un monitoreo a la implementación de la ley en cuestión.

El Monitoreo fue liderado por la Mesa de Acción por el Aborto en Chile y por el Fondo Alquimia en conjunto con seis organizaciones, centrándose en siete regiones del país. Asimismo, según lo declarado en el informe del año 2019, el monitoreo se basó en identificar discursos y prácticas que facilitaban o entorpecían la ruta de las mujeres en el marco de la Ley en cuestión, frente a los establecimientos públicos de salud primaria y de especialidad obstétrica (Informe Monitoreo Social, 2019).

Para el abordaje del Monitoreo se llevó adelante la conversación directa con los/as involucrados/as: “profesionales de salud en la atención primaria y en los hospitales y centros de Alto Riesgo Obstétrico (ARO), directores de salud municipal y de hospitales y dirigentes sindicales de la Confederación Nacional de Profesionales Universitarios de los Servicios de Salud (FENPRUSS) y de Confederación Nacional de la Salud Municipal (CONFUSAM), y con las mujeres de la comunidad y usuarias de esos servicios de salud pública donde atienden sus necesidades de salud sexual y reproductiva” (Informe Monitoreo Social, 2019: 8).

Entre los objetivos específicos del monitoreo se encontraron: “• Documentar el estado de implementación de los protocolos y otras capacidades técnicas en establecimientos públicos de atención primaria y de atención obstétrica de complejidad en las regiones seleccionadas. • Indagar en el conocimiento de la ley por parte del personal de salud, usuarias del sistema de salud público y comunidad en los establecimientos y territorios seleccionados. • Comprender las principales dificultades de implementación de la ley de interrupción voluntaria del embarazo en 3 causales en los territorios seleccionados y cómo estas repercuten en la experiencia de las usuarias” (Informe Monitoreo Social, 2019: 10).

En el Monitoreo Social desarrollado, se identificaron diversas falencias en el marco de la implementación de la ley, entre las cuales señalamos algunas de éstas (Resumen Ejecutivo Monitoreo Social, 2019):

- Falencias en la implementación de capacitaciones y protocolos, entre otros, dirigidos a profesionales que operan en las distintas etapas del servicio, antes y después de la interrupción.
- Esfuerzo individual por parte de los/as profesionales para hacer frente a la falta de conocimiento de otros/as profesionales, la objeción de conciencia y la falta de recursos de cada servicio.
- Las usuarias del sistema no cuentan con información para la prestación de interrupción voluntaria del embarazo, lo que radica en tener poco conocimiento sobre las causales, el acceso y dónde orientarse.
- Diferencias de opinión entre equipos médicos o especialistas para acreditar la primera o la segunda causal, implicando el poco reconocimiento de la voluntad de las mujeres en estos escenarios.
- Se destaca la Objeción de Conciencia declarada y no declarada como obstáculo para las mujeres, lo que se ejemplifica con situaciones donde posturas personales, contrarias al aborto, y/o de origen religioso por parte de los/as profesionales o técnicos/as, interfieren en el acceso a información o buscan la disuasión.
- Persiste una estigmatización hacia el aborto, lo que se conjuga con el temor y vergüenza de las mujeres impidiendo que puedan consultar o de expresar la voluntad de abortar. Asimismo se plantea la falta de información y conocimiento de la ley por parte de las mujeres y por parte del mismo personal de salud.
- No existen acciones ni formaciones dirigidas al personal de salud, que tengan incidencia en erradicar la persistencia de prejuicios y mitos sobre el aborto, sustentados en la construcción del rol materno como natural, lo que implica que romper con dicho patrón incluye un castigo. Aquello también produce que exista, entre otros elementos, incredulidad frente a las mujeres que se encuentran en la tercera causal (violación).

El Monitoreo Social, frente a este diagnóstico, elaboró una serie de recomendaciones con el objetivo de mejorar la prestación de interrupción voluntaria del embarazo. Dentro de dichas recomendaciones se encuentran:

- Mayor información, capacitaciones, respeto y apoyo a la voluntad de las mujeres para favorecer su autonomía.
- Claridad en la información de la tercera causal (violación).
- Frente a la objeción de conciencia declarada y no declarada se destaca la necesidad de contar con una mayor fiscalización en las instituciones sanitarias para garantizar la prestación de manera oportuna.
- Disponibilidad y garantía en los centros de salud de medicamentos para interrumpir los embarazos, así como protocolos y plazos para su uso adecuado.

Al finalizar esta sección, referida a los antecedentes y contextos sobre la situación del aborto en Chile, nos es necesario señalar, como ya lo hemos ido mencionando, que el trabajo de campo de la presente investigación lo realizamos entre los meses de marzo y julio del año 2016. Es decir, en dicho período aún no se aprobaba la ley de interrupción voluntaria del embarazo en tres causales, existiendo en el panorama nacional un amplio debate sobre la materia.

En esta dirección consideramos que los discursos del personal sanitario, recogidos en este espacio, hacían un posicionamiento en torno al aborto y a las tres causales consideradas en la ley. Asimismo, a lo largo del análisis se pueden visualizar las principales barreras y dificultades, por parte de os/as profesionales, en torno a las causales, cuestión que se recoge en el diagnóstico y en las medidas que propone el Monitoreo (2019).

De esta manera, nos parece que las reflexiones vertidas en esta investigación dan cuenta de la antesala sociocultural que permeaba los discursos del personal sanitario, previo a la implementación de la ley. Dichos discursos, con la implementación, no deben haber cambiado mucho y probablemente, aquellos que se encuentran contra el aborto, son los que sustentan prácticas como la objeción de conciencia.

Asimismo, la falta de información del personal sanitario presente en el diagnóstico del Monitoreo (2019), deja en evidencia la existencia de mitos o prenociones en torno a las causales contempladas en la ley. En esta dirección, en el marco del análisis de la investigación, hemos podido profundizar en estos elementos.

### **1.1.3. Percepciones de la opinión pública sobre el aborto**

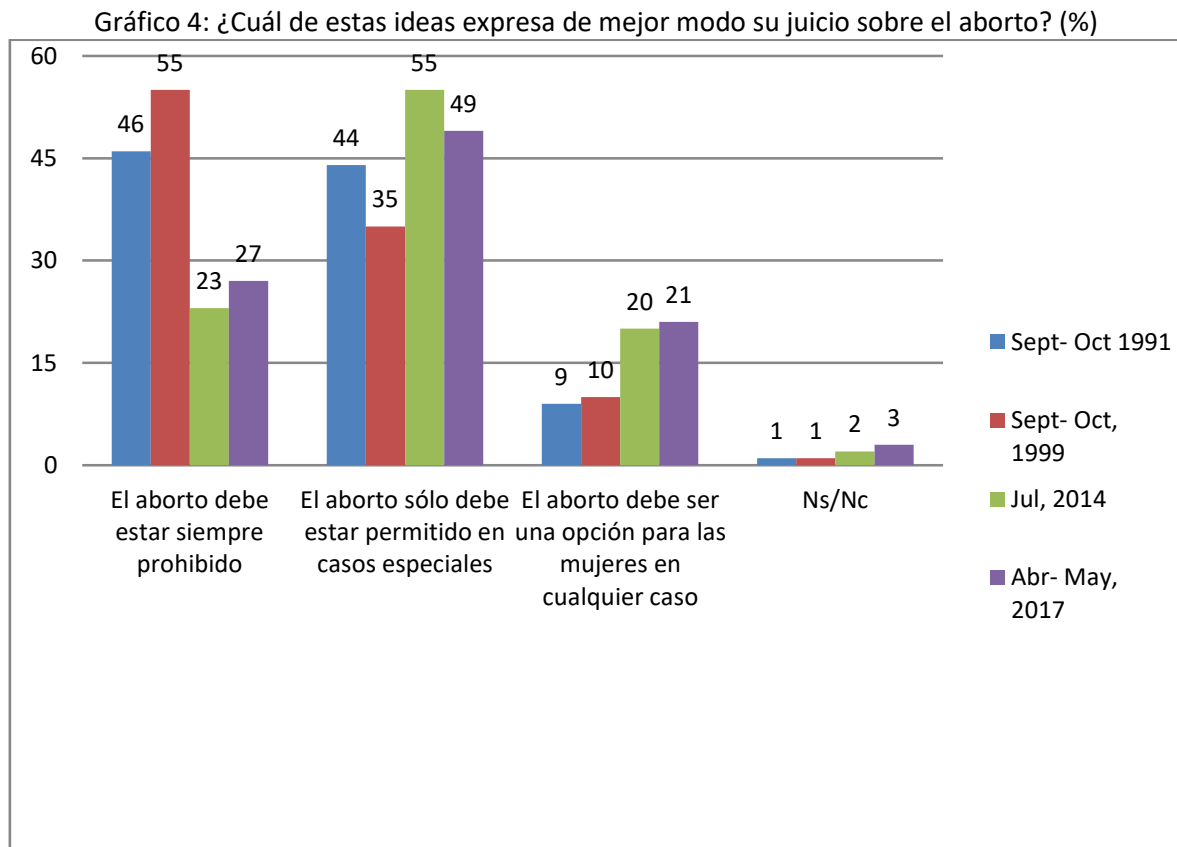
En relación a la opinión pública sobre aborto, en términos generales, podemos señalar los Estudios Nacionales de Opinión Pública, del Centro de Estudios Públicos de Chile (CEP), quienes realizan con cierta frecuencia mediciones relacionadas con temas políticos, sociales y morales en el país.

La encuesta de Estudio Nacional de Opinión Pública (CEP, 2018), que en su versión N°82, para octubre y noviembre del año 2018, contemplando un universo urbano/rural mayor de 18 años a lo largo del país (excluyendo Isla de Pascua), entrevistó a una muestra de 1.402 personas, en 140 comunas del país.

De este modo la encuesta sondeó la siguiente pregunta: ¿Cuál de estas ideas expresa de mejor manera su idea respecto del aborto? Entre los resultados se destaca que un 27% de la muestra señaló que “El aborto debe estar siempre prohibido”; un 55% destacó que “El aborto sólo debe estar permitido en casos especiales”; un 9% estuvo a favor de que “El aborto sólo debe estar permitido en las primeras semanas del embarazo” y finalmente un 2% no contestó o no sabía que contestar.

Asimismo las mediciones de la versión N° 79 del Estudio Nacional de Opinión Pública (CEP, 2017), correspondientes a Abril y mayo del año 2017, se muestran los resultados comparados con otros años de análisis. En estas mediciones no se contempló la alternativa de respuesta “El aborto sólo debe estar permitido en las primeras semanas del embarazo” que si estaba considerada para la medición octubre- noviembre del año 2018, como veíamos anteriormente.

En esta medición, octubre- noviembre 2018, se contempló el mismo universo aunque su muestra fue de 1.481 casos, en 137 comunas del país.



Fuente: Estudio Nacional de Opinión Pública nº79 (CEP, 2017)

Del gráfico se desprende que para el año 1991 existía un 46% que señalaba afirmativamente la aseveración “El aborto debe estar siempre prohibido”, mientras que esto disminuyó a un 27% para el año 2017. Respecto a la aseveración “El aborto sólo debe estar permitido en casos especiales” en el año 1991 existía un 44% de apoyo, mientras que para el año 2017 aumentó a un 49%. Asimismo en el año 1991 existió un 9% de apoyo al planteamiento “El aborto debe ser una opción para las mujeres en cualquier caso”, lo que aumentó a un 21% el año 2017.

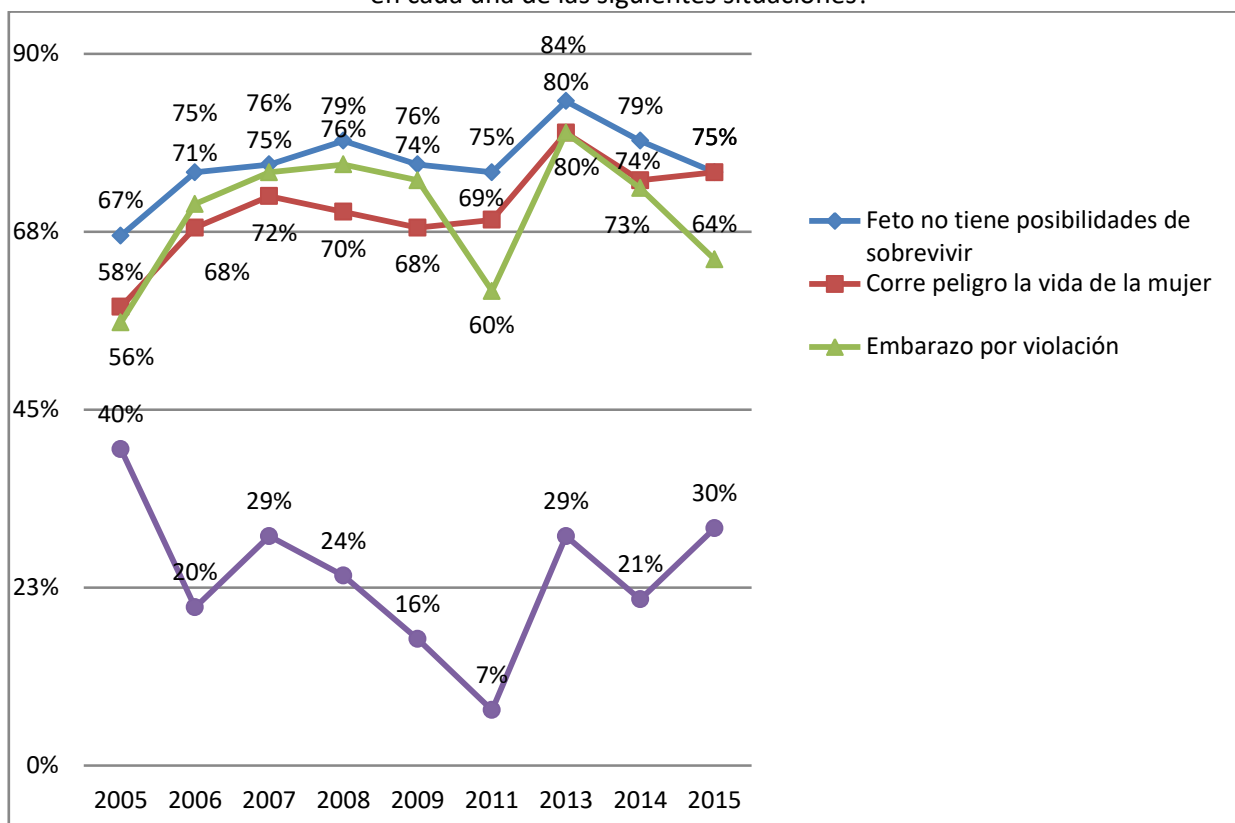
Respecto de la situación del aborto en tres causales, existe la Encuesta Nacional “Percepciones de las mujeres sobre su situación y condiciones de vida en Chile” del año 2016, de la Corporación Humanas, cuyo universo fueron mujeres mayores de 18 años de 313 comunas del país. El tamaño muestral fue de 1.208 mujeres.



Esta encuesta nos señala que un 75% de las mujeres está de acuerdo con el aborto cuando el feto no tiene posibilidades de sobrevivir, un 74,9% cuando corre peligro de vida la mujer; un 64,3% cuando haya embarazo por violación y un 30,2% Por cualquier razón que la mujer decida.

A continuación se detalla un gráfico donde aparecen los porcentajes de aprobación frente a cada una de las situaciones, en diferentes años.

Gráfico 5 ¿Cuán de acuerdo está Usted con que sea legal el aborto en cada una de las siguientes situaciones?



Fuente: Corporación Humanas, 2016

El Colegio Médico no se quedó en silencio frente al panorama nacional de debate sobre el aborto, y a través del Boletín N°958-11 emitido el año 2015 desde el Departamento de Ética dio a conocer su punto de vista frente al proyecto de ley y sus tres causales.

Es así como frente a la primera causal –posible muerte de la mujer- destacaron que el médico tiene el deber de salvar la vida de la mujer aunque como efecto secundario se produzca la muerte del embrión (Boletín N°958-11, 2015).

Por otra parte, frente a la segunda causal –inviabilidad fetal-, el Boletín nos muestra que se “coloca al equipo médico en un genuino dilema moral, puesto que es difícil conciliar los intereses de la madre que no desea seguir adelante con un embarazo cuyo resultado final será la muerte fetal, o del recién nacido, con el acto médico que debe procurar un bien para ambos pacientes (madre e hijo), como señala nuestro Código de Ética” (Boletín N°958-11, 2015: 12).

Para la tercera causal que tiene relación con la violación, los/as médicos/as tenían aprehensiones con aquellos casos “de violación por fuerza o intimidación, o cuando la víctima se hallare privada de sentido, o se aprovechare el victimario de su incapacidad para oponer resistencia (...) ¿En base a qué elementos técnicos podría el médico determinar que la solicitud de interrupción del embarazo que la mujer efectúa se encuadra en esta causal de aborto? ¿Debe el médico denunciar el delito o debe primar el deber de confidencialidad que existe en toda relación médico-paciente?” (Boletín N°958-11, 2015:13). Estas son las respuestas del Colegio Médico de Chile frente a las tres causales del proyecto de ley, frente a las cuales manifiestan acuerdo y desacuerdo en función de las posibilidades de acción que estiman.

De esta manera, nos es posible evidenciar que existía, para el año 2015, cuestionamientos respecto al “cómo” de las causales contempladas en la ley de interrupción del embarazo, por parte del Colegio Médico de Chile, a excepción de la causal relacionada con la posible muerte de la mujer, que es donde existía mayor claridad del camino a seguir.

Ligando lo anterior con nuestra pregunta de investigación y nuestro proceso analítico, podemos ver que para los/as profesionales sanitarios contemplados/as en la muestra de este estudio, efectivamente existe claridad en torno a la primera causal, en la medida que incluso dan cuenta que, previo a la aprobación de la ley, y al margen de la legalidad, se optaba por la vida de la mujer en las distintas instituciones sanitarias.

Así, al igual que las consideraciones representadas en el Boletín del Colegio Médico (Boletín N°958-11, 2015), los/as profesionales también tenían cuestionamientos en torno a la aplicabilidad de las tres causales, lo que sin duda puede ser una dificultad previa a la implementación de la ley de interrupción del embarazo en tres causales, y que se ve manifestada como “falta de información” en lo declarado por el Monitoreo Social (2019), constatado anteriormente.

## **1.2. Antecedentes sobre la problemática de eutanasia**

A continuación se presentan los principales antecedentes y elementos de contexto de la problemática de eutanasia y de la muerte asistida en general. De este modo, comenzamos por dar cuenta del panorama internacional para, posteriormente, desarrollar una visión que tiene relación con el contexto nacional y con la opinión pública en Chile sobre la materia.

### **1.2.1. La eutanasia y el contexto internacional occidental**

El debate sobre el derecho a morir y, más concretamente, sobre la existencia o no del derecho a recibir ayuda para morir, viene produciéndose abiertamente en el mundo occidental desde la primera mitad del siglo XX (AFDMD, 2012:1).

En dicho contexto el año 1935 en Inglaterra se constituyó la primera asociación ciudadana creada para reivindicar el derecho a la eutanasia con el expresivo nombre de “Exit” (actualmente denominada Voluntary Euthanasia Society) (AFSMS, 2012). Mientras que en la actualidad conocemos la Asociación Federal pro Derecho a Morir (World Federation of Right to Die Societies o WFRDS) integrada por 44 asociaciones de 26 países (AFMD, 2012:1).

Asimismo, en diversos países podemos encontrar a asociaciones o agrupaciones que tiene como propósito de su accionar la modificación de las legislaciones vigentes para que se permita morir de manera adelantada.

Un ejemplo de esto es la asociación por el Derecho a Morir Dignamente, de España, quienes entre sus objetivos señalan “Luchamos por la despenalización de la muerte asistida. Queremos que

puedas decidir tu final en libertad, se respeten tus valores y no tengas que recurrir ni al exilio ni a la clandestinidad” (<https://derechoamorir.org/>). Asimismo, la asociación realiza acciones vinculadas a la sensibilización, la acción política y al asesoramiento.

Cabe destacar, que según Méndez (2001) en Zúñiga (2008), menciona que en el mundo, la primera legislación que planteó explícitamente el derecho de la muerte fue Australia del norte, donde en el año 1996 fue promulgada una Ley de derechos de los enfermos terminales, que permitía el auxilio médico para morir a personas cuya esperanza de vida era menor a los seis meses. Aunque cabe destacar que dicha ley se mantuvo vigente tan sólo nueve meses ya que fue derogada en 1997.

De este modo el panorama internacional se configura en constante debate en torno a la muerte asistida, que puede considerar tanto la eutanasia como el suicidio asistido. Asimismo es interesante destacar que las normativas de los países son divergentes en la medida que en algunos existen mayor apertura que en otros sobre estas temáticas, lo que ha implicado distintos avances en los debates legislativos.

Parreiras et al, nos señala que “en julio de 2015, el tema fue ampliamente difundido por los medios de comunicación después de que el primer caso legal de eutanasia fuese realizado en Colombia. También, ese año el suicidio asistido fue legalizado en Canadá y en el estado de California, en los Estados Unidos. Actualmente el suicidio asistido está permitido en cuatro países de Europa occidental: Países bajos, Bélgica, Luxemburgo y Suiza; dos países de América del norte: Canadá y Estados Unidos, en el Estado de Oregón, Washington, Montana, Vermont y California; y Colombia, único representante de América del Sur” (Parreiras et al. 2016: 355).

Para lograr una visión amplia respecto de los países occidentales que han legislado en torno al suicidio asistido y/o a la eutanasia, hemos acudido al estudio anteriormente señalado (Parreiras et al. 2016) que consistió en una sistemática revisión de literatura científica sobre la materia. De este modo “la investigación se basó en 19 publicaciones relacionadas con el tema investigado (...). Se establecieron previamente los siguientes criterios de inclusión: obras originales o de revisión, disponibles en su totalidad, publicados entre 2005 y 2015” (Parreiras et al. 2016: 356).

Acorde a lo anterior hemos elaborado un cuadro de síntesis con las principales características de la situación de la legalización sobre la muerte asistida en cada uno de los países señalados en el estudio. De este modo, el cuadro contempla características que tienen que ver con el año de legalización, con el tipo de legalización, los criterios o requisitos de aceptabilidad y las principales características que se constatan en el estudio sobre las personas que han sido asistidas en este contexto.

**Figura 2: países occidentales que han legalizado la eutanasia o el suicidio asistido**

País	Año de aprobación	Tipo	Requisitos	Características
<b>Colombia</b>	<p>El año 1997 se despenaliza pero el 2015 se establecen los procedimientos para su realización</p> <p>Hasta el año 2015 se había denominado “asesinato por compasión”</p>	Eutanasia	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Adultos/as con enfermedades terminales.</li> <li>• Con dolor intenso y sufrimiento significativo sin posibilidad de alivio</li> <li>• Solicitud consciente para la asistencia de la muerte.</li> <li>• Autorización y supervisión de un/a médico/aun especialista, un/a abogado/a y un psiquiatra o psicólogo/a.</li> <li>• La actual legislación no prohíbe la asistencia extranjeros/as.</li> </ul>	<p>Hasta la fecha se ha informado sólo un caso de eutanasia de Ovidio González, de 79 años, quien presentaba un cáncer de cara. Si bien no tenía metástasis, padecía de un intenso dolor crónico.</p>
<b>Estado de Oregon (EEUU)</b>	1997 con la aprobación del “Acta de muerte con dignidad”	Suicidio asistido (aunque la administración voluntaria de medicamentos no se considera suicidio sino más bien se denomina como “muerte con dignidad).	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Adultos/as.</li> <li>• Con competencia para la expresión consciente de su voluntad.</li> <li>• Residentes de Óregon.</li> <li>• Con enfermedades terminales.</li> <li>• Con esperanza de vida de menos de seis meses.</li> <li>• Recepción de medicamentos letales, prescritos por un/a médico/a, para la autoadministración voluntaria.</li> </ul>	<p>De 1997 a 2014: 859 personas murieron después del procedimiento. De éstas un 52,7% eran hombres. El rango etario predominante es de 65 a 74 años, con estudios superiores o de posgrado (45,9%).</p> <p>En el 78% de los/as pacientes, la enfermedad fue el cáncer, seguida de ELA en el 8,3%.</p> <p>La mayoría falleció en el hogar (94,6%) y recibieron cuidados paliativos.</p> <p>Las preocupaciones que mayormente mencionaron fueron la pérdida de autonomía (91,5%), la pérdida de poder participar en</p>

				actividades que hacen la vida agradable (88,7%) y la pérdida de la dignidad (79,3%).
<b>Estado de Washington (EEUU)</b>	2009	Suicidio asistido	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Adultos competentes.</li> <li>• Que residen en la zona.</li> <li>• Con una esperanza de vida menor a seis meses.</li> <li>• Prescripción médica del fármaco de autoadministración.</li> </ul>	Como en Óregon, las estadísticas muestran, entre las muertes, mayor incidencia de los hombres, de entre 65 y 74 años, con alto nivel de educación. La enfermedad de base predominante también era cáncer seguido de enfermedades neurodegenerativas.
<b>Estado de Montana (EEUU)</b>	2009	Suicidio asistido	<p>La legislación de Montana no se encuentra muy bien regulada en la materia.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Adultos, mentalmente competentes.</li> <li>• Con enfermedades terminales para solicitar medicamentos letales.</li> </ul>	
<b>Vermont (EEUU)</b>	2013 Aunque se sugirió que la adhesión fuera paulatina, hasta el año 2016 (debido a la negación de hospitales)	Suicidio asistido	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Adultos/as residentes de Vermont.</li> <li>• Con esperanza de vida menor a seis meses.</li> <li>• Se puede solicitar tratamiento de forma voluntaria y auto-administrado.</li> </ul>	
<b>Canadá</b>	2015. Se determinó un período de un año para la preparación de la implementación de la ley. En enero de 2016, el plazo se extendió a cuatro meses más.	Eutanasia y suicidio asistido	<p>Quebec fue la primera provincia en regular la muerte asistida a través del “Acta sobre el cuidado en el fin de la vida”, que entró en vigor en diciembre del año 2015.</p> <p>El acta, basada en las leyes de Óregon abarca a:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Adultos/as capaces.</li> </ul>	

			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diagnosticados/as con enfermedades graves e incurables.</li> <li>• Empeoramiento avanzado e irreversible de sus capacidades.</li> <li>• Intenso sufrimiento físico y psicológico.</li> <li>• No se exige una esperanza de vida máxima de seis meses.</li> </ul>	
<b>Holanda</b>	2002. Previo a la legalización, estas prácticas fueron toleradas, lo que ha sido informado por médicos/as holandeses/as desde 1991.	Eutanasia y suicidio asistido	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Solicitud voluntaria del/la paciente.</li> <li>• Tener enfermedades crónicas.</li> <li>• Poseer intenso sufrimiento físico o psicológico</li> <li>• El/la médico/a informando al/la paciente se su salud y esperanza de vida debe llegar en conjunto a que no existe otra alternativa razonable.</li> <li>• Un/a segundo/a médico/a debe ser consultado/a sobre el caso.</li> <li>• Las autoridades deben ser informadas sobre el procedimiento.</li> <li>• Las personas con demencia también están contempladas.</li> <li>• También, los/as niños/as, entre 12 y 17 años, con capacidad mental comprobada. Para estos casos los/as padres- madres o tutores/as deben concordar con el acto, entre los 12 y 15 años, y participar de las discusiones, entre los 16 y los 17 años. Asimismo, en algunos casos, la muerte asistida se puede aplicar a recién nacidos/as.</li> </ul>	<p>Entre el 2002 y 2007 se notificaron 10.319 casos. De estos, 54% eran de hombres, 53% tenían entre 60 y 79 años y 87% fueron diagnosticados con cáncer.</p> <p>En 2013 fueron relatados 4.829 casos, y 78,5% de estos ocurrieron en la casa.</p> <p>En los últimos años, cinco médicos/as han sido juzgados por no cumplir con los criterios legales.</p>
<b>Bélgica</b>	2002	Eutanasia voluntaria	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Personas mentalmente capaces.</li> <li>• Con enfermedades incurables (se incluyen enfermedades mentales).</li> <li>• Con sufrimiento físico o psicológico insoportable.</li> </ul> <p>El suicidio asistido no se encuentra regulado expresamente por la ley, pero los casos denunciados se tratan igual que la eutanasia.</p>	<p>Según la Comisión Federal, entre 2010 y 2014, se duplicaron los casos notificados, pasando de 953 a 1.807.</p> <p>Existe mayor prevalencia en hombres, entre 60 y 79 años, con cáncer; aunque recientemente ha</p>



			<p>El año 2014, Bélgica eliminó la restricción de edad para la eutanasia, peses a la fuerte oposición religiosa eclesiástica y médica. Previo al cambio, la eutanasia se aplicaba a mayores de 15 años legalmente emancipados/as.</p> <p>Sin embargo en los últimos doce años, la Comisión Federal sólo informó cuatro casos con menos de 20 años, y ninguno de ellos era un/a niño/a.</p> <p>Con la nueva Ley (2014), los/as niños/as pueden acceder a la eutanasia en los siguientes casos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Deben ser capaces de entender las consecuencias de sus decisiones, certificado por un psicólogo o psiquiatra infantil.</li> <li>• Debe estar en condición terminal.</li> <li>• Con sufrimiento físico insoportable y constante, sin alivio.</li> <li>• La decisión del/la niño/a debe ser apoyada por sus padres- madres o representantes legales, quienes tienen derecho de veto.</li> </ul>	<p>existido un aumento de peticiones de pacientes mayores de 80 años y con otras enfermedades.</p> <p>Se estima que el 44% de las eutanasias ocurren en los hospitales, el 43% en el hogar y el 11% en residencias de ancianos/as.</p>
<b>Luxemburgo</b>	2009	Eutanasia y suicidio asistido	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Adultos/as capaces.</li> <li>• Con enfermedades incurables y terminales.</li> <li>• Con sufrimiento físico o psicológico insoportable y constante.</li> <li>• Sin posibilidad de alivio.</li> </ul>	Entre 2009 y 2014, fueron registrados 34 casos de muerte asistida. De los cuales, 21 eran de sexo femenino, entre 60 y 79 años; 27 tuvieron cáncer y 22 realizaron el procedimiento en el hospital
<b>Suiza</b>	De acuerdo a al artículo 115 del Código Penal de 1918, la práctica sólo es punible cuando es realizada por razones “no altruistas”	suicidio asistido	<p>En comparación con otros países, en el caso de Suiza el suicidio asistido no se encuentra regulado con claridad, no existiendo leyes específicas para determinar las condiciones para que una persona pueda pedir la asistencia.</p> <p>Sólo existen tres instituciones que restringen la</p>	<p>Entre 2008 y 2012, 611 extranjeros, recibieron la medicación letal: uno de ellos/as era de Brasil, 268 de Alemania y 126 del Reino Unido.</p> <p>Durante el período analizado, los/as extranjeros/as representaron</p>

			<p>asistencia a los pacientes con enfermedades terminales.</p> <p>Cabe destacar que los/as extranjeros/as pueden ser atendidos en cuatro instituciones de salud.</p> <p>Se permite la atención de personas con enfermedades mentales, pero se pide un informe psiquiátrico que señale que el deseo del/la paciente fue auto-determinado y bien considerado, no parte de su trastorno.</p> <p>Los/as médicos/as que prescriben el fármaco son responsables del proceso, debiendo informar al paciente sobre su enfermedad y las posibles alternativas.</p> <p>No es requisito una relación médico/a- paciente bien establecida, y por lo general los/as médicos/as no están presentes en el momento de la muerte.</p>	<p>casi dos tercios de todos los caso.</p>
--	--	--	--	--

Fuente: Parreiras et al. (2016) "Eutanasia y suicidio asistido en países occidentales: una revisión sistemática".  
 Revistan de Bioética 24 (2): 355-67

Como podemos ver a lo largo de los antecedentes internacionales en torno a la muerte asistida, existen procesos de avance y de retroceso en la materia. Incluso en algunos países se aprueba y luego se claudica dicha posibilidad, dando cuenta de divergencia de posiciones sobre la materia.

Asimismo, podemos evidenciar que esta problemática se encuentra menos desarrollada en los países Latinoamericanos –donde sólo se encuentra Colombia- que en otros, como los europeos, lo que implica la existencia de aperturas y cierres en torno a la materia, en relación a sus discusiones y a las decisiones legislativas vigentes.

Por dicho motivo, cuando preguntamos por estas temáticas a los/as profesionales sanitarios contemplados/as en este estudio, existía un claro reconocimiento al sufrimiento que producían enfermedades incurables, lo que decantaba en la petición de adelantar la muerte, pero, al mismo tiempo la acción posterior era dubitativa, no sólo por una inhibición legal, sino también por una predisposición ética en torno a si es válido o no que los/as profesionales actúen en el proceso de adelantar la muerte.

### **1.2.2. La eutanasia en Chile**

En Chile, el 01 de octubre de 2012, entró en vigencia la Ley Nº 20.584 de Derechos y Deberes de los/las Pacientes, que regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud. En este marco se resguardan principios básicos de atención en salud, en el ámbito privado y público. La ley se basa en tres conceptos fundamentales: dignidad, autonomía e igualdad de la persona usuaria del sistema de salud (Biblioteca del Congreso nacional de Chile, 2012).

En relación a los artículos centrales para la presente investigación, podemos destacar el Artículo 6º (Ley Nº20.584, Biblioteca del Congreso nacional de Chile, 2012) que establece que las personas tienen derecho a mantener la compañía de sus familiares durante la hospitalización y en ciertas ocasiones de tratamiento ambulatorio. Asimismo, se plantea la cuestión de la información, en la medida que, en el Artículo 10º se establece la importancia de que la persona reciba oportunamente información

completa respecto de su estado de salud, el posible diagnóstico y enfermedad, así como de posibles tratamientos, riesgos y pronóstico.

Asimismo, en el Artículo 14º se establece que “toda persona tiene derecho a otorgar o denegar su voluntad para someterse a cualquier procedimiento o tratamiento vinculado a su atención de salud, con las limitaciones establecidas en el artículo 16. Este derecho debe ser ejercido en forma libre, voluntaria, expresa e informada, para lo cual será necesario que el profesional tratante entregue información adecuada, suficiente y comprensible, según lo establecido en el artículo 10. En ningún caso el rechazo a tratamientos podrá tener como objetivo la aceleración artificial de la muerte, la realización de prácticas eutanásicas o el auxilio al suicidio” (Ley Nº20.584, Biblioteca del Congreso nacional de Chile, 2012).

De esta manera podemos apreciar que la Ley permite lo que se ha conceptualizado como eutanasia pasiva –concepto en debate y en desuso-, que en Chile se conoce más bien como “limitación o adecuación del esfuerzo terapéutico”, aunque deja en claro que la aceleración artificial de la muerte o las prácticas eutanásicas no se encuentran permitidas.

Asimismo, cabe destacar que el Código Penal de Chile, en el título VIII, plantea en el artículo 393, que “El que con conocimiento de causa prestare auxilio a otro para que se suicide, sufrirá la pena de presidio menor en sus grados medio a máximo, si se efectúa la muerte”.

A comienzos del año 2015 presenciamos en los medios de comunicación el requerimiento de Valentina Maureira, joven de 14 años que padecía de fibrosis quística, quien “estaba cansada de vivir con esa enfermedad” (BBC Mundo, 2015), y solicitaba a la presidenta Michelle Bachelet una “píldora para dormir para siempre”. Este evento hizo patente la problemática, estableciéndola en el espacio público, por medio de un acto político, y apelando directamente al poder ejecutivo.

- **Proceso legislativo actual**

Posterior a aquello, en la página web del Senado de Chile se señalaba la necesidad de comenzar el debate en la materia aunque hacían alusión a que “divididas se encuentran las opiniones entre los senadores de la Comisión de Salud respecto a la posibilidad de reflatar la discusión respecto a permitir la eutanasia. En distintos momentos legislativos se ha intentado regular esta delicada materia, sin embargo, no ha existido consenso para aquello” (Senado de Chile, 2015). Así, en el mes de mayo del año 2016, la Comisión de Salud del Senado rechazó la idea de legislar por tres votos contra dos.

Realizando la búsqueda en la página de la Cámara de Diputados de Chile (2019), existen nueve proyectos ingresados desde el año 2004 a la fecha. De dichos proyectos dos se encuentran archivados y dos están rechazados.

De los cinco restantes, los primeros cuatro que se señalan a continuación, provienen de la Cámara de Diputados, y han sido refundidos en el quinto proyecto mencionado (Boletín 11760-11), el cual se encuentra en primer trámite constitucional.

- Boletín 7.736-11 (16 de junio, 2011): Derecho a optar voluntariamente para recibir asistencia médica con el objeto de acelerar la muerte en caso de enfermedad terminal e incurable. Autores/as: Adriana Muñoz (Partido por la democracia PPD, ex diputada, actual Senadora); Gaspar Rivas (Independiente IND. Ex diputado). Cámara de origen: Diputados.
- Boletín 9.644-11 (9 de Octubre, 2014): Modifica diversos cuerpos legales con el objeto de permitir la eutanasia, haciendo efectiva la autonomía de las personas en caso de enfermedades terminales. Autores/as: Karol Cariola (Partido Comunista PC), Maya Fernández (Partido Socialista PS), Marcela Hernado (Partido Radical de Chile PRSD); Giorgio Jackson (Revolución Democrática RD), Tucapel Jiménez (Partido por la Democracia PPD), Vlado Mirosevic (Partido Liberal PL) y Claudio Arriagada (Democracia Cristiana DC, ex diputado). Cámara de origen: Diputados.

- Boletín 11.577-11 (17 de Enero, 2018): Modifica la ley N° 20.584, que Regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud, con el objeto de permitir la muerte digna o eutanasia. Autores/as: Karol Cariola (Partido Comunista PC), Loreto Carvajal (Partido por la Democracia PPD), Cristina Girardi (Partido por la Democracia PPD) , Miguel Ángel Alvarado (Partido por la Democracia PPD), Pepe Auth (Independiente IND), Vlado Mirosevic (Partido Liberal PL), Manuel Monsalves (Partido Socialista PS), Guillermo Ceroni (Partido por la Democracia PPD ex diputado), Daniel Melo (Partido Socialista PS ex diputado) y Felipe Letelier (Partido por la Democracia PPD ex diputado). Cámara de origen: Diputados.
  
- Boletín 11745-11: 16 de Mayo, 2018: Establece el derecho a la eutanasia, regula las condiciones para su ejercicio, y modifica en conformidad a ello el Código Penal. Autores/as: Aracely Leuquén (Renovación Nacional RN), Andrés Longton (Renovación Nacional RN); Karin Luck (Renovación Nacional RN), Erika Olivera (Independiente IND), Marcela Sabat (Renovación Nacional RN), Sebastián Torrealba (Renovación Nacional RN). Cámara de origen: Diputados.
  
- Boletín 11760-11: 29 de Mayo, 2018: Modifica la ley N° 20.584, que regula los derechos y deberes que tienen las personas con acciones vinculadas a su atención de Salud, en lo relativo al suicidio asistido. Autores/as: Pedro Araya (Independiente IND), Alfonso de Urresti (Partido Socialista PS), Guido Girardi (Partido por la Democracia PPD), Francisco Huemchumilla (Partido Demócrata Cristiano DC), José Miguel Insulza (Partido Socialista PS). Cámara de origen: Senado.

En la actualidad el proyecto de ley está siendo debatido en la Comisión de Salud, donde ya fueron aprobadas sus causales.

De este modo en la sección de noticias de la Cámara de diputados, se constata que “Por ocho votos a favor, cuatro en contra y una abstención, la Comisión de salud de la Cámara de Diputados aprobó en general el proyecto (Boletín 9644), iniciado en moción en 2014, que permite la eutanasia en Chile, votación que había sido postergada la semana anterior (...) La iniciativa que modifica diversos cuerpos legales, establece que la eutanasia podrá ser solicitada por “la persona que ha sido diagnosticada en

estado de salud terminal o en estado de sufrimiento físico o mental constante e insoportable, que no puede ser apaciguado por el actual estado de las ciencias médicas y que resulta de una lesión o condición patológica incurable””(Cámara de Diputados de Chile, 2018).

Estos antecedentes remiten a que si bien el proceso legislativo actual en torno a la eutanasia en Chile todavía no se desarrollaba al momento de realizar el trabajo de campo de esta investigación, existía una antesala en términos de una demanda social histórica. En esta línea, los discursos sanitarios de los/as profesionales dan cuenta de posiciones divergentes en torno a la materia, al mismo tiempo de evidenciar las problemáticas relacionadas con las peticiones de adelantar la muerte a las que se ven enfrentadas las personas en el contexto sanitario.

- **Encuesta Colegio Médico de Chile**

El debate legislativo ha permeado en el ámbito social, generando posicionamientos en relación a la eutanasia. Al respecto es interesante destacar que el Colegio Médico de Chile realizó una encuesta “Encuesta de opinión acerca de la muerte asistida médicamente”, entre los meses de marzo y abril del año 2019, dirigida a los/as colegiados/as (Depto. Ética del Colegio Médico A.G, 2019).

De este modo, según el sondeo un 77% de los/as médicos/as colegiados/as se encuentra a favor de permitir la eutanasia, “entendiendo eutanasia como la administración de una droga letal a un paciente adulto competente que lo solicite, que sea víctima de un sufrimiento intolerable, ocasionado por una enfermedad incurable, y que tenga acceso a los mejores cuidados paliativos” (Depto. Ética del Colegio Médico A.G, 2019: 3), mientras que un 56% se manifestó favorable al suicidio asistido, “entendiendo el suicidio asistido como la entrega de una droga letal a un paciente adulto para que se la auto-administre, que sea competente, que sea víctima de un sufrimiento intolerable, ocasionado por una enfermedad incurable, y que tenga acceso a los mejores cuidados paliativos” (Depto. Ética del Colegio Médico A.G, 2019: 15).

Si bien a lo largo de la presente investigación nos hemos centrado más en los aspectos relativos a la petición de adelantar la muerte y a los posicionamientos en torno a la eutanasia, sin hacer una clara distinción con el suicidio asistido –como ya se señalaba en la introducción–, nos parece interesante los

resultados que arroja la encuesta del Colegio Médico de Chile en la medida que evidencia posiciones más favorables en torno a la eutanasia que al suicidio asistido. En esta dirección, nos preguntamos ¿qué hay detrás de estas preferencias?, ¿acaso lo que opera es una construcción paternalista donde el personal sanitario y, en particular los/as médicos/as, no desean dejar el control en torno a la muerte? Planteamos estas disyuntivas como posibles interrogantes para futuros estudios que pueden ayudar a profundizar en estas problemáticas.

- **Acciones desde la sociedad civil**

En Chile también se ha generado posicionamiento y acción en torno a la eutanasia y la muerte asistida desde la sociedad civil. Es así como podemos dar cuenta del proyecto artístico político llamado “Amortanasia”, donde, desde la colaboración de distintas personas de manera anónima, se aboga al derecho de la muerte asistida “como acto de Amor y el fin del sufrimiento de un paciente terminal o en estado constante de sufrimiento físico y mental” ([www.amortanasia.cl](http://www.amortanasia.cl)).

En este sentido la organización, considerando la actual situación chilena sobre la eutanasia, posibilita las condiciones materiales para ayudar a terminar con la agonía de personas que se encuentren en determinadas situaciones. En este sentido la organización se plantea a favor de la autodeterminación de las personas y del derecho a la vida y a la muerte digna, en los casos de enfermedades terminales, donde la persona está en uso de sus facultades, sin influencia externa y en situación de sufrimiento mental o físico ([www.amortanasia.cl](http://www.amortanasia.cl)).

En una entrevista que realizamos el 11 de octubre del año 2019, al representante de Amortanasia, señaló que “es un proyecto político artístico que benefició a algunas personas que lo solicitaron y que estaban en sus plenas facultades mentales. Esto dentro de un protocolo muy riguroso de calificación. Hoy por hoy el proyecto como arte que bordean la ilegalidad, y expande la idea de desobedecer civilmente cuando creemos que es justo por una otredad, ésta llegando a su fin, y el proyecto se está pasando a la sociedad civil, donde un grupo muy diverso de personas y transversal, se están organizando para que esto sea una ONG, que pueda entrar en la discusión y educar, y cuando esto sea legal, beneficiar a las personas con procedimientos gratuitos con el máximo nivel de



empatía y donde en cada momento se dignifique la vida de la persona” (Representante de Amortanasia, 11 de octubre, 2019).

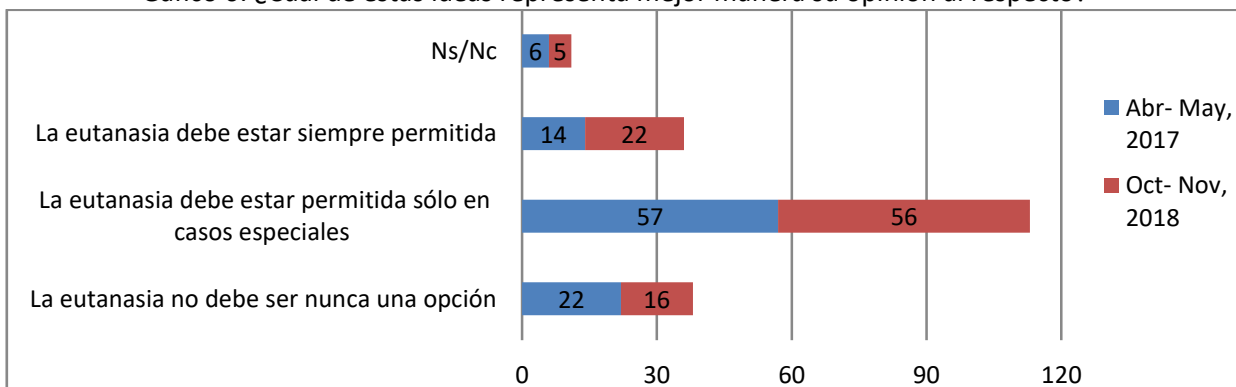
Asimismo, en la entrevista se consultó sobre la opinión respecto de las causales contempladas en el actual proyecto de ley debatido en el Congreso, que considera que la persona haya sido diagnosticada con un salud terminal o en estado de sufrimiento físico o mental constante e insoportable, que no puede ser apaciguado por el actual estado de las ciencias médicas y que resulta de una lesión o condición patológica incurable. Al respecto, el responsable de Amortanasia respondió que “Si me parece bien, sólo tiene que tener una coherencia y mecanismos distintos de calificación. Por ejemplo, no se puede dejar en las manos de un psiquiatra o de dos médicos mi deseo y calificación. Debería existir una comisión externa donde yo podría apelar en el caso de que los médicos simplemente no quieran calificarme. No podemos pensar que las y los médicos no están ideologizados, y creo que se debe aprender de la experiencia de la legalización del aborto en tres causales. Y cómo les realizan zancadillas constantes a las usuarias, y la violencia que deben vivir” (Representante de Amortanasia, 11 de octubre, 2019).

De este modo podemos constatar que en la actualidad, en la realidad chilena, emergen voces de la sociedad civil abocadas a generar acciones concretas en apoyo a la eutanasia y a la muerte asistida, y que poseen un relato crítico en torno al proceso legislativo que se vive en el país. Asimismo, evidenciamos respuestas de la sociedad civil frente a esta materia, vinculada a acciones realizadas en el ámbito del aborto, donde históricamente han existido organizaciones feministas que han colaborado en este aspecto.

### **1.2.3. Percepciones de la opinión pública sobre la eutanasia**

En relación a la opinión pública sobre temas vinculados a la eutanasia, el Estudio Nacional de Opinión Pública N°82 de octubre- Noviembre, 2018 (Encuesta CEP 2018), realizó una encuesta que contempló un universo de personas mayores a los 18 años y más (urbana y rural) residente a lo largo de todo el país (se excluye Isla de Pascua), cuya muestra consideró a 1.402 personas de 140 comunas del país. En dicha encuesta, respecto a la eutanasia se preguntó: ¿Cuál de estas ideas representa mejor manera su opinión al respecto?:

Gáfico 6: ¿Cuál de estas ideas representa mejor manera su opinión al respecto?



Fuente: Estudio Nacional de Opinión Pública N°82 de octubre- Noviembre, 2018. (Encuesta CEP 2018)

De esta manera podemos apreciar que las cifras a favor de la eutanasia han aumentado levemente entre los años 2017 y 2018, en la medida que por ejemplo, en la aseveración “La eutanasia debe estar siempre permitida”, un 14% la aprueba para el año 2017, aumentando a un 22% el año 2018. Asimismo, frente a la afirmación “La eutanasia sólo debe estar permitida en casos especiales”, existe una pequeña disminución desde 57% en el año 2017 a un 56% en el año 2018. También, frente a la sentencia “La eutanasia no debe ser nunca una opción”, existe una disminución desde un 22% para el año 2017 y un 16% para el año 2018. Estos resultados pueden tener su explicación en los avances en la discusión legislativa y pública de la materia.

También, entre los meses de mayo y junio del año 2018, el Laboratorio Constitucional de la Universidad Diego Portales junto a Subjetiva realizó una consulta a 92,4% de los/as diputados/as y senadores/as del Congreso del país (183 de 198). Posteriormente, entre los meses de noviembre y diciembre, Critería Research replicó las mismas preguntas a una encuesta online que abarcaba 800 personas de todo el país (UDP, 2019).

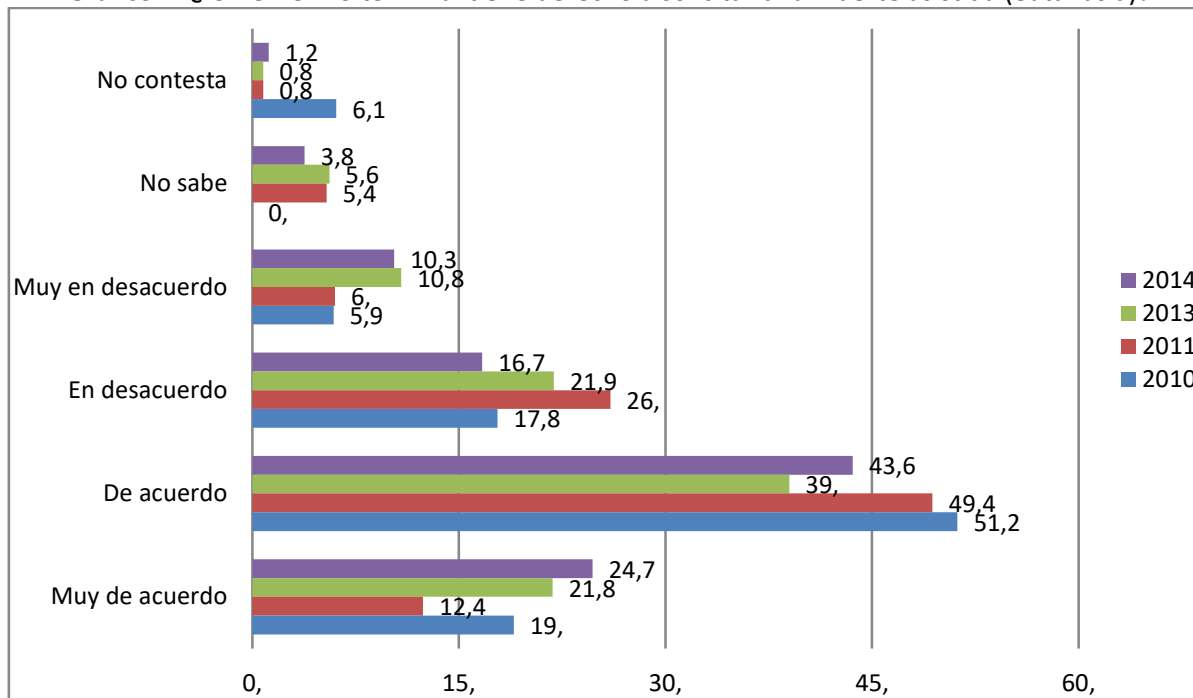
En dicha encuesta se planteó la siguiente frase: “Un enfermo terminal tiene derecho a solicitar una muerte asistida”, frente a lo cual el 82% de la opinión pública se mostró de acuerdo/muy de acuerdo, mientras que el Congreso alcanzó al 62% la opinión favorable.

Asimismo, la Universidad Diego Portales –UDP- realiza cada dos años la Encuesta Nacional UDP, donde, entre variados temas, consultan por la eutanasia. Al respecto observamos que para el año 2014 (último año de medición) existe 43,6% de acuerdo con la medida, mientras que 24,7% se

encuentra muy de acuerdo con la iniciativa, un 16,7% en desacuerdo y un 10,3% muy en desacuerdo.

A continuación se expone un gráfico comparativo:

Gráfico 7: ¿ Un enfermo terminal tiene derecho a solicitar una muerte asistida (eutanasia)?



Fuente: Universidad Diego Portales UDP 2010-2014

En términos generales también podemos apreciar qué, a través de los años, la alternativa de respuesta “muy de acuerdo” ha ido en aumento, mientras que la alternativa “de acuerdo” ha tenido un decrecimiento. Asimismo, los niveles de la alternativa “en desacuerdo” han sido irregulares en el tiempo, mientras que la alternativa “muy en desacuerdo” ha aumentado.

Acorde a los resultados de los sondeos en torno a la eutanasia en particular y a la muerte asistida en general, podemos evidenciar que existe un movimiento favorable de la opinión pública frente a estas temáticas. No deseamos argumentar exclusivamente que el debate legislativo ha generado dicho posicionamiento, sino más bien nos interesa indagar en otras posibles hipótesis al respecto.

En esta dirección, hipotéticamente, nos parece que el debate del aborto, y otras materias relacionadas, han incidido en una apertura en temáticas morales relacionadas con el debate de la vida y de la muerte, así como en la autonomía de las personas en estas situaciones. En este sentido, al

producirse una apertura al diálogo sobre estas materias, se exponen los argumentos y es posible que la opinión pública remita a experiencias cercanas o a la posibilidad de ponerse en el lugar de otro/a.

## 2. Estado del Arte

Tanto la eutanasia como el aborto son fenómenos que generan controvertidos debates en el ámbito político, legislativo, religioso y del activismo, entre otros, atravesados por los ámbitos de los derechos humanos, la moral, el género y la bioética.

Podemos señalar que el motivo por el cual existe un alto nivel de debate frente a estos fenómenos es porque ambos apelan a la cuestión de la vida y de la muerte, es decir, ambos apelan a concepciones de inicio y término de la vida implicando una variedad de voces que, expresadas en el ámbito público, intentan generar saber y un discurso de poder. Para Foucault, la vida y la muerte nunca son en sí mismas exclusivamente problemas médicos, “incluso cuando el médico, en su trabajo, arriesga su propia vida o la de otros, se trata de una cuestión moral o de política, no de una cuestión científica” (2007: 54). De esta manera ambas problemáticas –aborto y eutanasia- se encuentran conectadas con debates que van más allá del ámbito médico y que apelan a la constitución de persona en sociedad, es decir, cómo se concibe la vida y la muerte y el reconocimiento del otro/a en el espacio social, cómo es este encuentro con el/la otro/a.

A continuación, revisamos la producción científica generada en torno al aborto y a eutanasia, siguiendo la pregunta de investigación ya señalada: ¿cuáles son los discursos sanitarios sobre aborto y eutanasia del personal sanitario de las unidades de obstetricia/ginecología, comités de ética y cuidados paliativos, de los hospitales y clínicas (religiosas y no religiosas) chilenos, desde una perspectiva de género?

Así, nos hemos abocado a comprender cuáles eran los discursos científicos más persistentes en el campo disciplinario de la ciencia para poder generar así un estado del arte que nos permitiera ubicar dichos textos con un orden lógico.

De esta manera hemos clasificado los textos en 4 grandes temas. Por una parte nos encontramos con una producción científica de temáticas transversales al aborto y a la eutanasia lo que remitió a conceptos tales como la dignidad humana, autonomía o derechos humanos, los cuales cruzaban ambos fenómenos de estudio.

Asimismo, pudimos clasificar los textos en un ámbito contextual, es decir, existió producción científica basada en una revisión y un cuestionamiento sobre las legislaciones, marcos normativos, políticas públicas y leyes de algunos países del mundo, trabajando dicho análisis como estudios de casos o bien de manera comparada con otras normativas.

También, hemos producido una clasificación que tuvo que ver con los/as discursos de actores/as sociales relacionadas tanto a aborto y a eutanasia, es decir, hubo producción científica que buscó compartir las miradas y enfoques de actores sociales tales como la iglesia, los movimientos feministas, personal sanitario, estudiantes, usuarios/as, entre otros.

Por último, produjimos una clasificación relacionada con conceptualizaciones en torno a la eutanasia y al aborto. Así, se consultaron artículos que trabajaron conceptos y definiciones para comprender ambos fenómenos.

## **2.1. Metodología de búsqueda de artículos**

Se accedió a los buscadores Trobador, JStore, Google Académico. El primero –Trobador- es un metabuscador que genera consultas en diversas bases de datos de revistas de impacto de los ámbitos de las ciencias sociales, ciencias médicas, humanidades, entre otras. Por lo que gracias a éste pudimos acceder a artículos de distintos campos disciplinarios. También se realizó la búsqueda en bibliotecas de las facultades de ciencias sociales y humanidades de la Universidad Autónoma de Barcelona.

Las palabras claves en español utilizadas para la búsqueda en Trobador, Jstore y Google Académico, fueron: “eutanasia y derechos humanos” con 20 registros seleccionados; “género y aborto” con 70 artículos seleccionados; “género, eutanasia y aborto” con 17 artículos clasificados y “género y eutanasia” con 14 registros seleccionados.

Mientras que en inglés la búsqueda fue “euthanasi and abortion” con 2 artículos seleccionados; “gender, abortion and human rights” con 32 resultados seleccionados; “Human rights and euthanasi” 61 registros seleccionados.

Destacamos que la búsqueda de los artículos se hizo con un horizonte de temporalidad de 10 años, es decir, los textos revisados dataron desde el año 2007 (considerando que el estado del arte se elaboró inicialmente el año 2017), ya que nos interesaba tener material actualizado y consideramos que 10 años de antigüedad podía ser adecuado para obtener dicha actualización, ya que los mismos artículos recogían y reconstruían recursos teóricos de mayor antigüedad.

Asimismo, aunque visualizamos en Chile una “democracia” neoliberal y patriarcal, hija de la dictadura y que mantiene una constitución redactada por Jaimen Guzmán<sup>5</sup>, emergen voces disidentes que vienen a cuestionar el modelo y a disputar ideológicamente espacios hegemónicos. En este sentido, podemos hipotetizar que la producción científica de los últimos 10 años recoge estas disputas y por ende, contienen una diversidad de visiones argumentales que permiten tener una comprensión más amplia de las problemáticas estudiadas. En esta dirección, este estado del arte se centra en la producción científica de los 10 últimos años, intentando recoger estas visiones y su debate actual.

## **2.2. Temáticas transversales al aborto y a la eutanasia**

En nuestra revisión pudimos encontrar una serie de artículos que abordaban temáticas transversales tanto al aborto como a la eutanasia. Es decir, temáticas que cruzaban estos fenómenos permitiendo problematizarlos de un modo más profundo. Tal es el caso del concepto de dignidad humana, asociado a la concepción de moralidad y autonomía (Fernández, 2011; Martínez, 2013; Serrano- Ruiz-Calderón, 2013; Varelius, 2012; Vitulia, 2012, Pusca, 2010, Ramos y Arenas, 2015).

### **2.2.1. Sobre la dignidad, visiones, aplicaciones y su conexión con la autonomía**

El concepto de dignidad humana fue abordado desde un punto de vista social y jurídico para enfrentar la eutanasia en el marco del paternalismo médico y la teoría del consentimiento informado. Asimismo en el artículo de De León, et al. (2014), se desarrolló un abordaje filosófico desde la dignidad humana en la sociedad capitalista y cómo dicha relación se ligaba a la eutanasia, arribando a

---

<sup>5</sup> Ideólogo de la extrema derecha chilena en período de dictadura.

conclusiones críticas de las regulaciones médicas y legales existentes. Para lo anterior se desarrolló una conceptualización de la dignidad humana en el contexto actual.

Boladeras (2007) desarrolló un estudio, que entre sus objetivos tuvo el propósito de develar el desarrollo conceptual sobre la vida en la historia, vinculado principalmente al desarrollo embrionario; también, estableció el debate sobre los dilemas que la ciencia actual presenta respecto de las fronteras de la vida humana; por otra parte buscó el desarrollo conceptual de dignidad de la vida humana; y por último, realizó un debate de la dignidad de la vida humana en la constitución española.

Para Fernández, la “dignidad” se entiende, en el contexto filosófico-jurídico, “una determinada condición del ser humano que le distingue de cualquier otro animal y fundamenta ciertos derechos indiscutibles al estilo de tener que ser considerado, a la manera kantiana, como un fin en sí mismo y no como medio para otros propósitos” (2011:2), esta es la distinción que se hace entre las cosas y las personas en la medida que las primeras pueden ser intercambiadas mientras que las segundas –las personas- poseen un fin en sí mismo por lo que no pueden ser intercambiadas ni vendidas.

Es preciso señalar que Fernández aporta una visión de la dignidad humana que se plantea desde el ámbito biologicista, de este modo, tomando las palabras de Stamos (2009) destaca que “teorizar sobre la dignidad humana despreciando la necesidad de llevar en consideración las aportaciones procedentes de las ciencias adyacentes desde una perspectiva interdisciplinar, es una estafa” (Fernández, 2011: 3-4).

De este modo el autor destaca la existencia de “algo” en el cerebro humano que permite adquirir un sistema de valores y principios éticos- jurídicos, permitiendo la existencia de morales universales únicas (Fernández 2011, haciendo lectura de Tugendhat, 1979; Hauser, 2006).

En este sentido la concepción de dignidad se entiende desde el ámbito evolutivo de la especie humana, que trasciende la esfera individual para centrarla en el ámbito colectivo.

Así, Fernández señala que “la idea de nuestra naturaleza que se deriva de la concepción biológica del ser humano parte de la situación básica de relación que existe entre cada uno de los seres humanos



con otros seres humanos. La naturaleza humana ni se agota ni queda bien descrita en función del individuo moral singular, encerrado en su esfera individual, que ha servido hasta ahora para caracterizar como valor básico la construcción del Estado liberal. Hoy sabemos que lo que denominamos naturaleza humana tiene cualidades y predisposiciones físicas y morales innatas” (2014:11).

Incluso concepciones como la libertad y la autonomía deben ser entendidas en el marco de la interrelación de la especie, “de hecho, la idea misma de la libertad —condicio sine qua non en la que se arraigan la autonomía y la dignidad humana— no se puede concebir al margen de la relación con otras personas, porque la forma de ser del hombre en el mundo es de por sí una forma de ser interpersonal. La autonomía de ser y de hacer está inscrita en la misma esencia del hombre; de ella surge la posibilidad y capacidad de actuar de manera libre y digna” (Fernández, 2011:15).

Baez y Mezzaroba (2013) también siguiendo concepciones kantianas plantean que la dignidad es inalienable a la persona implicando la autodeterminación de los sujetos por medio de la razón, lo que implica que el ser humano es un fin en sí mismo. De este modo los autores destacan que “la dignidad humana, considerada como valor, es un bien inalienable que no puede ser objeto de transacción o renuncia por parte de su titular, sobreponiéndose, incluso, a la autonomía de la voluntad, cuando su ejercicio acarree cualquier forma de subyugación o de degradación de la persona” (2013: 133).

Por otra parte la visión habermasiana de la dignidad, para los autores, reside en un sentido moral y legal conectada con una simetría relacional, donde ésta no sería un valor natural de la persona, aunque sería una tarea a realizar por el individuo, mientras que el Estado debería dar las condiciones para que dicha tarea se realice.

Martínez (2013) plantea, haciendo una lectura de Andorno (2011), que la noción de dignidad humana es compleja debido a que depende de la concepción filosófica bajo la cual se establece dicha definición.

De este modo, la forma más utilizada de comprender el concepto de dignidad, está vinculada con un carácter instrumental donde se establece la dignidad, como un trato o respeto por su sola condición

de seres humanos, pero sin entrar a señalar las razones de dicho trato o respeto. Al respecto el autor (Martínez, 2013) señala que es compleja esta concepción de dignidad debido a que no contiene sustento para la construcción de un marco institucional para tutelarla.

Martínez (2013), realizando una lectura de Francisco García Moreno (1997), señalan la existencia de cuatro dimensiones de la dignidad: a) político-social; b) religiosa o teológica; c) ontológica y d) ética, personal y social en el sentido de la autonomía que corresponde de alguna manera a su evolución o desarrollo a lo largo de la historia.

Martínez destaca que una corriente de pensamiento sobre la dignidad “se sustenta en las capacidades racionales y volitivas de los seres humanos, concretadas en la idea de autonomía y de libertad” (2013:49)

El autor (Martínez, 2013), desde un punto de vista distinto al de Fernández (2011), quien se plantea desde lo biológico, señalan que “al reducir lo humano a lo biológico, se niega también la posibilidad de comportamiento moral y de la responsabilidad que deriva precisamente de esas capacidades que caracterizan al ser humano” (Martínez, 2013: 51). Asimismo, según Martínez, en una de las obras de Ronald Dworkin señala que “nos ofrece una concepción de la dignidad que surge del apareamiento de dos principios: el auto respeto y la autenticidad; lo que nos lleva a una dignidad humana como producto del propio actuar” (2013: 52).

Serrano et al. (2013) al analizar eventos relacionados con la eutanasia, eugenesia y el aborto, entre otros, manifiestan que por sobre la dignidad de las personas se encuentra el principio de sacralidad de la vida que está relacionado con una perspectiva principalmente religiosa que le entrega la capacidad de decisión frente a la vida solo a Dios.

Desde esta percepción, plantean la compasión como una falsa máscara moral que es utilizada como argumento bioético frente a situaciones como las ya descritas, compasión que es referida hacia la dignidad humana (Serrano et al., 2013).

Varelius (2012), siguiendo a Khaitan (2012) destaca que la dignidad es una norma expresiva que permite variadas concepciones, aunque es necesario destacar que la dignidad como tal es incapaz de realizar todas las tareas que sus proponentes le han dado. Sin embargo, cuando la concepción de dignidad logra salir de lo ambiguo adopta una noción no indeterminada.

De esta manera, entender la dignidad como una norma expresiva implica que "si un acto no respeta la dignidad de alguien depende del significado que tal acto expresa" (Khaitan 2012:4). Varelius siguiendo a Kathian señala que "así mantiene que algunos actos expresan significados determinables con una adecuada medida de objetividad, los significados son moralmente significativos, y que al menos algunos de esos actos expresivos son apropiados sujetos de regulación legal" (2012: 329).

La autonomía ocupa un lugar importante en la noción de dignidad propuesta anteriormente, de este modo Varelius, siguiendo a Beauchamp y Childress destaca que "respetar a los agentes autónomos es reconocer su derecho a mantener puntos de vista, a hacer opciones, y para tomar acciones basadas en sus valores y creencias personales. Tal respeto implica una acción respetuosa, no simplemente una actitud respetuosa. Requiere no interferencia en los asuntos personales de los demás. Incluye, en algunos contextos, acumular o mantener las capacidades de los demás para la elección autónoma mientras ayuda a disipar los temores y otras condiciones que destruyen o interrumpen la acción autónoma. Respeto, en esto cuenta, implica reconocer el valor y los derechos de toma de decisiones de las personas y les permite actuar de manera autónoma, mientras que la falta de respeto a la autonomía involucrando actitudes y acciones que ignoran, insultan, menosprecian o no tienen en cuenta los derechos de los demás de acción autónoma" (Beauchamp y Childress 1979: 103).

Ramos y Arenas (2015) realizando una lectura de Ruth Macklin señalan que la dignidad es un concepto vacío y que no significa más que el respeto a las personas o su autonomía. En este contexto la dignidad puede ser obviada como concepto en la bioética en la medida que se adopta el concepto de autonomía que resulta más operacional (consentimiento informado, por ejemplo).

Cabe señalar que las autoras apelan a la existencia de un modelo neutral- liberal, que relaciona el concepto de autonomía con dignidad. Sin embargo, la dignidad no sería intrínseca a las personas en la medida que ejemplifican, con la vejez, como un "período del ciclo vital en que se evidencia una declinación de la autonomía funcional, física, psicológica, afectiva, económica o social, incluso la

pérdida de la personalidad jurídica- conjunto de cualidades que la constituyen en el mundo sociojurídico” (Ramos y Arenas, 2015: 30).

De esta manera las autoras anteponen el modelo ontológico al modelo neutral liberal, donde el primero, haciendo una lectura de Sulmasy “afirma que todo ser humano es digno y es persona de un modo determinado, su autoposición y capacidad de autodeterminarse es limitada; su riqueza y valor no se agota en la autonomía” (Ramos y Arenas, 2015: 30).

Así, las autoras analizan cuatro conceptos de dignidad desarrollados en el tiempo: “a) La dignidad como valoración social, depende de la estimación pública de la que es objeto la persona por su aporte al bien común o por el status que ha alcanzado en el orden económico, social, político, etc. Al respecto pierden su dignidad aquellas personas que no pueden aportar algo sustancial al bien común, por ejemplo las personas mayores, discapacitados/as, enfermos/as, etc. b) La dignidad como libertad quiere decir que la persona es digna por su propio ejercicio activo; c) Libertad para decidir según sus propios criterios” (Ramos y Arenas, 2015:30). En este contexto, las autoras reconocen que la dignidad, para el modelo ontológico, es intrínseca a las personas y que no admite gradualidad alguna.

### **2.2.2. Los derechos humanos y la dignidad**

Un tema directamente relacionado con la dignidad son los derechos humanos, al respecto Baez y Mezzaroba (2013) reconocen la existencia de la dignidad humana en las Declaraciones de Derechos Humanos de la Organización de los Estados Americanos y de la Organización de las Naciones Unidas, ambas de 1948.

De este modo, en dichas declaraciones se establece que “un valor común que debería ser utilizado como base de todos los derechos allí consignados, cual sea, la dignidad humana, que pasó a ser reconocida como el valor esencial y piedra angular de todos los derechos allí enunciados. En el mismo sentido, la Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea también reconoce que “valores indivisibles y universales de la dignidad del ser humano, de la libertad, de la igualdad y de la solidaridad” como base de los derechos que declara” (Baez y Mezzaroba, 2013: 106).

Cabe destacar que para los autores la dignidad humana se encuentra inserta como fundamento de variadas culturas: budista, mahoistas, hinduismo, musulmanes, africanos, europa del este, etc. Lo anterior queda de manifiesto cuando en 1993 se lleva a cabo de “Declaración para una ética global”, donde se desarrolló un encuentro con líderes y lideresas de diversas religiones en el mundo.

En dicho contexto se planteó que “los valores éticos reconocidos por esa Declaración se basan en la existencia de una fundamental unidad de la familia humana sobre la tierra, la que se manifiesta por la total realización de la dignidad intrínseca de la persona humana expresada por la libertad inalienable, por la igualdad y por la necesaria solidaridad e interdependencia existente entre todos los individuos” (Küng, H., y Kuschel, K.-J., 1993, en Baez y Mezzaroba, 2013:112).

Por otra parte Erdman (2012) vincula los derechos humanos con el enfoque de reducción de daño aplicado principalmente al aborto inseguro. En dicho contexto el autor destaca que tanto derechos humanos como reducción de daños tienen un objetivo en común y cada uno refleja los principios básicos del otro.

De esta manera el enfoque de reducción de daños proporciona la evidencia para las intervenciones, mientras que los derechos humanos establecen las normas que lo circundan para el cambio social. En este contexto el enfoque que muestra Erdman del principio de reducción de daño es principalmente humanista el cual “refleja dos conjuntos de valores de derechos humanos. Los primeros son valores de respeto, valía y dignidad (...) Un segundo conjunto de valores humanísticos, empoderamiento y participación” (2012: 85).

Baez y Mezzoroba (2013) desarrollan una conceptualización de la dignidad humana en su fase básica y cultural, estableciendo que los derechos humanos “son un conjunto de valores éticos, positivados o no, que tienen por objetivo proteger y realizar la dignidad humana en sus dimensiones: básica (protegiendo a los individuos contra cualquier forma de cosificación o de reducción de su status como sujetos de derechos) y cultural (protegiendo la diversidad moral, representada por las diferentes formas como cada sociedad implementa el nivel básico de la dignidad humana)” (2013: 119).

Por otra parte, también se plantean puntos de vistas críticos a los derechos humanos y en particular hacia los organismos internacionales que los sustentan. Este es el caso de Naranjo y Fernández (2014), quienes destacan que en la actualidad, en el contexto latinoamericano, existe un mayor acento hacia el tema de la elección o la decisión por sobre los derechos a la vida, como es el caso del aborto y la eutanasia.

Así la autora y el autor señalan que “el derecho a elegir ha abierto la caja de Pandora: el ejercicio arbitrario de la libertad ha hecho proliferar derechos en todas las direcciones y ha reivindicado tantos derechos como opciones. El respeto a la vida: situación sociopolítica latinoamericana existen; por eso se habla del derecho a no nacer, el derecho al niño deseado (procreación asistida), el derecho a interrumpir el embarazo (aborto), el derecho a sentirse bien y el derecho a morir o a elegir la forma de muerte. En definitiva, el derecho a elegir se ha erigido en los tiempos que corren como la norma de las normas por encima de todo principio trascendente” (Naranjo y Fernández, 2014: 131-132).

En el marco de los derechos humanos, también se construye un argumento en torno al derecho a la salud global (Cisternas, 2013), donde a partir del análisis de tratados y convenciones internacionales se trata de establecer la existencia de la perspectiva de género en dichos instrumentos.

De este modo, según Cisternas “una meta importante de las Naciones Unidas y la Organización de los Estados Americanos consiste en promover la realización del derecho a la salud de las mujeres y las adolescentes, eliminando obstáculos y riesgos para su salud, como la discriminación y la violencia doméstica, que dificultan su acceso a los servicios de salud, la educación y la información” (2013:182).

En este contexto el derecho de salud es concebido de manera amplia “inserto en el universo de derechos humanos, universales, indivisibles e interdependientes, se vincula directamente con el reconocimiento, goce y ejercicio de otros derechos humanos, como la integridad personal, la igualdad y no discriminación, la libertad de expresión y de opinión y el acceso a la información, la autonomía, y la manifestación de voluntad, el igual reconocimiento como persona ante la ley, la capacidad jurídica, la libertad de tomar las propias decisiones, la independencia de las personas, intimidad, confidencialidad, identidad personal, honra, la libertad y la seguridad de la persona, vida libre de violencia y de maltrato, no ser sometido a tortura ni tratos o penas crueles inhumanos o degradantes,

educación, trabajo, seguridad social, acceso a la justicia, la participación política y pública, entre otros. Todo esto se plasma bajo el prisma de la dignidad personal” (Cisternas, 2013:183).

También, se han desarrollado estudios empíricos para conocer la experiencia de jóvenes españoles/as e inmigrantes en torno a la educación y salud sexual y reproductiva, (Soriano et al., 2014; González de León et al 2014). En este contexto se amplía la mirada de las investigaciones no sólo al ámbito biológico sino que se intentan abordar aspectos emocionales y afectivos vinculados a la salud sexual y reproductiva de los y las jóvenes. Al mismo tiempo se incluyen variables como la nacionalidad y el género para conocer sus percepciones sobre las relaciones de pareja, el amor, la iniciación sexual, el aborto, entre otros aspectos.

### **2.2.3. Biopolíticas**

Otro tema transversal que podemos citar, guarda relación con la medicina y la producción de subjetividad en la obra de Michel Foucault (Estrada, 2015) donde, a través de los estudios de Foucault, se intenta mostrar como el saber médico produce formas de existir, generando así una genealogía sobre la forma como los seres humanos modernos comprenden su existencia.

De este modo Estrada reconoce 3 biopolíticas en la obra foucaultiana: la biopolítica- medicina donde se establece el avance de la medicina en pos de un orden moral de las sociedades, de esta manera “las racionalidades políticas empezaron a usufructuar las racionalidades médicas para forjar un orden moral específico” (2015: 343); la biopolítica- racismo donde la medicina sirvió a las necesidades eugenésicas de los Estados; y por último, la biopolítica gubernamentalidad donde “la cuestión ahora no pasa en potenciar la vida y nutrir la existencia biológica de las poblaciones (...) Lo importante ahora será el empleo de los mecanismos para conducir la vida del cuerpo social” (Estrada, 2015: 347).

Finalmente, otros temas que se trabajaron en los textos de manera transversal al aborto y a la eutanasia son la biopolítica feminista (Boyer, 2012), donde se plantea que la bioética requiere condiciones de posibilidad para establecerse, las cuales se relacionan con el biopoder, entendiéndolo como “la entrada de la vida en la historia [...] en el campo de las técnicas políticas” (Foucault 1976: 186 en Boyer, 2012).

De este modo Boyer, haciendo una lectura de Foucault, señala que éste reconoce “dos formas principales a partir de las cuales se desarrolló el biopoder: la anatomopolítica y la biopolítica. La primera se centra sobre el cuerpo como máquina a través de su disciplinamiento; la segunda, sobre la población, mediante controles reguladores” (Boyer, 2012:133).

En este contexto el autor realiza la lectura de De Beauvoir y de Haraway para establecer una biopolítica feminista, destacando la obra de Haraway en el capítulo final de Ciencia, cyborgs y mujeres, titulado “Biopolítica de los cuerpos posmodernos”, donde la autora “explora los lenguajes populares y técnicos que constituyen las subjetividades biomédicas y biotécnicas de la cultura posmoderna. Le llama la atención la forma en que, a través de una “semántica de la defensa y de la invasión” (Haraway 2007: 385) que gira en torno al modelo del sistema inmunitario, se reproduce el poder de la biomedicina y de la biotecnología dando forma a la experiencia desigual de la muerte y la enfermedad” (Boyer, 2012: 137).

#### **2.2.4. Bioética personalista**

Por otra parte, considerando la mirada de las ciencias médicas hacia la persona, es posible evidenciar la existencia de una corriente de bioética personalista la que, según Millán y Garrido (2012), busca el reconocimiento de la persona en sociedad como reconocimiento de otro/a sin máscaras, donde se establezca la vida como valor inicial y principal dentro de la especie humana.

Para esta corriente existen cinco características que ponen a la persona en el centro de la reflexión de la bioética (Millán y Garrido, 2012):

- Primero, el reconocer que la persona es la principal responsabilidad ética, y la necesidad de realizar una consideración especial hacia los/as desprotegidos/as y vulnerables;
- Segundo, la necesidad de la interdisciplinariedad para construir una reflexión humana hacia lo trascendente rescatando el valor de la vida humana;
- Tercero, la comunión y la relacionalidad entre los seres humanos;
- Cuarto, la distinción entre “algo” y “alguien”;
- Quinto, el reconocimiento de la persona que emerge desde su dignidad intrínseca.



De este modo, para darle cierre a esta sección, podemos dar cuenta de que existe una nutrida discusión en torno a temas transversales a la eutanasia y al aborto, donde se ven reflejadas posturas a favor o en contra, dependiendo del posicionamiento teórico que se tenga. De este modo, la dignidad humana, la autonomía y la libertad, los derechos humanos, así como aquellos temas conectados con las distintas visiones de la biopolítica y una mirada desde la bioética, vienen a plantear un debate que tiene que ver con la vida y la muerte, es decir, ¿de qué modo concebimos la vida y la existencia de las personas en sociedad?, o bien ¿de qué manera consideramos que la sociedad aporta condiciones necesarias para el desarrollo de la vida humana? Y esto al mismo tiempo conectado con ¿qué ocurre en los procesos de fin de vida?, es decir, ¿cómo, por ejemplo, se concibe la dignidad y la autonomía en pacientes terminales, o la dignidad y la autonomía en mujeres que abortan?

### **2.3. Temáticas contextuales: países, constituciones y legislaciones**

Otro gran tema que pudimos observar en los artículos revisados tuvo relación con los ámbitos contextuales vinculados a las constituciones, políticas públicas y legislaciones de países de todo el mundo. Así, fue posible revisar estudios desarrollados en América Latina, América del Norte, Europa, África y Asia.

A continuación presentamos los estudios que se abordaron en torno a la legislación del aborto para luego pasar a aquellos estudios que abordaron la eutanasia. Destacamos que se presentan las situaciones de los países en un orden que parte desde las experiencias más cercanas, relacionada a la experiencia chilena, y posteriormente vamos alejándonos, en la medida que destacamos las experiencias de países y legislaciones que se encuentran más lejanos a Chile.

### 2.3.1. Aborto en países, constituciones y legislaciones

En Chile hemos identificado producción científica en torno al aborto y a los derechos sexuales y reproductivos. Es así como Araujo (2009) buscó mostrar los sustratos normativos presentes en las políticas públicas en torno a sexualidad en el Chile postdictatorial, realizando un análisis del discurso estatal en la producción del sujeto sexual.

De este modo la autora (Araujo, 2009) identifica la existencia de la noción de sujeto de derecho previo a la dictadura, lo que fue reemplazado posteriormente por políticas que conectaban de manera directa la sexualidad y la reproducción, situándolas a ambas en el ámbito privado familiar.

Este panorama cambia con el fin de la dictadura y el comienzo de los gobiernos de la Concertación donde se apela a un sujeto sexual autónomo y reflexivo. Sin embargo, la autora (Araujo, 2009) da luces de que éste constituye un sujeto ideal y no real, en la medida que el sujeto real tensiona su subjetividad por los condicionantes sociales existentes.

Asimismo, se buscó entregar evidencias sobre el fenómeno del aborto en el marco del debate público del proyecto de ley por las tres causales: posible muerte materna, inviabilidad fetal y violación (Dides et al., 2015). Para lo anterior se realizaron análisis de las estadísticas proporcionadas por instituciones públicas como Ministerio de Salud, Ministerio Público, Gendarmería; y entrevistas a mujeres que reciben atención psicosocial en la Corporación Miles<sup>6</sup>.

De esta manera es posible plantear que según el estudio, desde la década de los 90 en Chile, no se presentaron las condiciones para generar soluciones concretas al aborto, un ejemplo de aquello es que “se han presentado 27 proyectos de ley desde 1991 hasta el 2014, careciendo de apoyo político por parte del ejecutivo” (Dides et al. 2015: 146) cuestión que vio su culminación con la aprobación del

---

<sup>6</sup> MILES Chile es una organización no gubernamental de derecho privado sin fines de lucro. Su misión es generar conocimientos, políticas públicas, cambios legislativos y la articulación de redes para promover los derechos sexuales y reproductivos en el país en el marco de los derechos humanos declarándonos respetuosos de las personas independientes de su raza, credo, origen étnico, ideología política, género, capacidades, orientación sexual y/o edad.

proyecto de ley emanado por el ejecutivo cuya promulgación se desarrolló el año 2017 –como lo mencionábamos en el capítulo de antecedentes-.

El estudio de Dides et al. (2015) muestra la antesala del aborto en Chile planteando la compleja situación de la problemática en el país. De este modo las autoras destacan que “la penalización del aborto atenta contra los derechos fundamentales de la Constitución. Las mujeres que fueron atendidas tanto en el servicio público como en el privado manifiestan una vulneración a sus derechos fundamentales: derecho a la dignidad, derecho a la libertad y el derecho a la información” (2015: 176).

También en Chile, desde la biopolítica y desde el feminismo se han desarrollado estudios que intentan develar la existencia de discursos hegemónicos morales y patriarcales en el marco del proyecto de ley por las tres causales analizando el desarrollo legislativo sobre esta materia desde la sociología del derecho y desde una perspectiva feminista (Baeza y Schmitt-Fiebig, 2015).

De este modo, las autoras realizan una revisión conceptual del aborto, además de generar una discusión en torno a la situación del proyecto de ley de interrupción del embarazo bajo tres causales - su contexto mundial y latinoamericano-, desde concepciones foucaultianas en torno al disciplinamiento en el binomio obediencia/transgresión, y desde miradas feministas que plantean la reivindicación de la autonomía del cuerpo y la libertad en la decisión de las mujeres para querer o no querer ser madres (Baeza y Schmitt-Fiebig, 2015).

Asimismo podemos mencionar un estudio que “sintetiza los resultados de una investigación sobre los efectos de la penalización del aborto en Chile y la violación de los derechos humanos que produce la ilegalidad del aborto en toda circunstancia” (Casas y Vivaldi, 2014:60). En esa misma dirección el artículo “Abortion policies and practices in Chile: Ambiguities and Dilemmas” de Sherpad y Casas (2007) muestra prácticas oficiales y políticas relacionadas con el aborto en Chile.

Así, se plantean cifras asociadas al aborto en el país, dando cuenta también de los infructuosas propuestas de proyectos de ley previo al proyecto de ley que envió el ejecutivo, también se revisan los tratados internacionales a los que Chile ha suscrito y frente a los cuales se ha encontrado en

deuda previo a la promulgación de la ley de interrupción del embarazo en tres causales. De este modo, el artículo apunta a dar cuenta de lo complejo que es para las mujeres, y en particular para las mujeres de nivel socioeconómico bajo, enfrentarse a la problemática del aborto.

Casas, Vivaldi y Álvarez (2016) también reflexionan en torno al proyecto de ley de las tres causales en Chile profundizando en torno a los temas de la autonomía y el autogobierno de las mujeres, así como los derechos humanos que deben ser resguardados a la luz de la existencia de tratados internacionales.

Las autoras y el autor también realizan una revisión en torno a la constitucionalidad del proyecto de ley, así como los mínimos que exigen los grupos feministas en torno a éste. Al respecto cabe destacar que dichos mínimos guardan relación con que la denuncia, en los casos de la causal de violación, no sea necesaria; asimismo se plantea que la objeción de consciencia debe ser individual, por parte del médico o médica y no institucional o del equipo médico en su conjunto; también, se establece como mínimo la confidencialidad que debe ser resguardada para las mujeres que abortan; el tema de los plazos también constituye un mínimo para el proyecto en el sentido que se resguarde que existirán plazos adecuados especialmente para el caso de las niñas que requieren abortar por causa de una violación; y por último, el acompañamiento o consejería, que debe ser manteniendo el respeto de la decisión de la mujer, es decir, acompañamiento no disuasivo (Casas, Vivaldi y Álvarez, 2016).

En **América Latina** se llevó adelante una investigación (Kismödi et al., 2012) que reveló dos casos en Perú y en Brasil en los que se negó acceso a aborto a dos mujeres, a partir de lo cual se planteó que, según CEDAW, “el Estado debe garantizar el acceso al aborto cuando la salud física o mental está en peligro, despenalizar el aborto cuando el embarazo resulta de una violación o abuso sexual, y revisar la interpretación restrictiva del aborto terapéutico estableciendo un mecanismo para asegurar que los derechos reproductivos sean comprendidos y observados en todos los establecimientos de salud” (Kismödi et al, 2012: 31).

Asimismo, en la región se han desarrollado estudios que buscan comparar los marcos legales existentes en torno al aborto (De Jesús y Franck, 2014; Carino et al. 2008). El caso del estudio De Jesús y Frank (2014) revisa los ordenamientos jurídicos de los países de Latinoamérica y del Caribe a

la luz de la ratificación de la Convención Americana sobre Derechos Humanos (CADH) con el objetivo de analizar la protección de la vida del que está por nacer. Así, las autoras (De Jesús y Frank, 2014) establecen una revisión de los marcos legales de los países de la región para plantear la relevancia de generar protecciones a los derechos prenatales.

Las autoras (De Jesús y Frank, 2014), contrarias al aborto, plantean que la evidencia de cifras estimativas de abortos voluntarios se encuentran mal calculadas –como es el caso de Argentina- lo que generaría una sobredimensión del fenómeno.

Asimismo plantean que “la mayoría de los Estados Partes han incorporado el reconocimiento de la CADH sobre el derecho a la vida de toda persona desde el momento de la concepción (art. 4(1)), así como los derechos prenatales, en sus ordenamientos jurídicos nacionales. Al menos ocho Estados de Latinoamérica y el Caribe han adoptado disposiciones constitucionales explícitas, reconociendo y protegiendo el derecho a la vida desde la concepción, frecuentemente usando el lenguaje mismo de la CADH, que reconoce la humanidad del feto. Por el contrario, ninguna Constitución nacional de la región reconoce un supuesto derecho de la mujer a terminar la vida de su hijo por nacer a través del aborto cuando esta peligró”. (De Jesús y Frank, 2014:74).

Un artículo que trabaja la problemática del aborto en **México**, se plantea el tema bajo tres ejes: La defensa de la teoría crítica de los derechos humanos, la interdisciplinariedad y el método de la interpretación jurídica sistemática (Navarro, 2015), con el objeto de analizar la reforma legal en dicho país. De este modo el autor establece principios éticos sobre los cuales se basa para analizar la problemática mexicana en torno al aborto.

Dichos principios éticos son, la ética de la alteridad, donde citando a Levinas, Navarro destaca que “se parte del papel del otro, del prójimo en la fundamentación ética” (2015:517), a partir de aquello el autor destaca la importancia de reconocer al naciente en el debate sobre el aborto, asimismo reconoce como importante la ética de la compasión que es capaz de “generar un espacio de encuentro y comunicación, un reconocimiento de la unidad subyacente a los distintos sistemas éticos. De esa forma se puede conseguir, en conjunción con otras líneas de éticas, superar el egocentrismo y alcanzar una ética universal” (2015: 517).

Con lo anterior se plantean los derechos fundamentales del naciurus; una ética planteada es la ética de la liberación; una ética construida desde las víctimas – planteando que el naciurus es víctima cuando no se le da el derecho a nacer-; la ética personalista -basada principalmente en la obra Kantiana donde se establece que el trato de las personas debe ser de acuerdo a fines y no a medios-; y finalmente la ética comunicativa Habermasiana (Navarro, 2015).

Asimismo Navarro (2015) plantea una serie de dilemas que se extraen del análisis de la Constitución mexicana en relación al aborto. De esta manera destaca la existencia de un dilema semántico (al dejar de utilizar el concepto de aborto, reemplazándolo por interrupción voluntaria del embarazo); donde la definición de aborto estaría en contradicción con la definición de aborto en el Código Penal Federal; y un tercer dilema de carácter epistemológico (se justifica un derecho autónomo lo que incidiría en llamar al aborto derecho humano).

Navarro (2015) habla de un cuarto dilema que es de índole moral, donde se contrapondría una ética personalista (basada en la igualdad y dignidad de todos/as) y una ética transpersonalista (que supondría la cosificación del aún no nacido). Finalmente Navarro (2015), plantea un dilema legal señalando que no están adecuadamente delineadas las competencias legislativas con relación al aborto inducido entre la esfera federal y la estatal.

También en México se desarrolló un estudio (Amuchástegui, et al, 2015) basado en lo acontecido el año 2007 respecto a la despenalización del aborto, lo que produjo el debate religioso y científico en dicho país. Para dicho estudio se realizaron entrevistas a mujeres además de realizar un análisis de los discursos sociales en torno al tema.

Este estudio planteó la existencia, además del debate social y político entorno al aborto, el debate subjetivo que produce la legalización del aborto y la paralela presencia del discurso religioso y la hegemonía de género (Amuchástegui et al, 2015).

De esta manera las autoras plantean que “mujeres que se enfrentan a embarazos no planeados rechazan la posibilidad de interrumpirlos, aunque la práctica sea legal, por considerarla contraria a

sus principios religiosos y por el peso que siguen teniendo las sanciones sociales y morales hacia las mujeres que abortan” (2015:172), sin embargo, la Interrupción legal del embarazo si bien establece para algunas mujeres un problema moral con fundamento religioso, para otras establece la posibilidad del ejercicio de derechos como titulares sobre sus propios cuerpos.

De este modo los resultados de la investigación revelaron que el aborto era una práctica de autonomía en el contexto de una creciente secularización mexicana en relación a los derechos reproductivos de las mujeres.

En el mismo país se llevó a cabo un estudio centrado en el análisis de la impartición de justicia en los casos de aborto e infanticidio entre 1920 y 1940 en la Ciudad de México. En ese contexto, existieron cambios en la legislación penal y de justicia, sin embargo, según la autora, “a la hora de juzgar a las infanticidas y a quienes efectuaban un aborto, pesó más la concepción tradicional sobre género, honor y legitimidad que la protección de la vida y la integridad de los infantes” (Núñez, 2012).

En este contexto la autora señala que entre 1920 y 1940 en México se “manifiestan un cierto “paternalismo judicial”, inspirado en medidas eugenésicas que supeditaban la posición de las mujeres en el ámbito doméstico y social a los requerimientos de políticas poblacionistas y de pureza racial, además de buscar la aplicación de una nueva “moral” que circunscribía la sexualidad femenina al matrimonio y, dentro de éste, a la función reproductora. Así, en apoyo a esa ideología oficial, los jueces se mostraron laxos con las acusadas, pues en nombre del honor también se protegía la raza, la clase y la ciudadanía” (Núñez, 2012: 107).

De esta manera llama la atención que se aborde el aborto en conjunto con temas de infanticidio argumentando que ambos son crímenes en contra de la vida. Sin embargo consideramos que ambos eventos tienen orígenes distintos y que no es posible catalogar del mismo modo a una mujer que aborta a una mujer que mata a su hijo/a recién nacido/a.

En **Colombia**, el año 2006, se produjo el fallo de la Corte Suprema que despenalizó el aborto en tres causales: 1) Cuando la continuidad del embarazo constituya peligro para la vida o salud de la mujer; 2) cuando existe grave malformación del feto que genere inviabilidad 3) cuando el embarazo sea

producto de una conducta, debidamente denunciada, constitutiva de acceso carnal o acto sexual sin consentimiento, abusivo o de inseminación artificial o transferencia de ovulo fecundado con consentimiento (Balanta, 2009).

De acuerdo a Balanta (2009) el fallo de la Corte Suprema, en relación a la despenalización del aborto en tres causales en Colombia consideró los siguientes principios: Derecho a la vida, libertad y libre desarrollo de la personalidad, igualdad y no discriminación, derecho a la privacidad, proporcionalidad, razonabilidad, confidencialidad, favorabilidad.

El artículo "Considering strategic litigation as an advocacy tool: a case study of the defence of reproductive rights in Colombia" (Roa y Klugmnan, 2014) presentó cuatro condiciones necesarias para un cambio exitoso en las leyes de aborto en el marco del litigio estratégico, éstas son: "(1) Un sistema existente con un marco de derechos humanos; (2) un poder judicial independiente y bien informado; (3) organizaciones de la sociedad civil; Y (4) una red capaz de soportar y aprovechar las oportunidades que presenta el litigio" (Roa y Klugmnan, 2014: 31). De este modo, en el marco del cumplimiento de estas cuatro condiciones, se llevó adelante la intervención de litigio estratégico en Colombia, teniendo buenos resultados en una segunda estrategia de acción.

Por otra parte, en Colombia también se han llevado adelante estudios sobre la objeción de conciencia entre los/as médicos/as del país. En este contexto Ngwena (2014) analizó particularmente la objeción de conciencia como derecho fundamental en torno a la problemática de aborto realizando una comparación del caso colombiano con lo ocurrido en África.

De esta manera Ngwena (2014) plantea que una comprensión transformadora de los derechos humanos requiere que el derecho a la objeción de conciencia en el aborto implique deberes correlativos impuestos al objetor de conciencia, así como al Estado, para acomodar los derechos de salud reproductiva de las mujeres.



El tribunal colombiano en relación a la objeción de conciencia destacó que:

- El derecho a la objeción de conciencia es un derecho individual que puede ser invocado por una persona física individual, pero no por personas jurídicas o colectivamente;
- La objeción de conciencia no es absoluta y debe ser ejercida de una manera que no viole los derechos fundamentales de la mujer, incluidos sus derechos a la salud y entregando tiempo para el acceso al aborto legal;
- Los/as profesionales de la salud que invocan el derecho a la objeción de conciencia tienen el deber de derivar a la mujer embarazada a un centro de salud,
- Cuando un/a profesional de la salud invoque el derecho a la objeción de conciencia, debería hacerlo por escrito, explicando por qué es malo realizar un aborto detallando sus convicciones individuales;
- Los órganos estatales son responsables de proporcionar cuidado de la salud tiene un deber constitucional para garantizar que haya un grupo de proveedores de servicios de aborto para que las mujeres que buscan servicios de aborto no se quedan sin acceso a los servicios que necesitan como resultado de la asistencia sanitaria (Ngwena, 2014).

En **Argentina** se han desarrollado investigaciones que abordaron el desfase existente entre las políticas homosexuales y las políticas reproductivas tras la aprobación de matrimonio igualitario y a la evidente falta de regulación sobre aborto en dicho país (Belgrano, 2012; Lacombe 2012; Luna 2016, Tabbush, Díaz, Trebisacce, Keller, 2016).

En este contexto Belgrano (2012), destaca la incongruencia, para lograr una ciudadanía sexual, el hecho de que se haya legislado sobre el matrimonio homosexual en el año 2010 y no se haya dado espacio para el debate sobre aborto.

Al respecto la autora señala que “el Código Penal argentino sólo autoriza el aborto en dos casos: cuando existe “riesgo de vida para la madre y si no puede ser evitado por otros medios”; y “si el embarazo proviene de una violación o atentado al pudor cometido sobre una mujer idiota o demente” (artículo 86, Libro Segundo, Título I, Capítulo I) (Belgrano, 2012: 181). De este modo el

tema del aborto es una problemática persistente en el país que afecta principalmente a las mujeres más pobres.

Lacombe destaca que “el aborto, por su parte, cuestiona el centro, el núcleo duro del canon de la heteronorma: mujeres que inscriben su deseo de modo heteroafectivo reclaman para sí el derecho a deslindar reproducción de deseo. El derecho reclamado no es de inclusión, como en el caso del colectivo LGBT, sino de exclusión. Superando todos los umbrales de tolerancia del patriarcado, el aborto aparece como la piedra basal a ser denegada, porque aceptarlo es desbaratar el eje medular de ese sistema” (2012:152).

En el mismo país, pero en la provincia de la Pampa, se desarrolló un estudio destinado a revisar distintas leyes y proyectos de ley sobre derechos sexuales y reproductivos durante los años 2003 y 2013, develando argumentaciones a favor y en contra de estos derechos y las tensiones en el interior de los campos social y jurídico (Zaikoski, 2015).

Así, la autora comienza detallando el marco jurídico internacional de los derechos sexuales y reproductivos, generando un anclaje conceptual que permite situar los debates jurídicos en la Pampa. Del mismo modo es importante destacar que Zaikoski (2015) también dota de relevancia las acciones adoptadas por los movimientos de mujeres en pos de lograr el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, la igualdad y la justicia social.

Conectado con generar una caracterización de un momento histórico en particular, se encuentra el estudio “El debate médico sobre anticoncepción y aborto en Buenos Aires en los años sesenta del siglo XX” (Felitti, 2007) que trabaja sobre el debate en torno a la anticoncepción y al aborto en el Buenos Aires de la década del 60 para así realizar un análisis comparativo con otros países de la región.

Por otra parte, en **Nicaragua** Flores (2013) desarrolló una investigación que examinaba la legislación anti-aborto nicaragüense el año 2006. De esta manera, a través de una estrategia cualitativa, el estudio buscaba demostrar que la ley anti-aborto intentaba hacer cumplir los roles de género tradicionales.

En **Europa** se llevó a cabo un estudio denominado “Reproductive health information and abortion services: Standards developed by the European Court of Human Rights” (Westeson, 2013) que buscó mostrar las sentencias del Tribunal de Derechos Humanos en tres casos donde se vio coartada la posibilidad de acceso al sistema de salud, en particular en casos de aborto.

De este modo se revisaron las situaciones de Polonia e Irlanda, donde en Polonia la corte falló favorablemente frente al caso de una mujer con un feto inviable quien no recibió información oportuna ni adecuada, y frente al caso de una niña de 14 años violada, a quien se le negó atención en distintos centros sanitarios (Westeson, 2013).

Como contraparte se plantearon los casos de Irlanda, donde el aborto está permitido sólo en casos de posible muerte de la mujer, donde la corte falló de manera negativa frente a la situación de tres mujeres (caso A, B, C de Irlanda): una que vivía en pobreza, otra que no podía cuidar al futuro hijo/a y otra que padecía de cáncer, frente a estos tres casos adujeron que era posible viajar a otros países a realizarse abortos, cuestión que no consideraba claramente la situación económica de las mujeres para realizar dicho acto y que atentaba contra los derechos sexuales y reproductivos (Westeson, 2013).

Continuando con **Irlanda**, destacamos los estudios de Wicks (2011), García-del Moral y Korteweg (2012) y Erdman (2014) , quienes señalaron que la ley sobre el aborto en dicho país es altamente restrictiva según los estándares europeos, siendo necesario revisar la legislación así como las decisiones adoptadas en los casos de A, B, C de Irlanda, mencionado anteriormente.

Wicks (2011) destaca que el artículo 40.3.3 de la Constitución irlandesa declara que el Estado reconoce el derecho a vida de los no nacidos y, teniendo debidamente en cuenta el derecho igual a la vida de la madre, las garantías en sus leyes para respetar, y, en la medida de lo posible, por su leyes para defender y reivindicar ese derecho. De este modo las enmiendas 13ª y 14ª a la Constitución agregaron dos sub-cláusulas al Artículo 40.3.3 que establece que esta subsección no limitará la libertad de viajar desde Irlanda a otro estado, ni impedirá el suministro de información sobre los servicios de aborto prestados legalmente en otros estados.

Por lo tanto, según Wicks (2011), se llegó a un compromiso cómodo: la Constitución irlandesa protegería la vida del no nacido en sus propias fronteras reconociendo el derecho a viajar al extranjero (Reino Unido) para poder abortar.

Asimismo, en Europa, Scott (2015) desarrolló un estudio que buscó analizar la legislación **inglesa** a la luz de la Convención de Derechos Humanos realizando al mismo tiempo una comparación con casos sucedidos en torno al aborto en Irlanda y Polonia. De este modo, destaca que la ley de 1967 en Inglaterra permite el aborto en los siguientes casos:

- Que el embarazo no haya excedido su vigésima cuarta semana y que la continuación del embarazo implique mayor riesgo que si el embarazo finalizara, considerando daño a la salud física o mental de la mujer embarazada;
- Que la finalización del embarazo sea necesaria para evitar daños graves y permanentes a la salud física o mental de la mujer embarazada o
- Que la continuación del embarazo implique mayor riesgo para la vida de la mujer embarazada, que si el embarazo fuera finalizado;
- Que exista un riesgo sustancial de que el bebé sufra anomalías físicas o mentales (Scott, 2015).

Cabe destacar que Scott (2015) señala como ejemplo el caso de **Dinamarca y Suecia** donde éste último posee su legislación, desde 1975, permitiendo la interrupción del embarazo a petición de la mujer, siempre cuando no existan contraindicaciones médicas, hasta las 18 semanas de gestación.

En **España** también se realizaron estudios que buscaron mostrar el debate legislativo y político para defender el aborto libre. De este modo Gimeno y Barriento (2010) plantean, de un modo crítico, la existencia de argumentos próvida que tienen origen principalmente moral, desconociendo que el debate sobre aborto es político e ideológico, los cuales los contrasta con la existencia de causales.

Cabe destacar que la autora (Gimeno y Barriento, 2010) da cuenta del proceso de cambio de la legislación española, desde una ley con causales a una ley de aborto libre, la que si bien reconoce el derecho de las mujeres, es más restrictiva que la anteriormente existente en el país.

Requero (2009), desde una vereda opuesta a la de Gimeno y Barriento (2010) expresa una serie de argumentos donde establece una serie de fraudes en torno al debate sobre la nueva ley de aborto. Al respecto señala que es mentira que se haya producido un debate social, así como es falso plantear el aborto como un derecho de las mujeres, debido a que plantea que es un delito. De este modo, el autor critica la nueva ley de aborto señalando que es inconstitucional, desde su modo de ver.

Por último, podemos mencionar un artículo (Rodríguez, 2012) que da cuenta de las cuestiones meta-jurídicas, relativas al valor de la vida humana, y a las obligaciones de los poderes públicos para con ella que se encuentran en torno al debate del aborto. De esta manera Rodríguez (2012) destaca que todo ordenamiento jurídico sobre el aborto implica cuestiones de género vinculadas al modo de ver a las mujeres en la sociedad, de esta manera ejemplifica esta postura a través del análisis del caso estadounidense y Alemán, para finalizar desarrollando su postura en torno al caso español.

La apuesta de Rodríguez (2012) va en la dirección de establecer legislaciones que permitan tratar el aborto como un tema de autonomía relacional donde no se oponga el feto con la mujer, “La alternativa consiste en contemplar el aborto desde una lógica autoreferencial que parta de la ciudadanía activa de las mujeres, gestantes o no, de la autonomía relacional de las mujeres para adoptar decisiones vitales, para que cada cual pueda forjar su futuro y su posición en la comunidad socio-jurídica. Y consiste en tomar conciencia de la dimensión relacional del embarazo y la maternidad, de las circunstancias socio-jurídicas, también de tipo relacional, que se encuentran en el trasfondo de muchos abortos” (2012: 81).

También hemos revisado estudios en **África**, uno de éstos de Ngwena (2012) buscó generar argumentos en torno a una liberalización de las políticas restrictivas existentes en dicho continente. De este modo Ngwena (2012) plantea la existencia de abortos inseguros en el continente lo que implica una alta mortalidad materna, siendo necesario establecer políticas holísticas en torno a los

derechos sexuales y reproductivos, que además de acceso al aborto seguro, permitan el acceso a anticoncepción moderna.

El mismo autor, dos años después (Ngwena, 2014), publicó un estudio donde destacaba que en el año 2003 la Unión Africana adoptó el Protocolo de Maputo, el cual fue adoptado para enfatizar la necesidad de promover la igualdad de género y proteger el derecho de las mujeres a una igualdad sustantiva y no discriminación en el contexto histórico de la región, de este modo el protocolo reconoce un derecho al aborto en casos donde el embarazo plantea un riesgo para la vida o la salud de la mujer embarazada, o la vida del feto, o cuando el embarazo resulta de agresión sexual, violación o incesto.

Asimismo Smith (2013) realizó un estudio en **Botswana**, donde existe una alta mortalidad de mujeres embarazadas producto de abortos ilegales, lo cual convive con la experiencia de mujeres de llevar el embarazo a término y abandonar a sus bebés. De este modo se arriban a conclusiones sobre que en dicho país se combina un estigma social frente al aborto, constituyente de factores socioculturales arraigados contra esta práctica como factor más preponderante, además de leyes restrictivas que generan su ilegalidad.

Miller y Valente (2016) estudiaron la legalización del aborto en **Nepal** y la posterior expansión de los servicios de aborto, como una política inusual y de rápida implementación. De esta manera, el estudio intentó analizar la relación entre el uso de anticonceptivos y el aborto durante la veloz ampliación de los servicios de aborto legal en todo Nepal. Cabe destacar que en dicho país se legalizó el aborto en el año 2002 antes de la semana 12 del embarazo, antes de la semana 18 en casos de violación o incesto y en cualquier edad gestacional con el asesoramiento médico adecuado (para proteger la salud de la mujer o en casos de defectos congénitos graves, por ejemplo).

El estudio (Miller y Valente, 2016) arriba a conclusiones relacionadas con que el aumento de centros abortivos en el país ha incidido en la disminución de métodos anticonceptivos modernos siendo necesario revisar la política pública existente frente a esta situación.

En **India** se desarrolló un estudio (Potdar et al. 2015) donde a través de “Samyak”, una organización no gubernamental, se develaron distintos casos de rechazo de servicios de aborto a mujeres de la región. El estudio mostró que los servicios de aborto seguro eran de difícil acceso para las mujeres.

Por último, en **Azerbaijan**, país localizado entre Asia Occidental y Europa Oriental, se llevó adelante un análisis sobre los fundamentos, el marco legal y las políticas de aborto conectado al aborto por selección sexual en sociedades patriarcales (Aliyeva, 2015).

De esta manera el estudio tuvo como objetivo explorar las formas en que el discurso de los derechos reproductivos es comúnmente utilizado para explotar las funciones reproductivas de las mujeres en el caso del país mencionado.

En dicho contexto Aliyeva (2015) destaca que en Azerbaijan no existen políticas desarrolladas en torno a la prevención del embarazo lo que ha producido un aumento de abortos con características de selección por sexo, dando prioridad a los embarazos de niños y no así a embarazos de niñas, quienes socialmente están destinadas al cuidado de hijos/as cuando son mayores y no a temas económicamente productivo como los varones.

Por último, el estudio de Carino et al. (2008) realizó, a través de la perspectiva de la autonomía y los Derechos Humanos, un análisis de los marcos regulatorios sanitarios en países donde existe la Interrupción Legal del Embarazo (ILE). En particular se estudiaron las normativas de algunos países **latinoamericanos, europeos y africanos**. Entre los países estudiados se encuentran México, Colombia, Brasil, Perú, Panamá, Bolivia, Puerto Rico, Guyana, Canadá, España, Sudáfrica, Italia y Noruega. Los principales objetivos del estudio fueron:

- Realizar una comparación de las normas adoptadas por distintos países en relación con la ILE.
- Tener una herramienta de consulta con información sobre los principales contenidos y medidas que se han venido tomando en los países, a fin de orientar decisiones en materia de normas que favorezcan el acceso a servicios de ILE.

- Generar una propuesta de modelo para la elaboración de marcos normativos que favorezcan el acceso oportuno a servicios seguros de ILE (Carino et al, 2008: 25).

En este contexto se analizaron elementos tales como: los principios que guiaban las normativas; las redes de servicios en todos los niveles: local, departamental y nacional; definición y funcionamiento de sistemas de referencia y contrarreferencia; niveles de complejidad de los servicios; tipo de modelo en el cual prestan los servicios; modelo/acciones de orientación y acompañamiento; servicio para jóvenes; modelos de atención para aborto en casos específicos; profesional autorizado para llevar a cabo el procedimiento; definición de responsable de los servicios; asesoría y cuidado post-aborto; plazos establecidos para la prestación del servicio; así como la calidad de los servicios desglosados en varios elementos que la miden, entre otros.

A partir de las experiencias señaladas en distintos países del mundo es posible considerar que existen políticas públicas en desarrollo, evolución, o ya ejecutadas que tienen un trasfondo de carácter social, moral o jurídico que las sustenta. De esta manera pudimos apreciar que en distintos países se habían tomado decisiones diferentes en torno al aborto, de acuerdo a los tratados internacionales a los que adhieren o bien según el debate legislativo existente.

### **2.3.2. La eutanasia en países, constituciones y legislaciones**

En **Chile** se han desarrollado estudios que reflexionan en torno a la eutanasia y a la legislación vigente, este es el caso del estudio de Carrasco y Crispi (2016), quienes tomando los planteamientos de la Ley de Derechos y Deberes del Paciente (Biblioteca del Congreso nacional de Chile, 2012), señalan que la ley manifiesta que la persona se puede negar a tratamiento, pero no por eso se podrá acelerar artificialmente la muerte.

El autor y la autora, consideran que la legislación chilena actual “es poco precisa con respecto a la regulación de la eutanasia pasiva y limitación del esfuerzo terapéutico. Pese a que sabemos que en medicina intensiva estas son prácticas comunes en nuestro país, la legislación confunde, ya que: 1) No define prácticas eutanásicas; 2) Al plantear que “en ningún caso el retiro de tratamientos puede acelerar artificialmente el proceso de muerte” da para una amplia interpretación, ya que podríamos



pensar que el retiro, por ejemplo, de ventilación mecánica podría acelerar la muerte” (Carrasco y Crispi, 2016: 1602).

Asimismo Zúñiga (2008) realiza una revisión de los proyectos de ley que precedieron a la ley de Deberes y Derechos del paciente del año 2012, realizando un diálogo entre éstas y las definiciones de eutanasia, centrándolo principalmente en la eutanasia pasiva, en la medida que estos proyectos por medio del consentimiento informado generaban la posibilidad de evitar el sometimiento a tratamiento por parte de enfermos/as terminales. Con todo, la autora destaca la importancia de que exista una ley que incorpore estos temas además de relevar la función del consentimiento informado.

Cabe señalar que Carrasco y Crispi (2016) destacan que el año 2014 se generaron dos eventos donde emergió el tema a la luz pública, uno fue la petición de eutanasia del Dr. Almeyda la cual fue denegada y éste falleció poco tiempo después al negarse recibir alimento, y un segundo evento con Valentina Maureira, una joven de 14 años que pidió por un video la eutanasia a la presidenta, ambos eventos generaron iniciativas legislativas que fueron rechazadas para la discusión en la Comisión de Salud, aunque en la actualidad se encuentra presente el debate legislativo al respecto.

En el artículo “Situación actual de los derechos humanos en la normativa del adulto mayor en **América Latina y México**” (Vera, 2016) se analizaron las consideraciones legales existentes en distintos países latinoamericanos. De este modo, de un total de 11 derechos fundamentales reconocidos “se tiene que solo dos países cumplen con la totalidad de los 11 derechos de los AM (...) (Brasil y República Dominicana); los países con menor número de derechos previstos en su normatividad son Honduras, Paraguay, Ecuador y Guatemala” (Vera, 2016: 15). Ahora, según la autora el derecho a la muerte digna, referida a la eutanasia, no es reconocida por ninguna legislación de la localidad.

También, en **Latinoamérica** se han llevado a cabo estudios sobre eutanasia que consideran el contexto colombiano, en torno al análisis de la problemática de los cuidados paliativos en dicho país (Mendoza y Herrera, 2016). Es así como en Colombia, recientemente el Ministerio de Salud publicó un Protocolo para la aplicación del procedimiento de eutanasia y recientemente (2016) ha estado en curso un proyecto de ley para reglamentar la práctica de la eutanasia y el suicidio asistido en el país.

En **Canadá** se llevó adelante un estudio que analizó comparativamente, entre las provincias canadienses, la ley que se ocupa de la toma de decisión de los pacientes asociado a la eutanasia (Zuckerberg, 2009). De este modo se plantea que la ley permite a las personas decidir sobre su propio tratamiento aunque el problema se suscita cuando las personas están incapacitadas para aquello, donde un/a responsable sustituto/a es quien debe dar su consentimiento por la persona incapacitada. En este contexto cobra bastante relevancia lo que se conoce como “directrices anticipadas” las que vienen a tomar un rol fundamental para los futuros tratamientos. De esta manera, el estudio muestra las implicancias y las dificultades de estas directrices de manera comparativa (Zuckerberg, 2009).

Asimismo, Grofu y Pedrescu (2012) realizaron en el **ámbito europeo** un análisis crítico del Convenio para la Protección de Los Derechos Humanos y las Libertades Fundamentales, revisando otros documentos internacionales relativos a las libertades de las personas, en particular el derecho a la vida así como la manera en que los requisitos de la misma se aplicaban en el derecho penal rumano. De este modo, la investigación revisa temas vinculados al comienzo y al fin de la vida, planteando las restricciones existentes en distintos países europeos en relación a la eutanasia.

Cabe destacar que los autores plantean la existencia de la Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea, donde se establece que *“la dignidad humana es inviolable. Debe ser respetada y protegida, incluso antes de que el derecho a la vida (art. 2)”* (2012:7), en este sentido los autores reconocen que la dignidad del paciente es fundamental y debe existir manera de colaborar en los casos de fin de vida, a través de la eutanasia, sin embargo, se plantea que “el problema de la eutanasia representaría una “Trampa”, ya que su resultado se entiende de manera diferente. Por lo tanto, una opinión contraria sostiene que la dignidad humana invierte el derecho a la vida con ese carácter sagrado e inviolable. En consecuencia, se muestra que, incluso en caso de una opinión coherente sería en este sentido, el legislador quien tendría dificultades para determinar la forma real de permitir la eutanasia” (Grofu y Pedrescu, 2012:7).

El estudio de Ciasc (2013) abordó distintas perspectivas para trabajar el concepto de eutanasia en países diferentes y en la **legislación rumana** en particular, de este modo el estudio establece que en

la legislación mencionada la eutanasia es un delito de homicidio, tanto para los casos de eutanasia activa como pasiva.

Asimismo, el artículo “La eutanasia y el suicidio médicamente asistido” (Royes, 2008) además de realizar una conceptualización sobre eutanasia y suicidio médico asistido, puso en debate la situación española frente a estos dos eventos, haciendo conexiones con los contextos de Oregón, Bélgica, Holanda y Suiza, países donde dichas prácticas no son legalmente punibles si se realizan de acuerdo con lo que su respectivo ordenamiento jurídico ha establecido. Por último, el estudio considera las acciones compasivas y empáticas en estos contextos, con el objetivo de añadir un elemento humanista de primer orden.

El artículo “La eutanasia en Bélgica” (Simón y Barrio, 2012) realiza una revisión socio política del proceso histórico de la **eutanasia en Bélgica** buscando sus similitudes con el proceso español y comparándolo con el caso holandés. Cabe destacar que el estudio también consideró el debate entre los especialistas de cuidados paliativos y la iglesia católica.

De este modo es posible plantear una serie de conclusiones a las que se llega con el estudio, por una parte “que la práctica de la eutanasia puede estar teniendo lugar de forma clandestina en un país incluso antes de que se legalice. Así fue en el caso de Holanda y así lo ha sido también en el de Bélgica. Por tanto, con frecuencia no se trata tanto de “introducir” una práctica nueva como de regular algo que ya se hace clandestinamente y sin garantías suficientes (...) La segunda cosa que nos enseña Bélgica es que la participación de un Comité de Bioética nacional de carácter plural puede ser un elemento importante para modular un debate (...) En tercer lugar cabe señalar que Bélgica nos muestra que es factible regularizar esta práctica introduciendo en el texto legal un elevado número de garantías jurídicas para evitar usos inadecuados de estas prácticas (...) Esta enseñanza es que, al regularizar estas prácticas -eutanasia en Holanda, suicidio asistido en Oregón-, no se produce ni un aluvión de peticiones ni un progresivo relajamiento de su práctica para legitimar indirectamente supuestos no contemplados en la regulación. Esto es lo que en ética suele conocerse como “pendiente resbaladiza” (...) un quinto elemento (...) es la peculiar relación entre el mundo de los cuidados paliativos y la práctica de la eutanasia (...) bajo la denominación de “cuidados paliativos

integrales” plantean un enfoque de los cuidados paliativos donde la eutanasia es una práctica más dentro de las diferentes herramientas (...)” (Simón y Barrio, 2012:16)

En relación a los países nórdicos tales como **Finlandia, Islandia, Noruega y Suecia**, se destaca que no se encontraron estudios específicos de la situación legislativa en torno a la eutanasia en un rango temporal de 10 años, sin embargo es posible plantear que ninguno de estos países cuenta con una ley que permita la eutanasia.

De esta manera podemos destacar, al finalizar esta sección, que la experiencia de los distintos países en torno a la eutanasia, es divergente en término de que existen distintos niveles de discusión en torno al fenómeno que permite visualizar una pluralidad de debates. Sin embargo, pese a la divergencia mencionada, la eutanasia resulta ser un tema en discusión que trata de las libertades y autonomías personales y cómo en función de sus concepciones los países toma posturas distintas para resolver el dilema.

#### **2.4. Temáticas posicionales: Posturas de actores/as sociales**

Además de las temáticas asociadas al aborto y a la eutanasia en relación a los marcos legislativos de distintos países y continentes, también se observaron textos que planteaban las posturas políticas de ciertos actores/as sociales, tales como los religiosos, en particular la religión católica y evangélica (Carbonelli, 2016; Esquivel y Alonso, 2015; Gomes y Menezes, 2015) asociados al discurso médico y del campo de la bioética.

A continuación se presentan las posturas de actores sociales en torno al aborto y a la eutanasia, destacando que son posiciones tanto a favor como en contra de estos eventos.

### **2.4.1. Aborto, actores/as sociales y posturas**

En el siguiente apartado detallamos algunas visiones de ciertos/as actores/as sociales que emergieron a la luz de las investigaciones citadas en el estado del arte. De esta manera, desarrollamos las visiones contrapuestas desde lo eclesiástico y lo laico, así como aquellas provenientes desde el ámbito de los partidos políticos, las mujeres usuarias, entre otras. Asimismo destacamos algunas investigaciones que aluden a la educación sexual en términos de una postura más que se enarbola de manera heterogénea frente a la temática estudiada.

- **Lo eclesiástico y lo laico: miradas binarias y posibles superaciones**

Todiras y Tomescu (2013) y Sinuhé y Villagrana, (2007) buscaron dar cuenta del debate existente en las sociedades democráticas occidentales en torno al aborto. Es así como tras reconocer la diversidad de actores/as sociales que elaboran sus discursos en torno a la problemática, reconocieron dos polos: por una parte los partidarios de la vida, quienes consideran el aborto como un “delito” o bien un asesinato, y los pro elección que apoyan el derecho de las mujeres a decidir si quieren llevar el embarazo a término o no.

También, Larson et al., (2015) respecto a las posiciones de los/as actores/as sociales en torno al aborto en la prensa de Uganda, destacan que se encontraron dos principales posiciones polarizadas, por una parte la postura de la iglesia, que manifiestaba la santidad de la vida desde la concepción, y por otra parte el discurso de los derechos humanos, en dos direcciones, por una parte el derecho a la vida del feto, mientras que por otra parte el derecho a la salud de las mujeres.

Cabe destacar que Uganda prohíbe el aborto en todas circunstancias exceptuando posibilidad de muerte de la mujer, y que el panorama retratado por Larsson et al. (2015) es complejo dada la alta tasa de abortos clandestinos y complicaciones médicas tras éstos. Asimismo, se destacó el discurso pro vida en los casos de violación quienes plantean la relevancia de continuar el embarazo como un acto heroico de las mujeres que se conectaba con una futura gratitud por parte del niño/a.

Por otra parte, desde la bioética también se plantearon dilemas en torno al aborto. Al respecto podemos destacar la existencia, según Moscoso y Palermo (2015) de una bioética laica y otra católica que se tensionan en los debates sobre la vida y la muerte. Al mismo tiempo las autoras, además de proponer dicha tensión, manifestaron una problemática en torno a los discursos sobre derechos sexuales y reproductivos de las mujeres y las posturas de los movimientos por la diversidad funcional, donde existiría un debate en torno a los abortos por motivo de discapacidad.

En esta misma polarización, pero dentro de la iglesia, Fuentes (2013) hace emerger los discursos religiosos de las iglesias católica y adventista así como también la disidencia religiosa que constituyen grupos religiosos, incorporando total o parcialmente el discurso de los derechos sexuales y reproductivos. En este contexto emergían “minoría religiosas como las Católicas por el Derecho a Decidir de Nicaragua y la Iglesia Luterana de Costa Rica, *quienes* se han apropiado del discurso feminista y sostienen los derechos sexuales y reproductivos desde una óptica cristiana distinta” (2013: 60).

De esta forma Fuentes (2013) y Bessone (2012) dan cuenta de actores/as sociales que desde el ámbito del cristianismo, y apoyados/as por una visión de la teología de la liberación, lograban superar el discurso binario del “sí a la vida” contra el “aborto igual muerte” a través del reconocimiento de la autonomía de las mujeres en el marco de los derechos sexuales y reproductivos.

Asimismo Maier (2015) desarrolló un estudio que buscó mostrar posturas enfrentadas en el escenario mexicano, pero haciendo hincapié que es posible trasladar dichas disputas al ámbito internacional. De este modo la autora destacaba que “la disputa sobre los significados del aborto no es particular de México, sino que invade el campo político contemporáneo de muchos países de distintas culturas, historias y perfiles religiosos; asimismo, agita las discusiones, evaluaciones y renovaciones de convenios en institutos interestatales como la ONU” (Maier, 2015: 22).

Una de las posiciones a favor del aborto, en el contexto citado anteriormente, tiene que ver con los derechos sexuales y reproductivos y con la necesidad de establecerlos de manera previa a la cuestión de la interrupción del embarazo. En este sentido lo que se intenta posicionar es que los derechos

sexuales y reproductivos de las mujeres son previos al derecho del no nacido, debido a que éste último carece de autonomía y por ende carece de derechos.

Por otra parte Maier (2015) destaca la postura que ha tenido la iglesia Católica frente al aborto, recordando temas como el pecado original y la impronta de establecer la sexualidad en el campo de la familia tradicional (o natural) para la correcta procreación. En dicho contexto las mujeres están interpeladas a mantener su rol de reproductoras de vida.

Asimismo, nos planteaba la disputa existente en torno al comienzo de la vida, al respecto “la posición de la Iglesia católica de rechazo absoluto al aborto se ha preservado desde 1869, cuando el papa Pío IX publicó el acta Apostólica Sedis que lo define como un homicidio en todas las circunstancias a lo largo del embarazo y lo clasifica como pecado grave y razón de excomunión. La premisa de la hominización inmediata —es decir, la entrada del alma al cuerpo al momento de la fecundación— informa a dicha posición” (Maier, 2015: 20).

Destacamos un estudio cuantitativo y cualitativo (Rabbia y Sgró, 2014), el cual estuvo estructurado a partir de dimensiones de aborto inducido, las situaciones de aborto no punible y la percepción de consecuencias de legalización de aborto, entre otras.

Cabe destacar que dicho estudio (Rabbia y Sgró, 2014) muestra el discurso hegemónico de la iglesia católica en Argentina y cómo dicho discurso ha generado en el espacio público y en el ámbito de las políticas públicas un estancamiento o desconocimiento de la normativa vigente. De acuerdo a la Encíclica *Evangelium Vitae*, sobre la cual se basa la Conferencia Episcopal Argentina CEA el aborto viene a constituir un asesinato ya que pone fin el inicio de la vida de un inocente, o una “persona no nacida”.

De este modo el estudio se centraba en analizar la posición que ha tomado la CEA en torno al aborto. Bajo esta visión las mujeres se veían desplazadas como sujetas de derecho en pos de una supuesta autonomía y derecho de la “persona no nacida”. También el estudio se centra en dar a conocer las posiciones de las personas católicas cordobesas. Al respecto cabe mencionar que existe apoyo hacia

el aborto en casos traumáticos, por ejemplo en el posible riesgo de muerte de la mujer, en los casos de violación, entre otros (Rabbia y Sgró, 2014).

En el artículo “Prohibición del aborto: ¿protección de la santidad de la vida o coacción de la autonomía sexual de las mujeres?” (Chia, 2012) se planteó la hipótesis de que a través de la protección de la santidad de la vida en realidad lo que estaba haciendo la iglesia católica y otros grupos afines era coartar la autonomía de las mujeres frente a sus cuerpos. En este sentido, la santidad de la vida era un argumento que encubría la real necesidad, por parte de la iglesia, de controlar la vida sexual de las mujeres, recurriendo a antiguas premisas como la de no fornicar o bien, no realizar actos sexuales que no sean dentro del matrimonio para la procreación.

- **Partidos políticos**

Un estudio de Palma y Moreno (2015) analizó la paradoja que atravesaban los discursos públicos chilenos que afirmaban que el aborto era un crimen, que se debía castigar, aunque también sostenían que la mujer que abortaba no debería ir a la cárcel.

De este modo, la investigación (Palma y Moreno, 2015) realiza un análisis de discursos de políticos/as principalmente de la derecha chilena, quienes sostenían el vínculo madre- persona en vez de mujer-feto, lo que si bien implica considerar el aborto como un crimen, les llevaba a contemplar que la “madre” tomaba la decisión de abortar debido a circunstancias externas lo que la volvía una víctima al igual que el feto abortado.

Hernández (2011) realizó un estudio sobre la postura asumida por el Partido de Acción Nacional (PAN) en México frente a la despenalización del aborto en el Distrito Federal. De este modo se planteaban las estrategias y argumentos utilizados por el partido y por otros actores/as políticos/as y religiosos en torno al aborto, que van en pos de deslegitimar las posibles modificaciones legales para su despenalización, argumentando que dicho acto es un asesinato, conectándolo con una cultura de muerte que va en contra de los derechos humanos del no nacido.



- **Educación sexual**

Si bien la educación sexual no constituye un/a actor/a social propiamente tal, está contemplada en estudios dirigidos hacia jóvenes y profesores/as, conectado a los derechos sexuales y reproductivos y al aborto.

En relación a la salud sexual y reproductiva de las jóvenes, destacamos el estudio de Vázquez y Avich (2012) quienes analizaron material documental y empírico cualitativo para comprender el fenómeno del aborto en jóvenes de Cuba. Al respecto destacan que existe una alta proporción de mujeres adolescentes que deciden interrumpir el embarazo o bien que quedan embarazadas por no utilizar métodos anticonceptivos. Se destacó que la decisión de abortar era asumida generalmente por la mujer y su familia, sin existir mucha participación de su pareja sexual, quien asumía directamente la decisión tomada por la joven.

También, relativo a la educación sexual, es posible mencionar el estudio de Kornblit et al. (2013) en Argentina donde se realizó una encuesta virtual a docentes de escuelas primarias y secundaria que habían participado de un curso de educación sexual. Dicha encuesta incluyó temáticas relacionadas con el derecho al aborto, la diversidad sexual, la equidad de género y educación sexual. Al realizar el análisis de la encuesta es posible visualizar que existe una mayor aprobación frente al aborto en casos de existencia de causales, lo que no fue así en el caso del aborto libre donde los/as docentes se mostraron más reticentes.

- **Voces desde las mujeres que abortan**

Casas et al. (2013) desarrollaron un estudio para conocer la práctica del aborto en Chile y las implicancias que éste fenómeno tenía para las vidas de las mujeres que lo practicaban, desde la perspectiva de los derechos humanos. En dicho contexto se realizaron entrevistas a mujeres que se habían practicado abortos en la clandestinidad, así como a hombres que acompañaron el proceso y a personal de salud.

Según las autoras “las entrevistas reflejan los múltiples temores que las mujeres enfrentan; el miedo a morir o a sufrir graves daño en la salud y a ser perseguidas penalmente se repiten en la mayoría de los testimonios recopilados. Debido a la ilegalidad y a la condena social, las mujeres muchas veces enfrentan el proceso de aborto en soledad y abandono. En los casos de abortos complicados, las mujeres se exponen a situaciones de maltrato en los centros hospitalarios, incluyendo interrogaciones, trato brusco y la posible denuncia. La investigación muestra también el tratamiento cruel y degradante que afecta a mujeres que gestan embarazos con malformaciones, o cuyos embarazos son producto de una violación” (Casas et al. 2013: 71- 72).

De esta manera el estudio daba cuenta del complejo panorama chileno que vivían las mujeres, previo a la ley de interrupción voluntaria del embarazo bajo tres causales, lo que sin duda generaba una violación a sus derechos humanos, en término de derechos sexuales y reproductivos, secreto médico, autonomía, igualdad de género, entre otros elementos (Casas et al. 2013).

En relación a los/as profesionales de la salud, las entrevistas, en el marco de la investigación mencionada, daban cuenta de la problemática “en relación entre el tratamiento a una mujer en la sala de urgencia por un aborto complicado y el secreto profesional. Uno de ellos habla de la incómoda situación en que los sitúa la ley” (Casas et al. 2013: 102).

Asimismo, durante los años 2011 y 2012 se llevó a cabo en el país (Chile) un estudio sobre las prácticas abortivas de mujeres de distintas generaciones. Dicho estudio dio origen a resultados vinculados a la constitución del sujeto moral competente “entendido como el momento en que una sujeta se enfrenta a una norma legal y moral y que, enmarcada en múltiples dificultades y contradicciones, persiste en actuar según su propia capacidad moral, es decir, según lo que considera sus propios criterios de lo correcto o incorrecto” (San Martín, 2015: 122).

De este modo el estudio analiza los discursos de las mujeres en Chile de 4 generaciones: la primera son mujeres que abortaron entre las décadas de 1950-1960, sin acceso a métodos anticonceptivos, casadas, quienes concebían el aborto como una forma de planificación familiar.

La segunda generación eran mujeres que abortaron en la década de 1970, vivenciando las reformas a las políticas públicas sobre planificación familiar, quienes abortaron a temprana edad, sin estar casadas y planteaban una completa ignorancia sobre sexualidad.

La tercera generación, mujeres que abortaron en la década de 1990, experimentando el reforzamiento de los roles tradicionales de género en dictadura y presenciaron la abolición del aborto terapéutico, son mujeres que ya habían sido madres.

La cuarta generación estaba compuesta por mujeres que abortaron entre los años 2000-2010, realizándose abortos farmacológico, son mujeres que abortaron entre los 22 y 26 años, siendo solteras y sin embarazos anteriores. Cabe destacar que esta generación se enfrentaba a “una completa penalización del aborto y a la emergencia del feto como categoría pensada al momento de tomar la decisión de abortar, en concordancia con el reforzamiento y difusión del mismo como dispositivo a través de la medicina fetal y a las campañas “pro-embrión” difundidas por medios televisados entre 1990 y comienzos del 2000” (San Martín, 2015: 124- 125).

López y Carril (2010), desarrollaron una investigación en la cual a través de una estrategia metodológica cualitativa buscaron mostrar los discursos de las mujeres que vivieron situaciones de aborto clandestino; los varones que fueron partícipes directos de la experiencia y de los/as profesionales (médicos/as, enfermeras/os, parteras, psicólogos/as) que atienden mujeres con embarazos no deseados, abortos de riesgo y/o abortos incompletos en servicios de salud públicos y privados uruguayos.

Cabe destacar que “se identificaron un conjunto de significaciones asociadas al aborto: a) asesinato y acto de desamor/un acto antinatural; b) mal necesario producto del descuido y la irresponsabilidad y c) como acto de libertad y un derecho” (López y Carril, 2010: 18). En función de dichas significaciones las mujeres que habían abortado construían su subjetividad, al mismo tiempo que el personal de salud brindaba un servicio empatizando o no con las mujeres que se habían realizado abortos.

Conectado a lo anterior, se llevó adelante un estudio cuantitativo que mostró cuáles eran las principales características que incidían en abortar. De este modo la investigación de Ruiz et al. (2012)

concluye que el mayor riesgo de abortar voluntariamente en Andalucía lo presentan mujeres jóvenes, con hijos, que no conviven en pareja, con estudios secundarios y extranjeras, en especial procedentes de África subsahariana y con residencia en la provincia de Huelva.

- **Voces desde el ámbito médico y jurídico**

Ramiro Molina, médico chileno, desarrolló diversos estudios que iban en pos de cuestionar la ley que prohibía el aborto en Chile (2009; 2012; 2014). De este modo, en el año 2009 Molina dio a conocer una editorial en la Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología, la cual provocaba una discusión en torno a lo inoperante que resultaba ser la ley, en ese momento, referida a la imposibilidad de realización de aborto en Chile. Para aquello Molina adoptó la definición de aborto de la OMS “la interrupción del embarazo antes de la viabilidad fetal con medios adecuados. Esta definición no hace mención si el feto está vivo o muerto” (2009: 273).

Y con dicha definición de fondo planteó tres escenarios en los que se desarrollaban abortos en Chile por causa médica: primero, el caso en que se interrumpe el embarazo y es posible trasladar a cuidados intensivos al bebé, esto posterior a las 20 o 22 semanas de embarazo; segundo, cuando el embrión es patológico y puede generar la muerte materna, en embarazos bajo las 20 o 22 semanas; tercero, “en la no viabilidad fetal por causas genéticas y fallas en el desarrollo embriológico” (2009: 274).

Frente a dichas situaciones Molina sostiene que “muchas de las indicaciones de interrupción del embarazo de causa médica, se practican en forma rutinaria, tanto en el sector público como privado, más aún en las situaciones de emergencia donde se pone en riesgo la vida de la madre y donde el embrión o feto no tiene ninguna posibilidad de sobrevivencia” (2009: 275), por lo que la ley resulta ser inoperante.

Asimismo, el autor plantea que han existido transformaciones de la práctica abortiva en Chile, lo que ha incidido en una disminución progresiva de las muertes por esta causa (Molina, 2012, 2014), asimismo, sostiene que se ha transformado el fenómeno en la medida que se ha utilizado misopostrol para la interrupción de los embarazos tempranos.

Cabe destacar que una estrategia para disminuir las muertes maternas producto del aborto, según Molina (2012; 2014) es el uso de anticoncepción. Al respecto el médico presentaba dos estudios que demostraban cómo la incidencia de aborto inducido disminuía en espacios donde existía una prevención del embarazo intensiva.

Asociado al debate del comienzo de la vida, De Pablos (2012) realizó un artículo que buscó analizar distintas vertientes sobre el concepto que se le da al embrión, tomando consideraciones éticas y morales, biológicas y genéticas. Cabe destacar que el autor da cuenta, a nivel científico, de tres concepciones respecto de las cuales considerar el comienzo de la vida. La primera tiene que ver con aquellas teorías de la fecundación, “se sustenta en que el ovocito fecundado, que da lugar a una célula diploide en el transcurso normal de su desarrollo morfológico, conducirá inexorablemente a la creación de un ser humano completo, por lo que a tenor de esta teoría, la persona humana lo es desde el momento de la fecundación” (2012: 653).

La segunda teoría llamada la teoría de la anidación, concibe el comienzo de la vida desde que el embrión humano se anida en las paredes uterinas, alrededor de los 14 días desde la fecundación. Mientras que la tercera teoría tiene relación con la formación del sistema nervioso central o cresta neural, “que entiende que con la aparición de la llamada línea primitiva o surco neural en el embrión, lo que luego será la corteza cerebral que se forma a partir de la sexta semana de gestación a contar desde la fecha en la cual se produjo la concepción, se adquiere el estatus de persona” (2012: 655).

De esta manera, el autor, además de realizar el análisis de estas teorías, genera una discusión en torno a la dignidad humana y el estatuto legal de persona, para terminar planteando que dichos elementos deberían ser considerados desde el momento de la concepción.

- **Voces desde el Feminismo**

Henríquez (2015) desarrolló un artículo que mostraba la intervención social que realizaba un colectivo feminista llamado Coordinadora Universitaria por la Disidencia Sexual (CUDS) en Chile, en torno a hacer visible el conflicto sobre el aborto en el país. De este modo, la CUDS, a través de la campaña “Dona por un aborto ilegal”, por medio de la performance, irrumpía en el espacio público, a través de la expresión corporal.

Dicha campaña es acusada por miembros de la derecha chilena, planteando que “se alegaba asociación ilícita criminal por la presunta participación del grupo en la realización efectiva de abortos clandestinos o en su eventual financiamiento” (2015: 207). Sin embargo, al ser una expresión artística que utilizaba la ficción, no se pudo realizar cargo alguno.

Asimismo en el artículo se planteó la cuestión del estatuto del feto y cómo a través de la visualización cobraba relevancia para ser argumentado en contra del aborto. Sin embargo el autor (Henríquez, 2015) planteó que el feto no lograba ser un ser humano sino que es una categoría utilizada para argumentar las posturas mencionadas.

Referido al contexto político y social mexicano, podemos destacar el estudio de Lamas (2009) que buscó mostrar cómo gracias a los grupos feministas, la polarización electoral y el triunfo del Partido de la Evolución Democrática se pudo obtener una ley de aborto. De esta manera, el proceso de despenalización del aborto en México es un proceso histórico, donde se puede situar la lucha feminista desde antes de la década de los 70. Así, “las feministas mexicanas plantearon el aborto como una cuestión de justicia social, de salud pública y como una aspiración democrática” (Lamas, 2009: 156- 157).

La lucha feminista a favor del aborto en México duró años, aunque un hecho decisivo y que tuvo impacto en la arena política fue el proceso de profesionalización de las feministas que abogaban por una ley de despenalización del aborto argumentando a favor de los derechos sexuales y reproductivos (Lamas, 2009).

De este modo, para superar la vieja disputa “aborto sí/ aborto no” comenzaron por instalar públicamente el tema de quién decide en el caso del aborto. En el año 2000 se desarrolló la Ley Robres que consistía en una modificación a la ley que permitía ampliar las causales de interrupción voluntaria del embarazo, cuestión que tuvo como consecuencia la despenalización del aborto durante el primer trimestre de embarazo, en el año 2007. Cabe destacar que este proceso no estuvo exento de la contra respuesta de la iglesia católica, quienes incluso llegaron a plantear la excomuniación a quienes estuvieran a favor de la despenalización.

Así, podemos dar cuenta que los discursos a favor o en contra del aborto dependen bastante de la cercanía o lejanía que se encuentren los/as actores en relación a la temática. Es decir, por ejemplo, en el caso de las mujeres que abortan se presentan argumentos que se encuentran más a favor que aquellos provenientes de los partidos políticos.

También es interesante dar cuenta de que la problemática del aborto constituye una temática central en los grupos feministas quienes han podido romper con la dicotomía aborto sí/ aborto no, al momento de plantear que los abortos existen independiente de su legalidad o no, y que por ende la discusión se centra más bien en establecer un aborto seguro/ aborto inseguro.

#### **2.4.2. Eutanasia y actores/as sociales y posturas**

En este apartado, acorde a la revisión de estudios realizada, indagamos en las principales posturas ideológicas que cruzan la problemática de la eutanasia, así como en las posturas de las personas usuarias y del personal sanitario.

- **Voces desde la ideología**

Inicialmente encontramos investigaciones que planteaban el debate ideológico sobre la eutanasia “poniendo en el centro, por una parte la postura en contra de la eutanasia amparada en la santidad de la vida, en la religión y en la iglesia y por otra parte, quienes la defendían propugnando como ideas fundamentales la calidad de vida, la dignidad humana y la autonomía personal dentro del humanismo laico” (Casado, 2008: 113). De este modo se plantean dos posiciones que parecieran irreconciliables:

por una parte el de la autonomía y la calidad de vida, y por otro la postura de la santidad de la vida, que apelan a la dignidad, pero dicha dignidad se comprende de distinta manera tomando un origen cristiano o bien un origen humanista laico.

Jackson (2008) en "Secularism, Sanctity and the Wrongness of Killing" problematizó el concepto de santidad de la vida a la luz de la mirada secular, mientras que Raposo (2014) analizó de una manera histórica la relación médico/a- usuario/a llegando a la reflexión de la autodeterminación al final de la vida.

Siguiendo el camino de los argumentos procedentes desde el cristianismo y su desarrollo<sup>7</sup> Herrera plantea que "lo que hace que la vida biológica humana sea superior al resto de las vidas es su acercamiento a lo divino: es creada a imagen y semejanza de Dios", este es uno de los fundamentos centrales para hablar de la sacralidad de la vida y por tanto oponerse a la eutanasia.

En dicho contexto Herrera menciona tres argumentos centrales sobre los cuales se intenta frenar la legalización de la eutanasia, éstos son: "la "pendiente resbaladiza", la distinción entre "matar" y "dejar morir" y el de la sacralidad de la vida" (2008: 233). La autora menciona que el primero constituye un desconocimiento sobre la realidad actual en los países donde se desarrolla la eutanasia de manera legal, que por lo demás son lugares donde no se da dicha "pendiente resbaladiza", mientras que el segundo y tercer argumento tienen más bien orígenes de carácter religioso.

Herrera (2008) plantea que la discusión se encuentra mal situada ya que no se trata de "matar" o "dejar morir" sino que más bien se refiere a la posibilidad de que la persona sea quien decida, comprendiendo que para aquello debe existir un reconocimiento en torno a la muerte digna. En este sentido, conectado con el derecho, la obligación es una prohibición de que los demás puedan matarme, aunque la decisión de la muerte digna debería ser que los/as demás me dejen decidir sobre mi muerte. Asimismo la autora plantea la doble moral existente en torno a la eutanasia en el sentido

---

<sup>7</sup> Cabe destacar Herrera (2008) plantea una suerte de "democratización del cristianismo" en el momento en que, apostando por la idea de potencialidad de Aristóteles, se visualizan como válidas o mejor dicho divinas ciertas vidas que antaño no eran reconocidas como tales (por ejemplo esclavos/as, mujeres, niños/as), a propósito de la posibilidad de alcanzar raciocinio



de que ésta es practicada en animales con el argumento de que el animal no sufra siendo que a las personas las estamos obligando a sufrir al no permitirles la realización de eutanasia.

- **Voces desde las personas usuarias del sistema de salud**

Ulrichová (2017) desarrolló un estudio cualitativo en torno a la percepción de la eutanasia desde las mismas personas usuarias del sistema de salud y desde los voluntarios/as de un hospital. Una de las conclusiones a las que arribó tuvo que ver con que mientras las personas usuarias del sistema de salud reciben un buen cuidado, teniendo cubierto el área biológica, psicológica, social, así como espiritual, no tienden a pensar en la eutanasia como una opción. La autora también desarrolló los argumentos en pro y en contra de la eutanasia.

Al respecto destaca algunos elementos tales como el derecho a decidir y la libertad como uno de los argumentos a favor de la eutanasia. Asimismo plantea en este contexto el hecho del cuerpo como propiedad de la persona así como también la percepción subjetiva y propia del dolor y del sufrimiento. Otro elemento que da a conocer es la concepción de la muerte digna a través de la eutanasia así como la ética utilitarista y hedonista. También plantea que la eutanasia puede ser un acto de misericordia y un elemento esencial para la distribución de la justicia de la atención y los recursos médicos. Por último, destaca que la eutanasia siempre se ha practicado, por ejemplo, administrando sobredosis de morfina (Ulrichová, 2017).

En relación a algunos de los argumentos en contra de la eutanasia, la autora destaca la inexistencia del “derecho a la eutanasia” en el marco de los derechos humanos, así como también que existiría un peligro de abuso, “un paciente moribundo, que falta recursos físicos y mentales, que dependen de quienes lo rodean y que a veces sufren trastornos mentales o depresión, puede ser muy vulnerable a la presión” (Ulrichová, 2017: 661).

Asimismo se plantea que la eutanasia no es sólo el acto de una persona usuaria del sistema de salud, sino que influye en médicos/as y familiares. También plantea desde esta postura que no se puede ver el cuerpo como medio sino que es fin en sí mismo. Otro elemento que se destaca es la existencia de la pendiente resbaladiza. El tema de la solicitud de eutanasia de manera consciente también es

problemática al existir personas usuarias del sistema de salud que no se encuentran en estas condiciones. Por otra parte, como ya veíamos anteriormente bajo este estudio, es posible garantizar la muerte digna sin eutanasia por medio de cuidados paliativos (Ulrichová, 2017).

Otros elementos que se plantean en contra de la eutanasia son que los seres humanos somos los/as únicos/as que podemos darle sentido al sufrimiento, así como también que la eutanasia puede conducir a un aflojamiento de los esfuerzos para encontrar nuevos tipos y tratamientos para los enfermos terminales y podría convertirse en una solución económica para hospitales. Por último, los médicos/as estudian para salvar vidas y no para terminar con éstas (Ulrichová, 2017).

Asimismo Broom (2012) sacó a la luz la voz de los/s enfermos/as desarrollando un estudio cualitativo de entrevistas a pacientes en un hospicio católico ubicado en Australia. Los temas que se abordaron fueron la polarización en el deseo de muerte acelerada y muerte asistida; el hospital como un espacio moralmente unido y situado dentro de nociones particulares de "morir bien"; y el carácter divisivo de la religión. De este modo, a través del análisis del discurso el autor da cuenta de las percepciones de los/las usuarios/as en su proceso de fin de vida.

- **Voces desde el personal sanitario**

Destacamos dos estudios sobre las actitudes del personal sanitario y de estudiantes de medicina en la atención al final de la muerte, los cuales se basaron en la aplicación en cuestionarios en diversos países (Goel et al, 2014; Leppert et al, 2013).

De esta manera el estudio de Goel et al (2014) analizó las posturas de personal sanitario de India, Chile, el Reino Unido y los Países Bajos. Entre algunos de los resultados se destaca que un 22.9% de los/as encuestados/as habían entrado en contacto con al menos una persona usuaria del sistema de salud que les pidió que aceleraran su muerte. Asimismo se destaca que pese a la situación legal de cada país un 11.1% de los/as participantes estaban dispuestos a terminar deliberadamente la vida de un paciente, mientras que un 43.8% considerarían tomar medidas activas para retirar o suspender el tratamiento de soporte vital si fuera legalmente permisible.

Por otra parte, el estudio de Leppert et al. (2013) consistió en un estudio cuantitativo en Polonia aplicado a dos grupos, el primero estaba constituido por 401 estudiantes de la Facultad de Medicina de la Universidad de Poznan, mientras que el segundo estudio estaba destinado a 217 médicos/as de diferentes partes de Polonia durante la especialidad de medicina interna.

Entre los resultados cabe destacar que un total del “82% de los estudiantes y el 90% de los médicos no practicarían eutanasia; mientras que 67% de los estudiantes y 75% de los médicos se oponían a la legalización de la eutanasia” (Leppert et al, 2013:603). De este modo, la tercera parte de la muestra consideraba que la eutanasia era un asesinato.

También destacamos que tanto en el estudio de Goel et al (2014) como en el de Leppert et al. (2013) se señaló que existía poca capacitación para afrontar cuidados del fin de la vida tanto por parte de estudiantes como por parte de los/as mismos/as médicos/as.

A modo de síntesis, podemos establecer que los/as actores/as de diversos ámbitos esgrimen argumentos distintos en función de estar a favor o no de la eutanasia, dichos argumentos tienen orígenes diversos, encontrándose presentes aquellos provenientes de la religión, de la psicología, de la medicina, entre otros. Asimismo, es posible visualizar una polarización argumental que da cuenta de cómo dichos actores se sitúan para estar a favor o en contra de la eutanasia. Dicha polarización tiene que ver con posturas ideológicas principalmente.

También podemos conectar la polarización del argumento con la problemática del aborto donde, al igual que en la eutanasia emergen voces que remiten a la santidad de la vida y a la autonomía. Es decir, tanto para la eutanasia como para el aborto existe una polarización argumental referida a orígenes humanistas o cristianos.

## **2.5. Conceptualizaciones**

Muchas veces las conceptualizaciones en torno al aborto y a la eutanasia son divergentes produciendo así distintas visiones sobre las problemáticas. De esta manera lo que busca este apartado es conocer las conceptualizaciones realizadas en el marco de la revisión de investigaciones del estado del arte, para comprender los distintos abordajes que se les dan a las materias.

### **2.5.1. Conceptualizaciones en torno al aborto**

En la actualidad, la OMS define el aborto como la Interrupción del embarazo cuando el feto todavía no es viable fuera del vientre materno, mientras que en los sistemas jurídicos penales plantean diferentes maneras de regularlo “(1) mediante el establecimiento de plazos dentro de los cuales la mujer puede lícitamente realizarlos; (2) causales de autorización para su realización, las cuales pueden ser de orden terapéutico, eugenésico y criminológico, ente otros; (3) o bien realizando una mixtura de plazos y causales, por ejemplo, permitiendo abortar libremente dentro de cierto periodo de tiempo y una vez expirado éste, sólo bajo determinadas causales” (Lechuga y Sarmiento, 2007:76). Así, plazos y/o causales son reguladores y condicionantes de las leyes de aborto existentes en diversos países.

Molina (2012) presenta una tipología de los abortos en el ámbito clínico y el judicial. De esta manera el autor plantea el aborto: como proceso, donde se encuentran síntomas o amenazas de aborto que pueden estar relacionados con abortos en evolución, o aborto inevitable. Asimismo se encuentran los abortos como resultado de expulsión del embrión o feto, donde se detallan el aborto incompleto y aborto completo. Por otra parte, se plantea la visión de los abortos según presencia de infección, donde podemos encontrar los abortos sépticos, asépticos y espontáneos. También, destacan los abortos según si son provocados o voluntarios. Los abortos también pueden ser clasificados a la luz de la ley que rige en el país en cuanto si son abortos penalizados o despenalizados.

De este modo es posible apreciar que en torno al aborto existen diferentes conceptualizaciones dependiendo de las categorías que se utilicen para aquello. En este sentido es interesante destacar que no existe gran debate, como en el caso de la eutanasia, sobre las formas de clasificar el aborto, que pueden tener un origen médico o judicial dependiendo del caso.

### **2.5.2. Conceptualizaciones en torno a la eutanasia**

En el ámbito de las conceptualizaciones, se llevaron adelante estudios cuyos objetivos fueron definir: eutanasia (sus tipos), suicidio asistido, limitación de esfuerzo terapéutico, rechazo de tratamiento y sedación paliativa, con el objetivo de clarificar conceptualmente estas distintas situaciones para hacer una aproximación más acertada a las decisiones conflictivas (Collado et al, 2011, Echeverria, 2011, Pantoja, 2009, Quintero y Rodríguez, 2015).

De este modo, por ejemplo, Pantoja (2009) trata de especificar lo que se entiende por eutanasia señalando que dicha situación se refiere a experiencias muy concretas donde por definición la eutanasia es directa, activa y voluntaria. Es decir, intenta descartar definiciones que tienen que ver con una eutanasia pasiva, indirecta o involuntaria ya que para aquello existirían conceptos más adecuados. Éste es el caso de lo que erróneamente, según Pantoja (2009) se llama “eutanasia pasiva”, que en realidad viene a responder más bien a la limitación del esfuerzo terapéutico o LET.

Desde otra vereda, Collado et al. (2011) buscaron realizar un análisis acerca de las producciones científicas sobre eutanasia en un período concreto, desarrollando una revisión bibliográfica de los últimos cinco años, utilizando descriptores en ciencias de la salud.

De este modo, para los autores la eutanasia no es un problema nuevo ya que a lo largo de la historia se ha planteado la situación desde diversas aristas, así “en cada momento de la historia en dependencia de las circunstancias, muy ligada a las diferentes corrientes políticas, culturales y

religiosas, aunque es cierto que en los últimos años ha tomado un mayor auge” (Collado et al., 2011: 456).

Asimismo, a diferencia de Pantoja (2009), quien trata de definir específicamente la eutanasia como aquella activa, voluntaria e directa, existen quienes plantean una tipología (Collado et al. (2011), Grupo de Estudios de Ética Clínica de la Sociedad Médica de Santiago (2011), Sábada, 2015, Zúñiga, 2008): “• Activa: es la eutanasia que mediante una acción positiva provoca la muerte del paciente. • Pasiva: es la eutanasia por dejar morir intencionadamente al paciente por omisión de cuidados o tratamientos que son necesarios y razonables. Esta expresión eutanasia pasiva se utiliza en ocasiones indebidamente para referirse, en una buena práctica médica, a la omisión de tratamientos desproporcionados que son contraproducentes, indeseables o muy costosos. • Voluntaria: la que se lleva a efecto con consentimiento del paciente. • Involuntaria: practicada sin el consentimiento del paciente. • Directa: la muerte intencionada del enfermo a cargo del médico, por compasión. Puede ser activa o pasiva. • Indirecta: en realidad no existe la eutanasia indirecta; pues no hay eutanasia sin intención de provocar la muerte. Sería para algunos la muerte no buscada del paciente en el curso de un correcto tratamiento paliativo, por ejemplo, contra el dolor” (Collado et al. 2011: 453).

Por otra parte, el artículo “Dilema ético de la eutanasia” (Creagh, 2012) también realiza una conceptualización de la eutanasia y cómo ésta se ha desarrollado a lo largo de la historia, desde tres consideraciones: éticas, científicas y religiosas. De esta manera la autora comienza analizando la situación de la eutanasia desde la Grecia clásica, pasando por la época medieval y llegando hasta nuestros días, generando una problematización sobre cómo los tratados internacionales y las convenciones nacionales han tomado postura sobre el mencionado fenómeno.

Según Vivanco, “la eutanasia es un término polisémico que se ha usado para denotar muerte digna, derecho al suicidio, dejar morir, buena muerte o suicidio asistido” (2015: 45). Siguiendo a Sábada (2015), la eutanasia tiene las siguientes características: voluntad clara del paciente de que se acabe con su vida, irreversibilidad de su enfermedad, con la consiguiente falta de alternativas, y sufrimiento, psíquico o físico (o los dos a la vez) insoportables.

De esta manera, podemos señalar que, respecto a la conceptualización de la eutanasia, no existe un criterio único, es decir, existen distintas posiciones que la definen dependiendo de la construcción de criterio. En este sentido es interesante dar cuenta sobre cómo por ejemplo algunos/as autores/as utilizan una tipología para caracterizar la eutanasia, mientras que existen otros/as que descartan dicha tipología en la medida que conciben otros conceptos más adecuados para referirse al fenómeno. Sin duda que lo anterior tiene que ver con el nivel de desarrollo de la temática y cómo es asumida por los/as diversos/as actores/as sociales.

### **3. Marco epistemológico: miradas multidimensionales en base a la experiencia**

En este capítulo presentamos la mirada epistemológica de esta investigación sobre los discursos del personal sanitario en el debate de la vida y de la muerte, centrándonos en el aborto y en la eutanasia.

Para estos fines comenzaremos por visibilizar elementos provenientes desde las epistemologías feministas en Occidente, con la idea de presentar las construcciones dicotómicas que consideran en la construcción del conocimiento hegemónico y que tienen una raigambre patriarcal.

Las epistemologías feministas me han posibilitado la mirada desde el cuerpo, desde mi propia experiencia y mi trayectoria de vida como investigadora, para comprender las problemáticas en cuestión. En este sentido dichas miradas nos han permitido ponernos en el lugar de los/as hablantes, de sus discursos y concepciones, así como buscar una mirada no dicotómica de la realidad que nos lleve a situarnos desde una óptica integradora.

Desde esta visión hemos podido comprender la autonomía y los cuidados desde un punto de vista situado, profundo y relacional, para comprender el impacto político que conllevan las temáticas del aborto y la eutanasia y su incidencia en el personal sanitario, en sus discursos y en sus prácticas.

De esta manera, la visión epistemológica desde la ética del cuidado y de la ética de la justicia, nos aportó en comprender las construcciones femeninas y masculinas hegemónicas desde donde se construyen discursos y posicionamientos éticos, modos de ser en el mundo, que contienen una matriz de género.

Posteriormente, pasamos a revisar algunos elementos del Modelo Biopsicosocial (MBPS), estableciendo sus fundamentos, argumentos, restricciones y críticas. Desde este prisma, tenemos que destacar que en un primer momento fue difícil visualizar sobre cómo integrábamos este modelo, en la medida que lo biomédico se instalaba como un discurso hegemónico. Sin embargo, al profundizar en la aplicación de esta mirada epistemológica en el análisis, pudimos develar



nuevos elementos que nos mostraban la posibilidad de dar un abordaje que permitiera comprender lo biopsicosocial de manera conectada.

Asimismo, esta investigación, que se encuentra enmarcada en una mirada sociológica, y que acude a la utilización de otras elaboraciones disciplinares, principalmente desde las ciencias sociales, profundiza más en el aspecto psicosocial del MBPS.

Finalmente, nos centramos en la construcción de la subjetividad, que se conecta con la base de los discursos que estudiamos en esta tesis. De este modo, planteamos la relación entre estructura y superestructura en la construcción de subjetividades desde una visión foucaultiana, que nos permitió comprender el trasfondo de los discursos y su impacto en la construcción de subjetividades.

Es la propia experiencia la que nos permite situarnos frente a nuestras investigaciones. Sin bien reconozco que las investigaciones pueden tener diversas fuentes de motivación para sus desarrollos, una fuente que me parece primordial y que por lo menos a mí me moviliza en la búsqueda de construcción de conocimiento es la vivencia, la trayectoria vital corporizada que nos permite reflexionar.

En este sentido considero que la presente investigación no sólo tiene un fundamento racional, sino que tiene elementos emocionales que son de importancia para quien la desarrolla. Desde pequeña me gustaba, cuando caminaba por Ahumada<sup>8</sup>, mirar hacia el horizonte, tratando de dilucidar sobre cuántas personas transitaban por ese sitio. De este modo mi cabeza hacía el cálculo, sin saber si coincidía con la realidad. Posteriormente me imaginaba el mismo panorama en 100 años más, y era extraño ya que me daba cuenta que probablemente ninguna de esas personas que veía transitar se encontrarían presentes en el futuro.

Pienso que esos fueron mis primeros acercamientos a la cuestión de la muerte. En realidad no lo veía como doloroso, sino más bien me generaba extrañeza nuestra propia vulnerabilidad, nuestra propia fragilidad expresada en el cese de la existencia.

---

<sup>8</sup> Calle del centro de Santiago de Chile, muy concurrida.

Luego crecí, y la muerte me acompañó con la experiencia cercana de dos abuelos y un hermano. En realidad la única certeza que tenemos en nuestra vida es que nos moriremos, pero muchas veces las ansias de totalidad, de inmortalidad, nos hacen olvidar esa vieja premisa.

Las vivencias con la muerte de mis familiares fueron dolorosas, entender que ya no los vería más, fue complejo. Logré despedirme de cada uno/a: conversando, tocando flauta cuando pequeña, mostrando fotografías del pasado, etc. No lloré mucho, aunque debo decir que en mi interior se expresaba una sensación de desasosiego, que incluso me hizo negar mi formación católica y cuestionar a Dios.

La muerte de mi hermano mayor estuvo cruzada por una agonía incansable para conocer, antes del deceso, a su hija que venía en camino. Fue así como lidió con el sufrimiento un largo tiempo por causa de un cáncer pulmonar. El Estado donde se encontraba, en Estados Unidos, permitía la eutanasia, cuestión a la que accedió mi hermano en los últimos días.

A través de estas experiencias me iba confrontando a la muerte de seres queridos, pero al mismo tiempo dejaban huella en mí, entregándome la reflexión sobre las diversas muertes que existen en el día a día, los incesables ceses y cambios que no podemos preveer.

Asimismo, a medida que fui creciendo fueron variadas las experiencias de amigas que me contaban que tenían o que se habían hecho un aborto. En realidad nunca percibí que fuera profundamente doloroso para ellas, sino más bien se trataba de un acto reivindicativo para mantener a salvo sus proyectos de vida. Sin embargo, el contexto político y social chileno condenaba estas acciones, lo que generaba que fuese un tabú, solo contado a amigas y seres cercanos/as.

Estas experiencias no sólo se pueden leer desde la razón sino que tienen elementos claramente emocionales, y son constitutivas del trabajo investigativo que realizo hoy. En este sentido, creo que es importante destacar la necesidad de romper con el binomio razón/emoción que muchas veces busca “la objetividad científica”, reducida a la concepción que la ciencia positivista ha hecho de ella, silenciando otros modelos de objetividad científica, cuyas bases epistemológicas son mucho más rigurosas que las que sostienen la ciencia hegemónica androcéntrica.

Al respecto pienso que es relevante interpelar sobre cómo la construcción del/los conocimiento/s científico/s posee/n muchas veces premisas que remiten a lógicas patriarcales. En este contexto planteo esta investigación desde epistemologías feministas en la medida que busco destacar elementos tales como la emoción, el cuerpo, el conocimiento situado y la búsqueda de una objetividad en particular, una objetividad no totalizadora que remite a los contextos de investigación.

### 3.1. Epistemologías feministas

Los estudios de género y el feminismo han sido expresiones, construcciones teóricas y políticas que han ayudado a comprender las diferencias entre lo masculino y lo femenino y las jerarquías asociadas a dichas diferencias. En este sentido se comprende el género como el sexo socialmente construido que establece una serie de jerarquías donde se ubica lo masculino por sobre lo femenino, desarrollando tanto una masculinidad como una femeneidad hegemónica. Asimismo, este tipo de jerarquizaciones se encuentran cruzadas por otro tipo de distinciones respecto a la clase social, la raza/etnia y la edad entre otras variables (Scott, 1990).

En este contexto nos preguntamos por qué utilizamos una epistemología feminista, y a qué remite ésta en el marco de la presente investigación. Al respecto, Harding (2002) destaca que una epistemología es una teoría del conocimiento, es decir, responde a la pregunta sobre qué se encuentra como telón de fondo para la producción de conocimiento o más bien, son los anteojos que se utilizan para observar la realidad.

De este modo, nos preguntamos si es posible estudiar el fenómeno del aborto y la eutanasia desde una perspectiva feminista. Al respecto nos parece que la pregunta se responde acudiendo a niveles en los cuales esta epistemología puede estar presente en la construcción del conocimiento de esta investigación:

1er nivel. Reconocimiento del **conocimiento situado de la investigadora**: en este contexto pienso que un tema relevante, que constituye una de mis motivaciones centrales en esta investigación, tiene que ver con mi posición respecto a experiencias de vida que me han marcado y que generan que en la actualidad me haga preguntas sobre qué hay detrás, qué se esconde tras los discursos acerca del aborto y de la eutanasia. De este modo deseo develar mi posicionamiento de mujer de

clase media, de mediana edad, latina y morena que estudia sobre debates que muchas veces se instalan y se desarrollan en el marco de un discurso hegemónico patriarcal.

2do nivel. Reconociendo el **posicionamiento y la experiencia de los/as entrevistados/as**: En esta investigación acudimos a la construcción del discurso del personal sanitario de distintos tipos de instituciones y de diferentes unidades. De esta manera hemos establecido una muestra de personas, hombres y mujeres que nos han entregado pistas sobre sus experiencias, en el ámbito clínico y en el personal, así como sus argumentos y dilemas en torno a las temáticas propuestas. De este modo, conociendo el sexo, la construcción discursiva de género, el rol profesional y la institución, también podemos situar el conocimiento y la producción de éste en el marco de los discursos de las y los profesionales y la construcción de subjetividades que se encuentra amparada en dichos discursos.

Harding (2002) se pregunta sobre quiénes son “sujeto de conocimiento”, ¿serán las mujeres? Asimismo la epistemología se remite sobre aquellas pruebas a las que son sometidas las creencias para ser legítimas como conocimiento. De esta manera las feministas, siguiendo a Harding (2002), señalan que las epistemologías tradicionales han excluido sistemáticamente a las mujeres como sujetas de conocimiento y de este modo la voz masculina ha sido hegemónica en este contexto.

En este sentido la presente investigación, contempla tanto a mujeres como a hombres en sus discursos, comprendiendo que la perspectiva de género es relacional, aunque nos interesa, a través de esto, indagar en las jerarquías de género que se producen en un nivel discursivo. Es decir, buscamos romper con una visión hegemónica, que homogeniza los discursos, para develar las posiciones discursivas tanto de hombres como de mujeres.

Así, podemos observar cómo la epistemología feminista opera en distintos niveles. Si bien esta mirada destaca principalmente la consideración de las mujeres como sujetas de estudio, nos parece adecuado plantear que el alcance epistemológico es mayor, en el sentido que traspasa la idea del mismo sujeto de estudio instalándose en otros elementos presentes en la construcción de conocimiento. Por ejemplo, si bien la problemática de la eutanasia no establece a las mujeres como sujetas de estudio, sino más bien a las personas en general, mientras que la problemática del aborto si considera centralmente a las mujeres, no nos parece un impedimento aquello para abordar con una epistemología feminista ambas materias, ya que consideramos que dicha epistemología trasciende el sujeto de estudio y opera a lo largo de toda la investigación.

3er nivel. Aplicando **perspectiva de género en el análisis de los discursos de los/as profesionales:**

De este modo, al momento de revisar la información y de realizar los análisis, estamos trabajando bajo algunas premisas en torno a las construcciones de género. En este contexto elementos tales como: la construcción de una masculinidad y feminidad hegemónica; la autonomía sobre los cuerpos; los cuidados; la ética del cuidado y la ética de la justicia, se encuentran presente a lo largo de esta investigación.

Asimismo, consideramos que para dar un abordaje de género a esta investigación, resulta central establecer a lo menos tres elementos sobre los cuales debemos poner atención: por una parte el carácter simbólico del género, es decir, acudir al cuestionamiento respecto sobre ¿cómo los/as actores/as sociales consultados/as (profesionales de la salud) construyen ideas e imaginarios en torno a la construcción de género; por otra parte la división social del trabajo, es decir ¿cómo en estos actores se está dando dicha división?, ¿existe por ejemplo distinciones en torno a la experiencia y la práctica del cuidado?, entre otros; y por último qué identidades y construcción de subjetividades de género se están construyendo en este marco.

En este sentido “una teorización adecuada del género nos llevaría siempre a plantearnos cuestiones sobre las interacciones entre simbolismo de género, el modo concreto de división social del trabajo o la actividad según el género y lo que constituye las identidades y deseos generizados en una cultura particular” (Harding, 1996: 50). Por dicho motivo, plantearnos desde una epistemología feminista de trasfondo nos remite a un desafío constante por mantener una mirada que revele las desigualdades sociales.

### **3.1.1. Cultura/ naturaleza, Razón/ emoción, Razón/ cuerpo**

En el marco de una epistemología feminista, consideramos importante partir cuestionando la construcción occidental de género y, en este marco, los binomios sobre cultura/naturaleza, y razón/ emoción, que se encuentran íntimamente conectados y que muchas veces son los fundantes de una ciencia hegemónica, ciega a la diversidad social, a las experiencias y a las emociones.

Desde los discursos del personal sanitario, desde la visión de la medicina, podemos evidenciar un posicionamiento que se construye a partir de bases científicas. Un tipo de conocimiento que sobrepone una construcción cultural frente a una construcción natural.

Sobre dicha base, en la presente investigación, muchas veces se conecta lo natural como aquello dado, que se encuentra debajo de lo cultural, lo creado por el hombre. De este modo, por ejemplo, el aborto o la eutanasia, vienen a constituir problemáticas anti natura, que van en contra de “lo natural” y que responden a una razón sustentada en la ciencia, a un acto desde la técnica científica.

Asimismo, esta visión se encuentra conectada a los mandamientos “naturales”<sup>9</sup> de la feminidad, sobre el “deber de ser madre”, el destino de las mujeres, produciendo cuestionamientos sobre el aborto. Mientras que, para el caso de la eutanasia, existen voces que la cuestionan por ir en contra de la naturaleza, por ir en contra del devenir natural de la vida y de la muerte.

Siguiendo esta línea vemos cómo, por ejemplo, en el caso del aborto, las mujeres quedan replegadas al ámbito de lo natural, por el destino biológico que mencionábamos anteriormente. Es decir, ellas, por medio de la razón no deberían tomar la decisión autónoma de abortar, porque la gestación y la crianza son sus principales roles en la sociedad según una mirada esencialista de lo femenino.

Por otra parte, para el caso de los varones, conectados a la eutanasia, se enarbola una autonomía vinculada a lo racional y a lo individual, es decir, se les comprende en la medida que se reconoce que la masculinidad hegemónica a la que han respondido en sus vidas, se ve mermada a causa de una enfermedad y del sufrimiento. Esta concepción si bien es cultural, se naturaliza en la medida que se apela a una esencia de lo masculino hegemónico.

Respecto de la construcción Occidental del género, según Oyěwùmí “la lógica cultural de las categorías sociales de Occidente está basada en una ideología del determinismo biológico: la idea de que la biología provee la base para la organización del mundo social. Así, en realidad, esta lógica cultural es una “bio-lógica”. La categoría social “mujer” se basa en el tipo de cuerpo y está

---

<sup>9</sup> Lo ponemos entre comillas en la medida que dichos mandatos son más bien culturales, pero justamente en base a una esencialización de lo femenino se conciben como naturales y dados.

elaborada en relación y oposición con otra categoría: hombre; en ese sentido, la presencia o ausencia de ciertos órganos determina la posición social.” (2007: 15- 16). De este modo, la autora, desde la experiencia de realizar un estudio sobre la comunidad africana de Yorùbá, cuestiona la aparente construcción social del género en Occidente, en la medida que reconoce un sustento biológico de la misma que se establece en la función de cuerpos biológicos diferenciados binomialmente.

Teniendo como antecedente la crítica que se le hace a la construcción social del género en Occidente, considerando que tiene una fuerte impronta biológica que establece dicotomías claras, que luego son jerarquizadas, nos parece interesante destacar sobre cómo dichas dicotomías también establecen las bases para otros binomios que nuevamente se presentan jerarquizados, acerca de la cultura y la naturaleza, así como de la razón y la emoción.

Para Moore “la cultura trata de controlar y dominar la naturaleza para que se pliegue a sus designios. La cultura es, por tanto, superior al mundo natural y pretende delimitar o “socializar” la naturaleza, con objeto de regular y supervisar las relaciones entre sociedad y las fuerzas y condiciones del medio ambiente” (2007: 28). Pues bien, como hemos notado, en el marco de la construcción Occidental, es el hombre quien domina la naturaleza, por ende existe una dicotomía entre lo cultural y lo natural –representado por lo femenino- donde la primera está por sobre la segunda.

De esta manera, simbólicamente tendemos a asociar a la cultura con el hombre, con lo dominante, mientras que a la naturaleza la asociamos con la mujer, lo pasivo. En este sentido, la cultura Occidental es la que domina y controla la naturaleza lo que se traslada a la dominación masculina por sobre la femenina.

Al respecto Ortner (1974) destaca dos argumentos para comprender por qué la mujer se asocia con la naturaleza y al hombre con la cultura: el primer argumento tiene que ver con que la mujer tiene la propiedad de crear desde su propio interior un nuevo ser, mientras que el hombre puede crear artificialmente (aunque a lo largo de la historia hemos visto que las mujeres también tienen la capacidad de crear artificialmente); el segundo argumento tiene que ver con que la mujer se la ha asociado al espacio doméstico, es decir, al rol de procrear, cuidar a la prole y mantener su hogar, mientras que al hombre se lo ha asociado con lo público, lo cual es más amplio y de alguna manera engloba lo doméstico.

En el marco del proceso de trabajo de campo de esta investigación, donde nos relacionamos con profesionales de la salud de distintas instituciones y de distintas unidades, ocurrió muchas veces que, durante la conversación sobre la muerte o sobre experiencias relacionadas con aborto y/o eutanasia, las lágrimas comenzaban a emerger entre los/as entrevistados/as en la medida que intentaban combinar discurso y emoción por revivir experiencias complejas.

Dicha emocionalidad embargó todo el sitio de la entrevista, también me vi empatizando con esas experiencias, al punto de llorar, en la medida que tomaba las manos de mi entrevistada/o. En este marco de construcción de conocimiento pareciera evidente que la emocionalidad ocupa un lugar fundamental en la experiencia investigativa.

Por este motivo, tanto razón como emoción se desarrollan en un sistema dinámico que les permite, en conjunción la generación y producción de conocimiento. En este sentido, nos parece importante validar la emoción como parte del proceso científico y, si nos posicionamos desde una propuesta fenomenológica feminista, podemos establecer que el/la científico/a es un ser apasionado/a, que tiene como motor del conocimiento y de las relaciones lógicas a la emoción.

En este marco, los hombres al estar asociados a la cultura, también los hemos relacionado con lo racional y con el conocimiento científico tradicional Occidental. En este sentido, y de manera paralela, las mujeres vinculadas a la naturaleza, vienen a representar lo irracional, vinculado a lo emocional. “Por una parte los estereotipos de género suponen que la motivación por sentimientos y emociones conscientes corresponde exclusivamente a las mujeres, mientras que los hombres estarían motivados por el cálculo instrumental u otras consideraciones “racionales”” (Harding, 1996:76).

En esta dirección nos parece relevante señalar que la vivencia de “emocionarse” en el marco de las entrevistas comentadas, estuvo más presente en entrevistadas mujeres que en entrevistados varones. Ellas, por medio del diálogo relataban experiencias y las revivían emocionalmente, lo que les permitía conectarse con emociones y sensaciones diversas. Sin embargo, en las entrevistas, ellos mantenían una posición más rígida, entregando explicaciones lógicas y argumentos fundamentados.



No quisiera hacer un análisis profundo de estos elementos, ni arribar a conclusiones tajantes, pero sí me parece necesario constatar que, en el marco del trabajo de campo, pudimos visualizar una dicotomía en torno a la emoción y a la razón, donde las mujeres se percibían más conectadas a las primeras, en tanto que los hombres se veían con una postura que expresaba en menor medida las emociones.

Esta división dicotómica entre razón y emoción, se nos presenta de manera opuesta y jerarquizadamente en Occidente, donde la razón viene a cobrar un rol fundamental y fundante en el desarrollo de las sociedades modernas. De esta manera, la “Razón” (con mayúscula) es el sentido que se busca y se imprime en nuestras sociedades, en la medida que se reconoce al hombre como un ser racional capaz de darle impulso al sentido de la historia.

Asimismo, es interesante notar que, tanto aborto como eutanasia son problemáticas que remiten fundamentalmente al cuerpo. Sin embargo, en las entrevistas, en términos generales, no se hablaba del cuerpo, no se lo hacía presente, siendo develado sólo al momento en que les preguntaba por éste.

Para Oyěwùmí, en relación a la dicotomía mente/cuerpo, destaca que “la historia de las sociedades occidentales había sido presentada como un expediente de pensamiento racional en el cual las ideas se enmarcaban como agentes de la historia. Si los cuerpos terminaban por aparecer, se les representaba como el lado inmoral de la naturaleza humana. El enfoque predilecto había estado en la mente, elevándose noblemente sobre la flaqueza de la carne. La oposición binaria entre cuerpo y mente emergió de manera muy temprana en el discurso occidental. El tan cacareado dualismo cartesiano fue únicamente la confirmación de una tradición en la cual el cuerpo fue visto como una trampa de la que cualquier persona racional tenía que escapar” (2007: 40).

Por otra parte, Le Breton cuestiona la dualidad mente (razón) y emocionalidad señalando que “el pensamiento y el sentimiento se implican mutuamente, un hombre (*mujer*)<sup>10</sup> que piensa es un hombre (*mujer*) afectado y viceversa (...) la oposición razón/emoción es la negación de que ambas están dentro de una lógica personal, de valores y de afectividad. Ambas están interrelacionadas y se definen en forma complementarias” (en Fernández, 2010: 86).

---

<sup>10</sup> Las cursivas son mías.

Harding (1996) también rescata la emoción como elemento fundamental en la creación científica y en la vida social señalando que muchas de las veces se ha generado una invisibilización de ésta en la medida que se establece la racionalidad weberiana como fundamental en la vida de los sujetos, “en ningún caso se considera significativa la conciencia del sentimiento ni de la emoción entre las razones o causas de las acciones y creencias de las personas, ni como elemento de la estructura social y, sin embargo, esa conciencia de los sentimientos parece un elemento evidente e importante de nuestras propias creencias y conductas y de las de los demás” (Harding: 1996,76).

Así, cuando nos planteamos estudiar el aborto y la eutanasia en el marco de los discursos de los/as profesionales sanitarios, estamos acudiendo a elementos emocionales de dichos/as actores/as, a sus trayectorias de vida y experiencias, las que si bien les priten generar una trama argumentativa, ésta no se encuentra escindida de elementos emocionales.

### **3.1.2. Objetivismo y subjetivismo, conectados a la emoción y al conocimiento situado**

Cuando comenzamos la investigación, una de las cuestiones que nos preguntamos fue sobre cómo desarrollar un análisis que permitiera emerger las distintas posiciones estudiadas con algún grado de objetividad. En esa dirección nos preguntábamos sobre qué es lo que reconocíamos como objetividad, ¿existía una sola objetividad? Asimismo, reconociendo mi posicionamiento político frente a las materias, mi trayectoria de vida y la construcción de mi postura, ¿era posible para mí alcanzar dicha objetividad? Nos parece que la epistemología feminista nos ha ayudado bastante para responder a estas interrogantes.

Para Fox Keller, el objetivismo que buscamos en las ciencias, ha implicado una neutralidad emocional, como una característica central para lograr su propósito. Ahora bien, esta objetividad, lleva al control y a la dominación, es la objetividad hegemónica y una sola, con mayúscula, frente a lo cual Fox Keller propone “que la respuesta se enraíza en el hecho de que las pretensiones cognitivas de la ciencia en sí misma no tienen origen objetivo sino que, de hecho, se desarrollan a partir de una subestructura emocional” (1991: 104).

De esta manera, si bien no podemos desechar la pretensión de objetividad de la ciencia, podemos establecer que en la subestructura del conocimiento científico, el sujeto científico/a experimenta un proceso emocional que permite ser “el motor” del proceso cognitivo. Para Fox Keller “el

científico no es el observador puramente desapasionado que él idealiza, sino un ser sintiente para quien la ambición misma de la objetividad lleva consigo una profusión de significados subjetivos: su mundo de objetos nunca deja de reflejar el “mundo objeto” (es decir el sujeto) que una vez fue” (1991: 104).

En este contexto reconocemos el aporte de Haraway (1995) quien frente al relativismo postmodernista, no desecha la pretensión de objetividad. La objetividad según Haraway se lograría a través de “conocimientos situados”, que conlleva a la búsqueda de un conocimiento parcial pero honesto. Es decir, se desecha la posibilidad de un conocimiento totalitario y abarcativo para lograr un conocimiento más específico y encarnado de acuerdo al contexto en el cual se localiza. En palabras de la autora “la objetividad feminista trata de la localización limitada y el conocimiento situado, no de la trascendencia y el desdoblamiento del sujeto y el objeto” (Haraway: 1995, 327).

Asimismo, de manera complementaria a la perspectiva de los conocimientos situados, podemos plantear el concepto de “objetivismo fuerte”, acuñado por Harding que requiere “que el sujeto del conocimiento sea colocado en el mismo plano crítico, causal de los objetos de conocimiento” (1993: 69).

En esta línea Cruz, retomando a Harding, destaca “que constituye la preocupación políticamente comprometida de ciertas epistemólogas feministas que buscan una noción de “objetividad fuerte” capaz de visibilizar nuestros supuestos ontológicos más básicos - tales como el androcentrismo- y la asociación entre determinadas formaciones sociohistóricas y el desarrollo científico, junto con aliarse a proyectos políticos democratizadores que han empujado movimientos sociales como el feminismo, el ecologismo o el postcolonialismo”. (Cruz et al. 2012: 258). En esta línea, el objetivismo fuerte lo podemos comprender como la búsqueda incesante de transformación social en pos de la búsqueda de la justicia y la democracia, en la medida que existe un develamiento de nuestros presupuestos ontológicos.

### 3.1.3. Ética del cuidado y ética de la justicia como vectores de la construcción de conocimiento

Al plantearnos esta investigación, comenzamos por preguntarnos sobre qué sustento de género se encontraba como trasfondo de las posiciones y los discursos del personal sanitario sobre el aborto y la eutanasia. Fue así como terminamos considerando que la investigación se nutre tanto de la ética de la justicia como de la ética del cuidado, en la medida que concibe la existencia de una construcción del conocimiento dicotomizada que mantienen su origen en la masculinidad y feminidad hegemónica.

Asimismo, consideramos que esta materia es la puerta de entrada que nos llevó a plantearnos cuestiones acerca del cuidado en el ámbito sanitario y la construcción de autonomías en dicho contexto.

Cabe destacar que Kohen (2005) plantea la importancia de reconocer ambas éticas en conjunto en la construcción de la ciudadanía<sup>11</sup>, es decir, tanto la ética de la justicia como la del cuidado son relevantes en la construcción política. Y por lo mismo, en el marco de esta investigación, nos interesó comprender dicha dicotomía, para posteriormente integrar sus partes en una visión que unificara ambas éticas, como superación de una visión dual, donde, en el marco de la relación sanitaria, ambos elementos cobran relevancia.

Tanto Harding (1996) como Gilligan (1985), parten de la teoría psicoanalítica para comprender la construcción de la identidad femenina y masculina de manera contrapuesta, en el contexto de la producción de la vida en condiciones sexistas y heteronormativas de nuestras sociedades, lo cual tiene consecuencias para la construcción del conocimiento y para el establecimiento de distintas éticas respectivamente.

En este sentido plantean que al momento de nacer, el/la sujeto/a, niño o niña, se encuentra unido/a con su madre, a quien la tienen como referente. Ahora bien, se produce un proceso de separación, en el cual el niño se reconoce como diferente de su madre, para Harding (1996), se

---

<sup>11</sup> Si bien podemos criticar el concepto de ciudadanía por una visión hegemónica que determina los límites de aquella, siguiendo a la autora, nos parece importante adoptar esta concepción en la medida que dota de politicidad a la ética del cuidado.

produce un proceso de autonomía, mientras que para Gilligan (1985) se produce un reconocimiento de un otro generalizado.

El primer caso relacionado con la autonomía, tiene que ver con la aspiración de objetividad y la construcción de la dominación para Harding, mientras que para Gilligan (1985) el reconocimiento del otro generalizado implica el establecimiento de la ética de la justicia en el sentido de comprender las reglas y leyes de manera generalizada y “justa” en la medida que es aplicable para todos/as por igual.

El caso de la niña es distinto, dado que ésta se reconoce como igual a su madre, por lo que no se desarrolla necesaria ni abruptamente un proceso de autonomización desarrollándose un reconocimiento del otro/a concreto/a. Lo anterior implica que la niña no se ubica en un posicionamiento de poder ni dominación respecto del conocimiento, mientras que la ética que se gesta es una ética del cuidado que conlleva al reconocimiento del otro/a en su particularidad, sus necesidades y por ende al cuidado de éste.

De esta manera, para Harding (1996) y Gilligan (1985) existen diferencias fundantes entre hombres y mujeres las cuales quedan establecidas en la primera infancia, dadas las condiciones sexistas de nuestras existencia. Para Gilligan (1985), estas diferencias serán relevantes en la medida que se reconoce la construcción de dos éticas distintas, la ética de la justicia y la ética del cuidado, visibilizando esta última que anteriormente no había sido considerada por los/as psicólogos/as del desarrollo.

Cabe señalar que para Gilligan (1985), si bien la construcción de estas éticas se puede reconocer de manera binomial, plantea que ambas son fundamentales y se encuentran interconectadas generando un todo, es decir, resulta necesario superar dicha dicotomía.

Consideramos que existe una cercanía sustancial entre las distintas éticas planteadas por Gilligan (1985) y por la epistemología de Harding (1996), en la medida que la configuración distinta en las sociedades sexistas de hombres y de mujeres respecto de la ética de la existencia nos viene a plantear posibilidades diferentes en el acercamiento al conocimiento. De este modo, es claro, que a través de los procesos de autonomización, y los procesos de construcción de otro generalizado se tenga como valor fundamental la objetividad, pero una objetividad generalizante y abstracta.

Ahora bien, rescatamos en este punto la postura de Haraway (1995), quien abre, a nuestro parecer, puentes de relación entre la pretensión de objetividad de la ciencia masculina y dominante y la construcción femenina del conocimiento, en la medida que sitúa el conocimiento en contextos y situaciones en los cuales es posible el reconocimiento de otro/a.

### **3.2. Aplicación del modelo Biopsicosocial (MBPS)**

Hemos elaborado esta investigación en base a una perspectiva biopsicosocial concibiendo la construcción, no sólo desde lo biológico, sino considerando lo psicológico y a lo social, en términos relacionales, contemplando sus conexiones y sus conflictos. Así, consideramos que existen puntos de encuentro y de desencuentro entre lo biológico, lo social y lo psicológico, lo que se expresa en el proceso de análisis y en las teorías a las cuales acudimos para su comprensión.

En este sentido, dicho modelo (MBPS), nos permitió la producción de una mirada epistemológica de trasfondo para comprender los discursos del personal sanitario. Sin embargo quisiéramos destacar que, por la naturaleza de las problemáticas estudiadas, así como por el enfoque sociológico y la pregunta de nuestra investigación, se encuentran mayormente desarrolladas visiones que apelan a lo psicosocial. Si bien en algunos acápites hacemos referencia a lo bio, ésta mirada no se torna central en el marco de la presente investigación.

Pese a lo anterior, consideramos necesario desarrollar este modelo (MBPS) en este apartado, ya que nos da luces sobre los acentos que pusimos a lo largo del análisis en particular y en la tesis en general.

El MBPS emerge en el panorama científico alrededor de las décadas del 70 y 80, en la medida que se construye como una respuesta al modelo biomédico dominante. Según Engel (1980) el modelo biomédico desarrollaba un enfoque factorial analítico en el mundo de la medicina. De este modo dicho modelo se centraba en la persona como un ser orgánico (el cuerpo natural) donde lo relevante era la sintomatología para el tratamiento de las patologías.

De este modo, “a finales de los años 70 y comienzos de los 80, Engel G. realizó una crítica al modelo biomédico, proponiendo uno más holístico, integral, que integrase los ámbitos bio-psico-social. Engel G. era consciente de que el modelo predominante de su época fue el biomédico, el cual desglosaba la enfermedad a parámetros somáticos. Pero esto es un error, sostiene el autor,

pues no es posible definir la enfermedad en términos estrictamente somáticos, físicos, sin reparar en las cuestiones psico-sociales que se desprenden de la propia actividad médica” (Pozón, 2015: 511). En este sentido el MBPS considera una mirada más amplia en término de investigaciones científicas y en la relación entre profesional sanitario/a y usuario/a debido a que considera elementos psicosociales además de los orgánicos o sintomatológicos.

Así, Pozón (2015), realizando una lectura de lo establecido por Engel, destaca que tanto la psiquiatría como la medicina en general se encuentran en un período de crisis producto de su adherencia a un modelo reduccionista. En este sentido el modelo biomédico, según los autores, no es adecuado tanto para la investigación científica ni para las responsabilidades sociales de la propia medicina.

Según Tizon, haciendo una lectura del MBPS destaca que “Para Borrell et al (2004), el modelo biopsicosocial (MBPS) implica tanto una «filosofía de la atención clínica» como una guía práctica para ésta. Ochenta años antes el psicoanálisis había intentado la misma combinación, aunque con una perspectiva tan sólo psicológica. Por eso, en el ámbito teórico, el MBPS supuso una vía más globalizadora para intentar entender cómo el sufrimiento y la enfermedad están influidos por múltiples niveles de la organización humana, que van desde el molecular hasta el social. En el ámbito pragmático, el MBPS intentaba proporcionar vías para entender la «experiencia de enfermar» del paciente, considerándola una parte fundamental” (2007:93).

Ahora bien, ¿qué es considerado como MBPS y qué implicancias teóricas y prácticas conlleva la aplicación del mismo? Según Engel (1980) el MBPS, basado en un enfoque de sistemas, constituye un enfoque científico que considera dimensiones faltantes en el modelo biomédico. En este contexto el autor reconoce que el MBPS considera al paciente con sus atributos de manera integral concibiéndolo/a como persona.

En este marco, en la tarea de recabar antecedentes, en el campo clínico, la actuación del/la médico/a debe considerarse en el marco de una relación humana, teniendo en cuenta elementos tales como el comportamiento y las formas psicológicas, es decir qué se informa de sí y de su vida y cómo se comporta la persona. De este modo, una crítica al modelo biomédico la podemos instalar en la incapacidad de considerar elementos psicosociales debido a que sólo reduce la relación y la información a la mente- cuerpo.

Engel (1980) plantea que el MBPS acude a la teoría general de sistemas en la medida que reconoce la existencia, en el mundo social y de la naturaleza, un orden jerarquizado en función de la constitución de unidades desde menos a más complejas y más grandes.

Según Pozon, la teoría general de sistemas “se trata de un enfoque que consiste en la observación a través del sentido común, gracias al cual apreciamos que la naturaleza está ordenada de manera continua y de forma jerárquica yendo de unidades grandes hasta las más pequeñas. Existen dos tipos de jerarquías: el individuo aislado (persona), que es el más alto nivel de la jerarquía orgánica, aunque también es el más bajo de la jerarquía social. Cada nivel es el reflejo de distintas propiedades y características: células, órganos, persona, familia... Estas indican distintos niveles de complejidad y de relaciones. Cada nivel requiere de un particular criterio de estudio. Cada uno de ellos está influenciado por la configuración del sistema del cual es parte. La continuidad en los distintos niveles viene a significar que cada sistema es al mismo tiempo un componente de otro sistema superior” (2015: 512- 513).

De este modo, cada nivel de jerarquía corresponde a una forma de organización, de manera dinámica. Asimismo, cada sistema contempla cualidades y relaciones distintivas para ese nivel de organización, y cada uno considera criterios para el estudio y explicación única para ese nivel. Así, Engel (1980) está particularizando la jerarquía de sistemas, en la medida que reconoce las características propias de cada sistema de organización. En este contexto, la relación médico/a-paciente, relación entre dos personas, tendrá características particulares que no son semejantes, por ejemplo, al considerar el análisis de una célula.

Para la aplicación del MBPS en nuestra tesis, hemos considerado los elementos que se plantean para la producción del conocimiento, aunque no hemos considerado del todo la mirada sistémica del enfoque, debido a que nos interesó conocer las relaciones conflictivas que podían existir entre los componentes del MBPS y no sólo las complementarias, como sería el caso de adoptar una mirada exclusivamente sistémica.

Asimismo, nos hemos planteado dos temas de interés, aborto y eutanasia, conectados por los dilemas en torno a la vida y la muerte al mismo tiempo de intentar reconocer sobre qué dicen, cuáles son las significaciones que realiza el personal sanitario en torno a estas temáticas. En este contexto consideramos que una posible entrada a los temas era a través de una mirada exclusivamente biomédica, es decir, considerando el abordaje desde una perspectiva que



medicalizara los eventos –aborto y eutanasia- al mismo tiempo de mantener una óptica desde la salud pública.

Claramente ésta no ha sido nuestra decisión en torno al abordaje, en la medida que consideramos que la problemática es multidimensional, en este sentido, tanto aborto como eutanasia, en el discurso del personal sanitario, se pueden abordar tanto de perspectivas médicas, como psicológicas, sociológicas, bioéticas, de género y políticas.

En este sentido, en un nivel más amplio en torno a la construcción del conocimiento en el marco de esta investigación consideramos una mirada multidimensional. Asimismo, en un plano más específico, en el marco de la relación investigadora y entrevistado/a, también hemos hecho un abordaje diferente, en la medida que nuestro cuestionario y nuestra forma de abordaje de la entrevista han considerado una diversidad de elementos que incluyen también, por ejemplo, temas biográficos y de trayectoria de vida.

Sin embargo, es necesario de dar cuenta sobre algunas críticas que se le hacen en la actualidad al MBPS para tenerlas en cuenta en el marco de esta investigación. Al respecto Tizon (2007), a 28 años de la aparición del modelo, plantea que en la actualidad es necesario replantearlo con una cierta radicalidad. Las críticas al MBPS de Engel (1980), que establece Tizón (2007), basado en Borrel, Suchman y Epstein (2004), plantean lo siguiente:

“1. El MBPS no está siendo aplicado en el ámbito científico y técnico, salvo en ámbitos minoritarios, al menos en los países tecnológicamente desarrollados del globo.

2. Sin embargo, hay meritorios grupos y organizaciones que intentan desarrollarlo en el ámbito clínico y asistencial, es decir, en la práctica.

3. Sus principios continúan vigentes, aunque deben ser matizados y actualizados desde la cuádruple perspectiva de toda disciplina científica o tecnológica: teórica, técnica, epistemológica y práctica o pragmática.

4. Dicho modelo tiene hoy día una limitada aplicación en la investigación científica, salvo en el ámbito de la atención primaria.

5. Llama especialmente la atención su falta de aplicación teórica y técnica en el campo de las disciplinas de la salud mental.

6. Sus presupuestos filosóficos (epistemológicos) se han resentido especialmente con el paso del tiempo” (Tizon, 2007: 93)

Relacionado con el ámbito teórico, Tizón (2007) plantea una crítica al modelo en el sentido de que éste no implica un cambio de paradigma, sino más bien viene a generar postulados que son posibles de aplicar en el ámbito relacional del/la médico/a- paciente. También el autor señala que el modelo, en nuestros días, no ha implicado un cambio sustancial a nivel de lo filosófico y epistemológico, lo que produce la necesidad de actualizar sus fundamentos.

Por otro lado, Tizón (2007) destaca que en la actualidad sigue existiendo, e incluso aumenta, una visión reduccionista de la mirada biomédica, lo que denota la imposibilidad de acción del MPBS. Estas críticas también nos plantean la existencia de un reduccionismo materialista -criticado por Engel – que se ve reflejado en la búsqueda del gen que supera la enfermedad. También creemos necesario destacar que Engel, según Tizón, proponía un modelo de causalidad circular, el cual, según este segundo autor, estaría cuestionado por modelos relacionales.

También podemos destacar algunas de las críticas planteadas por Pozon (2015), quien plantea que en MPBS constituye una teoría muy general pero no un modelo, destacando que Engel se basa en la teoría general de sistemas pero no explica su funcionalidad. Asimismo el autor destaca que no queda claro sobre cómo utilizar el modelo sino más bien éste deviene en una declaración sobre la humanización de la medicina.

Pozon destaca algunos errores conceptuales a los que arriba Engel (1980), “por ejemplo de no diferenciar entre “illness” y “disease”. “Disease” es externamente verificable mediante la evidencia empírica, es decir, con pruebas objetivas sobre el estado patológico; mientras que “illness” alude a la percepción del paciente. Engel G. se centra en “illness” y cree que esto es lo relevante en la etiología de la “disease”. Sin embargo, si lo que queremos es analizar los aspectos bio-psico-sociales, no podemos ceñirnos exclusivamente a la percepción del paciente sobre su propia situación, necesitamos también de datos objetivables y contrastables con los que poder elaborar hipótesis científicas” (2015: 514).

En este contexto nos parece de interés el debate suscitado en la medida que no podemos plantear un modelo o una mirada como únicos y abarcadores de toda la realidad. En este sentido, si bien adherimos a un MBPS, estamos conscientes de las dificultades en términos de aplicabilidad y fundamento que puede tener. Asimismo consideramos que las críticas generadas frente al modelo también responden al hecho de la generación de un panorama en tensión donde lo biomédico, estatuido hegemónicamente, tiende a resistirse y se configura también como un discurso de saber/ poder.

Finalmente, en términos específicos, consideramos que hemos aplicado el modelo en cuestión, en la medida que estamos reconociendo distintas miradas para responder a nuestra pregunta de investigación. Dichas miradas no son sólo desde el marco de la medicina, o de lo biológico propiamente tal. Incluso, podemos decir que lo que hemos buscado en este espacio es sociologizar la problemática del aborto y de la eutanasia en el marco de los discursos sanitarios, acudiendo también a otras disciplinas, tales como la antropología, la psicología, la filosofía, la bioética, entre otras. Así, hemos desarrollado una mirada integradora que, además de integrar, muestra los puntos de quiebre o de conflicto entre los planteamientos.

### **3.3. La construcción de subjetividad y su relación con el poder**

En un artículo de Aquino (2013), se desarrolla la cuestión de la subjetividad en el campo de las ciencias sociales, en particular desde la filosofía, la sociología, la antropología y los estudios culturales. En este contexto podemos ver que el tema remite principalmente sobre el modo de construir la subjetividad y cómo se da la relación entre sujeto y estructura, en términos de qué tan determinante es uno sobre el otro.

Al aplicar estas perspectivas al ámbito de los debates de la vida y la muerte en torno al aborto y a la eutanasia, podemos dar cuenta que existen contextos normativos, que los podríamos situar en el ámbito de la estructura, los cuales inciden en las subjetividades. En esta dirección comenzamos señalando que esta relación no es unidireccional, en el sentido que tanto estructura como sujetos se relacionan, se modifican constantemente, se cuestionan, produciendo así discursos que se pueden elaborar en distintos niveles.

En esta investigación es de vital relevancia la construcción del discurso. Considerando por una parte, la construcción del discurso social, a nivel de legislaciones, normativas institucionales, etc. y a partir de la construcción discursiva de los/as sujetos/as en cuestión: el personal sanitario. En este sentido dichas construcciones discursivas producen subjetividades.

Al preguntarnos sobre quiénes son los/as sujetos/as a los que remite el personal sanitario en torno al aborto y a la eutanasia, nos hemos dado cuenta que los imaginarios culturales y las identidades, son productores de dichas subjetividades, por ejemplo, la impronta de la “mujer madre-cuidadora”, el “hombre enfermo que desea poner cese a su vida”, entre otros. Asimismo, dicha construcción discursiva produce una construcción particular subjetiva del mismo personal sanitario.

Por estos motivos consideramos pertinente acudir a la mirada foucaultiana como trasfondo epistemológico para la construcción de dichas subjetividades, al mismo tiempo de reconocer que en dicho procesos se juegan relaciones de poder donde también existen actos de libertad.

Martuccelli (2005) destaca que Foucault concibe la producción de la subjetividad como producto del discurso en dos maneras: por una parte como productos del discurso y como posiciones subjetivas. En este contexto el sujeto es producido en y entre el discurso.

Asimismo, desde la mirada Foucaultiana, la subjetividad constituye una forma histórica, conectada a prácticas y a discursos producidos y establecidos en una sociedad determinada (Foucault, 1984a, 1984b). Asimismo, dicha subjetividad se construye en base a la experiencia que recae en el sujeto (1976).

Para Amigot “la experiencia se vincula con las prácticas históricas, discursivas y no discursivas, que le dotan de inteligibilidad produciéndola y regulándola mediante el ejercicio del saber/ poder” (2007: 20). En este sentido, las experiencias cotidianas, personales y profesionales del personal sanitario, así como el devenir histórico que las produce, generan que dicho personal se constituya subjetivamente. Es decir, la trayectoria vital de los/as profesionales de salud, sus vivencias y experiencias, aportan a la construcción de sus mismas subjetividades.

### **3.3.1. Biopoder: anatomopolítica y biopolítica**

Sin embargo, dichas experiencias y los modos como el sujeto se construye, tiene relación, en Occidente, en los últimos siglos, con lo que ha llamado Foucault como “biopoder”, que remite a “una gran tecnología de doble faz” (Foucault, 1976: 169). En el marco de la concepción del biopoder podemos distinguir dos elementos: por una parte la anatomopolítica del cuerpo y, por otra, la biopolítica de la población, que constituyen dos tecnologías de poder que si bien son distintas, mutuamente se complementan (Garcés, 2005).

Foucault (1976), a través de su concepto de anatomopolítica, establece una tecnología que modela los cuerpos desde las instituciones sociales, lo cual se conecta con el tema de las relaciones de poder en la existencia de una asimetría del mismo.

Según Garcés (2005) la anatomopolítica comienza a desarrollarse en el siglo XVII, en la medida que la teoría política va incorporando la problemática sobre la protección de la vida en el marco de una sociedad. Según la autora “lo que es importante desde el punto de vista de Foucault es que el poder empieza a ejercerse a través de procedimientos disciplinarios sobre el hombre (mujer)-cuerpo o, lo que es lo mismo, sobre el cuerpo-máquina” (Garcés, 2005: 89). En este contexto podemos pensar en una construcción de subjetividad modelada a través del disciplinamiento institucional en espacios tales como las escuelas, los llamados “manicomios”, las cárceles, etc.

De esta manera, podríamos pensar que las problemáticas de aborto y de eutanasia, se encuentra atravesadas de una doble manera en el marco de nuestra investigación, por la anatomopolítica: por una parte, son los cuerpos de hombres y de mujeres, en el marco del aborto y la eutanasia los que se subordinan a normativas y legislaciones instituidas en marcos institucionales, los que permiten o posibilitan la autodeterminación de los cuerpos; mientras que por otra parte podemos ver los cuerpos del personal sanitario, que generan discursos que se encuentran modelados por las instituciones a las que pertenecen.

En este sentido, siguiendo lo planteado por Aquino “Foucault transforma el proyecto colectivo y emancipatorio de la subjetivación en un proceso individualizante de sometimiento (assujettissement): el sujeto se convierte en un efecto del poder y en el resultado de un conjunto

de técnicas, ciencias y otros tipos de dispositivos que permiten la fabricación del “individuo disciplinario” (2013: 261).

Desde esta perspectiva la subjetividad es resultado de los mecanismos de normalización en el individuo, es decir, de la forma en que los dispositivos disciplinarios se articulan entre sí y producen un tipo de mentalidad congruente con las condiciones culturales existentes” (2013: 261). Siguiendo esta idea, podríamos decir, que desde este prisma la estructura modela a lo subjetivo, lo determina, pero como veremos más adelante, lo subjetivo también tiene respuesta y capacidad de agencia frente a dichos modelamientos.

También, en el marco de la lectura foucaultiana respecto al biopoder, podemos encontrar el concepto de “biopolítica” que, según Garcés “el objetivo ya no es sujetar y gestionar cada uno de los cuerpos sino administrar fenómenos que atraviesan al conjunto de la población: la natalidad, la morbilidad, las condiciones de vida, su duración, el nivel de salud y de higiene” (2005: 90). De este modo, esta técnica remite al control general de la población, generalmente en manos de aparatos estatales, por medios de estrategias que asumen las relaciones de poder conectadas a un todo global.

En el marco de la biopolítica, podemos ver las construcciones normativas y legislativas en torno al aborto y a la eutanasia, que generan un control sobre la natalidad y la morbilidad de las poblaciones, desde el aparato Estado.

### **3.3.2. Concebir el poder de una manera relacional**

Considerando los elementos anteriormente analizados, nos parece central entrar a explicar lo que se concibe por poder en el marco del pensamiento foucaultiano, con el objetivo de dar sentido y explicitar los contenidos ya revisados.

En este contexto, siguiendo a Foucault, en relación al poder éste señala que “no es una sustancia. Es una forma, y esta forma no es sobre todo ni siempre idéntica a sí misma. Usted no tiene consigo mismo el mismo tipo de relaciones cuando se constituye como sujeto político que va a votar o que toma la palabra en una asamblea, que cuando busca realizar su deseo en una relación sexual. Hay sin duda relaciones e interferencias entre estas diferentes formas del sujeto, pero no se está en presencia del mismo tipo de sujeto. En cada caso se juega, se establece consigo mismo

formas de relación diferentes. Y es precisamente la constitución histórica de estas diferentes formas del sujeto, en relación con los juegos de verdad, lo que me interesa” (Foucault, 1984a: 268). De este modo, las relaciones de poder, en todo ámbito y determinadas por el contexto social, producirán subjetividades específicas, atadas a dichas relaciones.

Así, podemos establecer la existencia de la noción de relaciones y prácticas intersubjetivamente estructuradas. Foucault (1970), en este contexto y asumiendo un escenario occidental plantea un engranaje entre saber y poder. Para Revel “el poder político está entramado con el saber: la manera en que da nacimiento a efectos de verdad e, inversamente, la manera en que los juegos de verdad hacen de una práctica o de un discurso una postura de poder” (2008: 67).

En este contexto podríamos establecer que los discursos que emanan desde el personal sanitario, son discursos de saber/poder –entre otros discursos de saber/poder-, en la medida que establecen una verdad social que recae en prácticas clínicas cotidianas y que al mismo tiempo constituyen subjetividades enmarcadas en el ámbito sanitario en torno al aborto y a la eutanasia.

#### **3.3.4. Las libertades en el pensamiento foucaultiano y la relación consigo mismo/a**

Hasta este momento de lectura, pareciera ser que el pensamiento foucaultiano resulta ser determinista en cuanto al modo de injerencia que tienen las relaciones de poder en la construcción subjetiva. En este sentido valdría la pena preguntarnos sobre cuál es la salida, es decir ¿existe en este marco de referencia una salida agencial del sujeto/a?

Para responder dicha pregunta, es importante tener en consideración que Foucault (1984a) destaca tres niveles, en el marco del análisis del poder. Por una parte las relaciones estratégicas, por otra las técnicas de gobierno (que pueden estar inmersas en distinto ámbito, es decir no es sólo el gobierno de lo político, sino también, por ejemplo, el gobierno en el hogar), y los estados de dominación.

Para explicar estos tres niveles, Foucault destaca que “me parece que hay que distinguir las relaciones de poder como juegos estratégicos entre libertades -juegos estratégicos que hacen que unos intenten determinar la conducta de otro, a quienes los otros responden intentando no dejar determinar su conducta o intentando determinar en retomo la conducta de otros- y los estados de dominación, que son lo de ordinariamente se llama el poder. Y, entre ambos, entre los juegos

de poder y los estados de dominación, están las tecnologías gubernamentales, dando a este término un sentido muy amplio -es tanto la manera como uno gobierna a su mujer, a sus hijos, como la manera que se gobierna a una institución. El análisis de estas técnicas es necesario porque muy a menudo es a través de este género de técnicas que se establecen y se mantienen los estados de dominación” (Foucault, 1984a: 278).

De este modo, en cuanto a las relaciones de poder, no las podemos concebir sin considerar las prácticas de libertad. Es decir, en la medida que existen relaciones de poder estratégicas donde existe la intención de determinar la conducta de un/a otro/a, existen también prácticas de libertades donde los/as sujetos/as se pueden mover tomando decisiones autónomas.

Para Foucault “así también hay que remarcar que no pueden haber relaciones de poder sino en la medida que los sujetos son libres. Si uno de los dos estuviese completamente a disposición del otro y se volviese cosa suya, un objeto sobre el cual él pudiese ejercer una violencia infinita e ilimitada, no habría relaciones de poder. Tiene que haber entonces, para que se ejerza una relación de poder, siempre de ambos lados al menos cierta forma de libertad” (Foucault, 1984a: 269).

Es en este marco donde podemos establecer que en la revisión de la mirada foucaultiana si existe una noción de agencia, es decir de una voluntad por parte de la construcción subjetiva que puede establecer prácticas de libertades en el marco de las relaciones de poder.

Pero, ¿qué es necesario para estas prácticas de libertad en el marco de la construcción subjetiva? Para Foucault, en este contexto resulta preponderante las formas que adopta la relación consigo mismo/a en la medida que el individuo se constituye y se reconoce como sujeto (Foucault, 1984b). En este sentido, para Amigot “son las prácticas de sí, que no tienen su origen en una supuesta idiosincrasia individual, sino que dependen de la economía de la verdad propia de cada periodo histórico. En el caso de su estudio, además, están limitadas a un contexto, el del desarrollo de Occidente” (2007: 20-21).

De este modo la cuestión del cuidado de sí cobra relevancia al momento de considerar el conocimiento de sí, entendidos ambos como experiencias y como técnicas que producen y transforman dicha experiencia (Aquino, 2013). “Por lo tanto, reconstruir la historia del “cuidado”



y de las “técnicas” de sí sería para Foucault una manera de hacer la historia de la subjetividad” (Aquino, 2013: 262).

Finalmente, nos preguntamos sobre cuáles son las prácticas de libertades en el marco de esta tesis. Es decir, si nos situamos en los discursos del personal sanitario, cómo son las técnicas y el cuidado de sí que permiten la libertad, considerando que existe una legislación establecida y un debate normativo vigente. Trataremos de indagar en esta cuestión en esta tesis, teniendo como trasfondo esta mirada epistemológica.

#### **4. Ejes conceptuales para la comprensión de los discursos sanitarios**

El objetivo de este capítulo es entregar algunos ejes conceptuales que permitirán comprender el desarrollo analítico posterior plasmado en los capítulos analíticos. Así, hemos realizado una construcción teórica en función de los elementos que consideramos clave para comprender los debates de la vida y la muerte en el marco del aborto y de la eutanasia.

Hemos elaborado los ejes en función del discurso del personal sanitario. Es decir, la construcción teórica que presentamos, no es aislada ni previa al análisis, sino más bien constituye un proceso paralelo que hemos elaborado de la mano del proceso analítico de la investigación. Aquí recogemos las herramientas conceptuales iniciales y las ajustamos en la medida que en el análisis emergían problemáticas que hacían necesario la revisión conceptual para poder interpretar y comprender los discursos sanitarios de forma más rigurosa. De este modo explicitamos las premisas conceptuales sobre las que se rige esta investigación.

En este sentido presentamos los apartados donde se profundiza en los conceptos que utilizamos en el análisis. Dichos conceptos se encuentran interconectados por nuestra pregunta de investigación que remite a: ¿Cuáles son los discursos sanitarios sobre aborto y eutanasia del personal sanitario de las unidades de obstetricia/ginecología, comité de ética y cuidados paliativos, de un hospital y clínicas (religiosas y no religiosas) chilenas, desde una perspectiva de género?

Asimismo, hemos intentado que cada apartado de este capítulo responda a una pregunta concreta que emerge desde el análisis. En este sentido, hemos elaborado el desarrollo de los ejes conceptuales en función de dichas preguntas, donde la amplitud y/o de precisión de los conceptos responden a éstas.

Este capítulo considera cuatro ejes transversales, que cruzan todas las temáticas propuestas. Primero, al ser esta una investigación con perspectiva de género, consideramos esta mirada como transversal a todos los otros ejes conceptuales que hemos desarrollado. Cabe destacar que no profundizamos en este eje –perspectiva de género- en este capítulo, en términos de desarrollarlo como un apartado en específico, sino más bien lo vamos integrando en los debates conceptuales

considerando además que, ya hemos profundizado en sus principales conceptos desde una mirada epistemológica.

Asimismo, en este capítulo, un primer apartado que se desarrolla y que es también transversal a los demás ejes conceptuales, guarda relación con los principios necesarios a considerar en el marco de las relaciones sanitarias. En este sentido, trabajamos con elementos ideales, tales como los principios bioéticos, la justicia, la comunicación asertiva, entre otros, que debiesen estar presentes en el marco de la praxis sanitaria, de aborto y eutanasia y también en un contexto más amplio.

El tercer eje que consideramos como transversal a los demás temas tiene que ver con la corporalidad, en la medida que vemos que los distintos conceptos desarrollados en este capítulo remiten de una forma u otra a este concepto. Dicho eje transversal lo desarrollamos al final de este capítulo.

Un cuarto eje transversal que consideramos es el de vida habitable (Butler, 2004), el cual se encuentra conectado a las concepciones de lo humano, la dignidad, la autonomía, la vulnerabilidad, el sufrimiento y los cuidados.

Para efectos del concepto de vida habitable no hemos desarrollado un apartado en particular. Si bien aportamos con su definición, caracterizamos dicho concepto –vida habitable- a través de los conceptos detallados anteriormente. Es decir, una vida es habitable en la medida que comprendemos la existencia de vulnerabilidad, el reconocimiento como humanos/as, la autonomía, la dignidad, el sufrimiento, la necesidad de cuidados, entre otros. En este sentido, la concepción de vida va más allá de concebirla sólo en su dimensión biológica, en la medida que la dotamos de significado para la existencia de las personas y para un buen vivir.

En relación a los ejes conceptuales que no son transversales pero si se encuentran conectados, y que sirven para comprender nuestra pregunta de investigación sobre los discursos sanitarios que debaten la vida y la muerte en Chile, referidos al aborto y a la eutanasia, podemos construir una trama relacional circular, que se explica en la figura de más adelante, donde se puede ver cómo están conectados.

El primero de estos, que remite a lo humano, se encuentra conectado con la dignidad y la autonomía así como con la vulnerabilidad y la dependencia. De este modo las problemáticas de aborto y de eutanasia, de acuerdo a los discursos del personal sanitario, se ven atravesadas por concepciones sobre lo humano, en el sentido de que mantiene un trasfondo que nos hace preguntarnos por lo característico de nuestra existencia.

También en este marco el concepto de dignidad cobra relevancia, principalmente por el cuestionamiento que se hace el personal sanitario sobre las posibilidades de mantener dicha dignidad en los procesos de vida y muerte. Por otra parte le hemos dado espacio a la reflexión sobre la autonomía que, dado los resultados de esta investigación, es uno de los elementos que se encuentran al centro del debate.

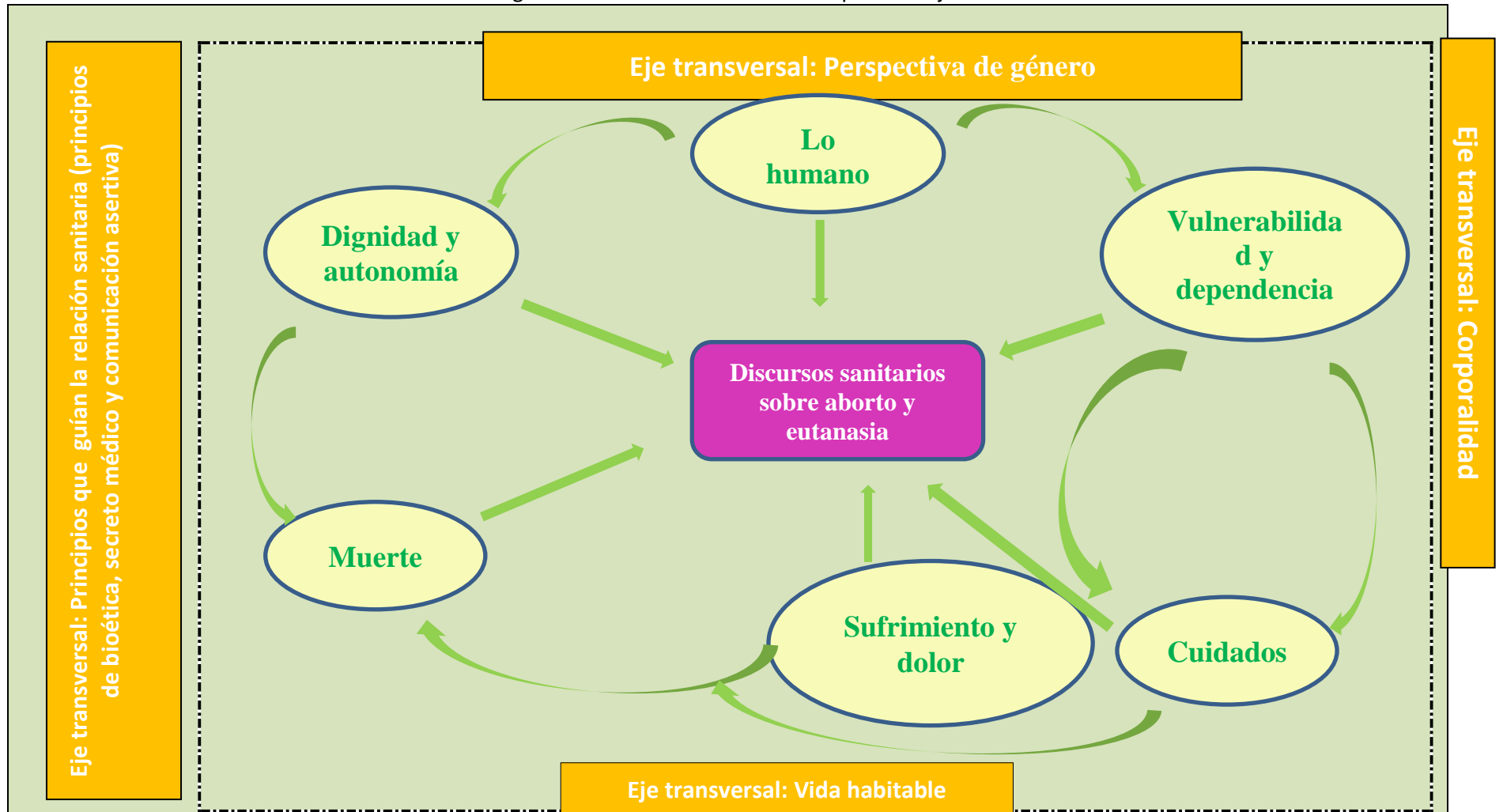
La vulnerabilidad y el cuidado también son importantes en estos debates, porque hacen emerger nuestra incapacidad de control y un sentimiento de pérdida frente a los sucesos de la vida. Dichas pérdidas también pueden estar vinculadas al aborto y a la eutanasia, en el sentido de configurar una experiencia que conjuga por una parte vulnerabilidad, pero al mismo tiempo el deseo de atravesarla por medio de la respuesta al deseo de detener una gestación o detener la propia vida.

Asimismo consideramos que el cuidado, como respuesta a la vulnerabilidad, constituye una de las labores humanas centrales. Dicha centralidad también se puede apreciar en el marco de lo sanitario donde las concepciones de cuidado se vuelven presentes en los debates de vida y muerte. También, la construcción subjetiva de la maternidad ha estado presente entre los debates de este capítulo, dando cuenta de su construcción hegemónica en nuestras sociedades patriarcales occidentales.

El sufrimiento y el dolor también forman parte del debate sobre el aborto y la eutanasia y de la vida y la muerte. Por esto nos pareció de relevancia comprender qué se entendía a nivel teórico por estos conceptos. Asimismo, es interesante indagar en éstos, en la medida que el personal sanitario frecuentemente hace referencia a dichas experiencias.

Un concepto que se encuentra conectado con el sufrimiento y el dolor, pero además con la dignidad y con la autonomía es la cuestión de la muerte. De esta manera indagamos en su concepción en la actualidad, ligada a los servicios de salud y a los fenómenos de aborto y de eutanasia.

Figura 5: Conexiones entre los conceptos trabajados



Fuente: Elaboración propia

Este capítulo se estructura en siete apartados. Comenzamos elaborando un apartado transversal (5.1) donde revisamos los principales principios que deberían estar presentes en el marco de la relación sanitaria con el objetivo de resguardar los derechos humanos de las personas. Posteriormente (5.2) damos cuenta de las materias acerca de lo que comprendemos como humano, centrándonos en los debates sobre el deseo, el reconocimiento y los marcos normativos; posteriormente (5.3) hacemos un recorrido por las concepciones de dignidad y de la autonomía, asimismo, nos hacemos la pregunta sobre si la autonomía es sólo una cuestión de reconocimiento o si es necesario ir más allá para su ejercicio.

En el apartado 5.4 revisamos elementos de la vulnerabilidad y de los cuidados, comprendiendo la dependencia y una mirada relacional de los cuidados y de los servicios. Junto con esto revisamos los deseos contrapuestos existentes en la maternidad; el siguiente punto (5.5) da cuenta sobre las concepciones acerca de la muerte, ligándolo al traslado de la muerte a las instituciones sanitarias, a la conexión existente entre muerte y sufrimiento, y al deseo o pulsión de muerte.

Asimismo, en el punto 5.6, revisamos elementos relacionados con el sufrimiento y el dolor. En el punto 5.7 trabajamos sobre las visiones contemporáneas del cuerpo, los dualismos que emergen en la construcción cartesiana, el género y el feminismo en la ruptura de esta mirada dual, y la conflictividad y orden del cuerpo.

#### **4.1. Principios a tener en consideración en las relaciones sanitarias**

¿Cuáles son los principios que deberían incidir para que la relación sanitaria se desarrolle de la mejor manera, permitiendo el ejercicio de los derechos humanos de las personas usuarias? Esta pregunta es transversal a este estudio, en la medida que plantea determinados elementos que son necesarios para comprender la praxis sanitaria, tales como: lo humano, la dignidad, la autonomía, la vulnerabilidad y los cuidados y el cuerpo, en el marco del aborto y la petición de adelantar la muerte. En este sentido planteamos este apartado como conector de los conceptos anteriormente mencionados, los que si bien se plantean aparte, se encuentran en interconexión en el debate de la vida y de la muerte en estos contextos.

Atendiendo a esta interrogante, nos parecen relevantes los elementos que destaca Briozzo (2007) que según éste resultan fundamentales para que la relación sanitaria se vuelva óptima. En este contexto el autor declara que es importante, en la interacción entre persona usuaria y personal

sanitario, (1) los principios de la bioética, así como una (2) comunicación asertiva y el (3) compromiso con el secreto profesional.

Tanto Roland y Kottow (2001), Gracia Guillén (1994) y Briozzo (2007), entre otros/as, reconocen que los principios de la bioética son principalmente cuatro: la no maleficencia, la beneficencia, la autonomía y la justicia. Dichos principios deben guiar el accionar del personal en el marco de una relación sanitaria.

De esta manera Roland y Kottow plantean que “la beneficencia presupone que todo acto médico tiene por finalidad hacer el bien y cuidar los intereses del paciente; la no-maleficencia señala que toda intervención debe evitar o reducir al mínimo los riesgos y daños para el afectado; la autonomía requiere que todos los participantes en el acto biomédico consientan informada y voluntariamente al proyecto terapéutico o de investigación a realizarse; según la justicia, todos los recursos, derechos y obligaciones deben ser equánimemente distribuidos y respetados para cada uno” (2001: 950).

Si bien Roland y Kottow (2001) realizan un desarrollo conceptual en torno a los principios mencionados, establecen una crítica a dicho modelo en tanto no responde, o no se adecúa al contexto de la salud pública.

Por su parte Gracia (1994) destaca que el principio rector de la ética médica es el de “no maleficencia”, que lo elabora de la siguiente manera: “nuestras obligaciones morales para con los sujetos dependen de la propia realidad biológica de esos sujetos. Es decir, según la realidad biológica del sujeto, tenemos unas obligaciones u otras (1994: 150).

En este marco, el autor destaca la situación del encarnizamiento terapéutico donde, el actuar del personal sanitario, no se condice con la realidad biológica de la persona usuaria, produciendo un accionar desmedido con el objetivo de mantenerlo/a con vida a toda costa.

Asimismo Gracia plantea la cuestión de la justicia donde, como principio ético, se la concibe como que “todos tenemos obligación de tratar a los demás con consideración y respeto en el orden de la vida civil, de las relaciones humanas, y que no podemos marginar, segregar, etc., no podemos tratar peor a unos que a otros, tratar mal a unos y a otros” (1994: 152).

Esta es una cuestión de relevancia al momento de pensar en aquellas mujeres que han llegado con abortos realizados en la clandestinidad, en la medida que deberían ser atendidas con todas las garantías necesarias para que se encuentren bien de salud. En este marco también pensamos en aquellas personas que se encuentran en fases terminales de sus enfermedades o bien, que por una determinada patología sufren de manera crónica y desean adelantar sus muertes. En dicho contexto el accionar médico y sanitario en general, debería actuar en la dirección de no segregar y atender a las necesidades especiales de dichas personas.

Sin embargo es necesario destacar que Gracia (1994) hace la distinción entre suicidio asistido y eutanasia, situando el último accionar como complejo y crítico para el personal sanitario en la medida que es otra moralidad quien lleva a cabo el acto de adelantar la muerte.

Si bien más adelante profundizamos en el concepto de autonomía pensamos que nos resulta de interés conocer la concepción de ésta, desde el ámbito de la bioética. Al respecto Gracia la conceptualiza señalando que “todos los seres humanos, mientras no se demuestre lo contrario, somos seres autónomos y tenemos en primer lugar que responder ante nuestra conciencia que es nuestro juez moral, nuestro tribunal moral, es el tribunal de la conciencia. Y esto hace que cada vez sea más claro que hay que respetar las decisiones de los pacientes. Por tanto, que no se pueden tomar decisiones morales sólo de acuerdo con el principio de justicia” (1994: 152).

Briozio, además de destacar los principios de la bioética en el marco de la relación sanitaria, también establece la importancia de la comunicación asertiva. Así, el autor señala que “la asertividad, como comunicación humana respetuosa de los valores y derechos de la otra persona, aplicada a la medicina, permite a los profesionales contribuir a la construcción de confianza con la comunidad. Confianza no ciega, sino basada en el reconocimiento mutuo de profesionales y comunidad desde donde provienen y a quienes se deben. La asertividad se aprende y enseñarla es una prioridad en la formación médica” (2007: 140).

Como veremos en el análisis, en el marco de las relaciones sanitarias, los/as profesionales y los/as usuarios/as experimentan diversas emociones que se ajustan a los momentos y situaciones vividas. Por dicho motivo resulta de relevancia pensar en la necesidad de construir habilidades para una comunicación asertiva que permita también la cercanía emocional con la persona y el logro de ponerse en el lugar del/la otro/a.



Un tercer elemento que destacaba Briozzio (2007) en el marco de la relación sanitaria es el secreto profesional, que para el autor “este expresa el compromiso individual y colectivo del cuerpo médico para con los usuarios-pacientes por sobre cualquier otra consideración, la contrapartida del secreto es el derecho a la confidencialidad del paciente y de la comunidad. El secreto nos posiciona en un lugar privilegiado para ayudar a los individuos y a las comunidades a tomar las resoluciones mejores en la gestión de su salud” (Briozzo, 2007: 140). De esta manera, el secreto profesional constituye un pilar fundamental en la relación sanitaria, lo que podemos ver reflejado en el contexto de las problemáticas de aborto, como abordaremos más adelante en el análisis, donde ha prevalecido el secreto ante la denuncia.

En este marco, consideramos que si bien es posible que existan otros elementos o pilares en la relación sanitaria, necesarios para el desarrollo de una relación humana, los destacados en este espacio nos parecen fundamentales a la hora de construir relaciones más simétricas y horizontales, con el propósito de hacerle frente al paternalismo sanitario. En esta dirección, los contextos abordados en este apartado, nos permiten comprender principalmente el capítulo sobre “Relaciones sanitarias en el marco del aborto y de la petición de adelantar la muerte: tensiones, emociones y construcción de subjetividades” aunque, como dijimos más atrás, están presentes de manera transversal a lo largo de todo este estudio.

#### **4.2. ¿Cómo comprendemos lo humano? Entre el reconocimiento del deseo y su negación**

Cuando planteamos las problemáticas de aborto y de eutanasia, también hacemos referencia a consideraciones que tienen que ver cómo se concibe lo humano. Así vemos, a la luz de estas temáticas, cómo se pone en juego lo humano, su reconocimiento, y los deseos que subyacen. En esta dirección, la pregunta que nos tratamos de responder en este apartado es ¿qué entendemos por “lo humano” y cómo se conecta deseo con reconocimiento en la superación de su negación?

Amplias y variadas son las visiones que tratan de elaborar el concepto de “lo humano” en la tradición filosófica, sociológica, antropológica, entre otras. Para efectos de esta tesis nos centraremos en la perspectiva de Butler (2004), que remite a conceptos vinculados a los derechos y al reconocimiento, que están en conexión con los discursos sanitarios. Desde esta mirada, consideramos lo humano como una concepción predeterminada, que se constituye como una

dimensión hegemónica en el marco de un contexto occidental y patriarcal. En este sentido existen límites entre lo más o lo menos humano.

Así, Butler (2004) nos plantea que desde lo occidental y, bajo el prisma estadounidense, se puede observar una concepción reduccionista de lo humano. Sin embargo, según la autora, lo humano, y pensando también su vinculación con los derechos humanos, debería valernos para la mirada global, es decir, sin entrar en especificidades que generan una homogenización sino ver las divergencias de realidades que sustentan esta construcción.

Valiéndose de la tradición hegeliana Butler (2004) establece la relevancia en torno al deseo y al reconocimiento en la construcción de lo humano. De este modo, nos plantea que el deseo siempre es causa del reconocimiento, es decir, deseamos que nos reconozcan en torno a la constitución de un ser viable. Ahora bien, los términos en los que se nos reconoce como humanos/as son sociales y variables, implicando que en ciertas ocasiones no se le otorgue dicho estatus a algunos/as, produciendo una distinción entre lo humano y lo menos o no humano.

En este punto nos preguntamos sobre qué sucede con aquellas mujeres a las que no se les otorga el reconocimiento de humanas en virtud de su deseo por no tener a un futuro/a bebé, o bien, qué sucede con aquellas personas que desean tener el reconocimiento de una muerte, en un momento determinado y no se les otorga dicha posibilidad.

Podríamos, en ambos casos, poner el cuestionamiento sobre sus deseos y sus reconocimientos en virtud de las situaciones por la que se encuentran atravesando. Asimismo, en este contexto, creemos pertinente preguntarnos acerca de los orígenes de dichos deseos, si bien reconocemos la existencia de una agencia deseante de reconocimiento, podemos plantear que también existe un contexto social y político que permea dichos deseos, de este modo, es importante recalcar la visión de los derechos, es decir, dichos derechos, que debiesen estar garantizados por los Estados Naciones, permean en los deseos, inhibiendo o posibilitando escenarios de mayor o menor libertad.

En este contexto Butler destaca que “el humano se concibe de forma diferente dependiendo de su raza y la visibilidad de dicha raza; su morfología y la medida en que se reconoce dicha morfología; su sexo y la verificación perceptiva de dicho sexo; su etnicidad y la categorización de dicha etnicidad. Algunos humanos son reconocidos como menos que humanos y dicha forma de

reconocimiento con enmiendas no conduce a una vida viable. A algunos humanos no se les reconoce en absoluto como humanos y esto conduce a otro orden de vida inviable” (Butler, 2004: 14-15). En este sentido podemos ver que la categoría de lo humano se encuentra condicionada por la desigualdad social que incide en su desigual reconocimiento.

Cabe destacar que la autora también plantea determinadas normas que posibilitan el reconocimiento de lo humano, las que son formas en las que el poder opera, emergiendo a través de la restricción o bien inhibiendo la articulación, aunque sin embargo existe un movimiento hacia adelante. En este marco Butler (2004) establece que “este doble movimiento se halla en la elocución, la imagen, la acción que articula la lucha con la norma. Los que consideran indescifrables, irreconocibles o imposibles hablan, no obstante, en términos de lo “humano” abriendo así el término a una historia que no se haya completamente restringida por los diferenciales de poder existentes” (2004: 30). En esta dirección Butler se vale de las producciones teóricas de Foucault, para conectar el poder, en términos relacionales, en el marco normativo de la lucha por lo humano.

Así, Butler (2004) destaca la existencia de otro/a que no puede ser ignorada, es decir, el ser humano, incluso previo a los procesos de individuación, es entregado/a a otro/a, y en este ejercicio es que nos parece de relevancia traer a colación el concepto de vulnerabilidad –que revisaremos un poco más adelante-, a la que estamos expuestos/as en el marco de nuestras vidas. Asimismo, lo humano se encuentra encarnado en el mismo cuerpo –concepto que problematizaremos al final de este capítulo-, el cual, según Butler, es nuestro pero nunca es completamente nuestro, ya que es al mismo tiempo social, es decir, pertenece también a otros/as.

En este contexto Butler destaca que “a nivel del discurso algunas vidas no se consideran en lo absoluto vidas, no pueden ser humanizadas; no encajan en el marco dominante de lo humano, y su deshumanización ocurre primero en este nivel. Este nivel da luego lugar a la violencia física que, en cierto sentido, transmite el mensaje de deshumanización que ya está funcionando en nuestra cultura” (2004: 45). Así, la autora se refiere principalmente a las vidas de colectividades de gays, lesbianas, transexuales, etc. sin embargo nos parece que también lo podemos conectar a la experiencia de mujeres en el marco de sus derechos sexuales y reproductivos y a las personas en general que se encuentran en una situación en la que desean adelantar el término de sus vidas.

En este panorama visualizamos sobre cómo la estructura normativa de las sociedades también incide en la posibilidad o la imposibilidad de la constitución de lo humano. Al respecto, en Chile, donde hasta el año 2017 el aborto estaba prohibido bajo toda circunstancia, y donde hasta en la actualidad la eutanasia está negada, nos preguntamos sobre qué posibilidad de constitución como humanos/as tienen las personas que se encuentran en estas situaciones, dado que sus deseos no están siendo reconocidos lo que conlleva a una deshumanización.

También si las condiciones de vida de las personas en estas situaciones las cruzamos con elementos que tienen que ver con nivel socioeconómico, con el género, la raza o la etnia, entre otros, nos hace pensar que hay una situación más cercana a lo no humano.

Asimismo, nos preguntamos sobre qué nos dice el personal sanitario sobre aquello, ¿advierten en sus discursos esta deshumanización?, ¿cómo conciben a las personas que se encuentran en estas situaciones? También, si consideramos el debate de la vida y la muerte, presente en esta investigación, ¿cómo se concibe lo humano en esta problemática existencial? Podremos indagar sobre estos elementos en el capítulo analítico “Vida y muerte interrogadas por la dignidad humana y las nociones de persona”.

### **4.3. Dignidad y autonomía en el marco de las dimensiones racionales y emocionales**

A la luz de las visiones del personal sanitario en torno al aborto y a la eutanasia emergió la cuestión de la dignidad y la autonomía, en la medida que el accionar sanitario debe garantizarlas y resguardarlas en el marco de la vida y también de la muerte.

En este apartado trataremos de contestar la pregunta sobre ¿qué comprendemos por dignidad y, en dicho marco, cómo se concibe, por parte del personal sanitario, la autonomía de las personas que se encuentran en situación de aborto o realizando peticiones de adelantar sus muerte?

De esta manera, presentamos sintéticamente el abordaje kantiano sobre la dignidad, tratando de cuestionarlo por la primacía que le da a la razón, dejando fuera otros elementos, como lo corporal

y lo emocional, que consideramos relevantes en esta perspectiva. Desarrollamos esta mirada dado que responde a los cuestionamientos elaborados desde el personal sanitario.

Al mismo tiempo damos cuenta de distintas visiones o abordajes de la autonomía, en la medida que en el mismo análisis podemos vislumbrar que existen diferentes maneras de concebirla y comprenderla, lo que se encuentra, a nuestro modo de ver, conectado a un trasfondo ético de género.

A continuación presentamos algunos debates sobre el concepto de dignidad que está como telón de fondo de los próximos capítulos analíticos que profundizan en esta dimensión.

El concepto de dignidad es bastante amplio e incluye visiones del derecho y de la filosofía, entre otros. Kant escribe lo siguiente en torno a la dignidad: “En el reino de los fines todo tiene o un precio o una dignidad. Aquello que tiene precio puede ser sustituido por algo equivalente; en cambio, lo que se halla por encima de todo precio y, por tanto, no admite nada equivalente, eso tiene una dignidad. Lo que se refiere a las inclinaciones y necesidades del hombre tiene un precio comercial; lo que, sin suponer una necesidad, se conforma a cierto gusto, es decir, a una satisfacción producida por el simple juego, sin fin alguno, de nuestras facultades, tiene un precio de afecto; pero aquello que constituye la condición para que algo sea fin en sí mismo, eso no tiene meramente valor relativo o precio sino un valor interno, esto es, dignidad” (1785: 112).

De este modo la dignidad, referida a esta noción, se nos viene a plantear como un bien insustituible, un valor que posee la persona que no puede ser transable como cualquier otro bien. En este contexto, según Baez y Mezzaroba, haciendo una lectura de Kant, reconocen que éste “defiende que la dignidad humana es una cualidad congénita e inalienable de todos los seres humanos, la cual impide su cosificación y se materializa a través de la capacidad de autodeterminación que los individuos poseen por medio de la razón. Eso ocurre porque los seres humanos tienen, en la manifestación de su voluntad, el poder de determinar sus acciones, de acuerdo con la idea de cumplimiento de ciertas leyes que adoptan, siendo esa característica exclusiva de los seres racionales.” (2013:115).

De este modo lo que nos propone esta visión es una mirada de valor en sí del ser humano y que se conecta también con la autonomía, aunque cabe destacar que se pone a la razón (¿occidental?, ¿patriarcal?) como condición. De este modo, para los autores, la dignidad es un atributo ético e

innato y se conecta con la condición de autodeterminación y libertad de las personas (Baez y Mezzaroba, 2013).

Por su parte González revisa las visiones de Wolstonecraft (1792) y de Geuges (1791), quienes frente a la premisa de la ilustración Kantiana, “señalaron que la construcción del sujeto político, del sujeto de derecho, dejaba afuera a las mujeres, que el sujeto universal de las revoluciones del XVIII era hombre –no la humanidad- , joven, blanco y propietario, tendríamos que llegar a las contribuciones del feminismo decolonial y lesbiano para entender que además, ese sujeto era europeo y heterosexual” (González, 2018: 34).

En este contexto nos parece relevante establecer que la visión kantiana de la dignidad, hace referencia a un tipo particular de construcción masculina hegemónica que se encuentra guiada por la razón y que apela a un sector del globo particular: Occidente. Es decir, dicha concepción, utilizada en la actualidad y sobre la que se sustentan los derechos humanos (Pele, 2015) es necesaria de ser cuestionada en la medida que plantea cierres hacia la posibilidad de la construcción de determinadas autonomías. En este sentido, para el caso del aborto y de la eutanasia, nos parece que más bien a lo que se apela es a la autodeterminación, pero si ponemos en valor la racionalidad ¿qué sucede con las emociones en torno a las peticiones de eutanasia y a las decisiones de abortar?

#### **4.3.1. Miradas en torno a la autonomía que cuestionan las condiciones de existencia de las personas en contexto de aborto o en la petición de adelantar la muerte**

Al momento de trabajar los discursos sanitarios de la presente investigación, a la luz de las consideraciones sobre la autonomía, evidenciamos que emergen distintas visiones, elaboradas en función de los acentos que se marcan para su comprensión. De este modo en este apartado revisamos algunas de estas consideraciones que nos son útiles para comprender la autonomía en contextos de aborto y de la solicitud de adelantar la muerte.

Desde una visión liberal de la autonomía podemos mencionar a Kant, quien destaca que es “la facultad de desear, cuyo fundamento interno de determinación –y por tanto, el albedrío mismo- se encuentra en la razón del sujeto, se llama *voluntad*. Por consiguiente, la voluntad es la facultad de desear (...) en relación con el fundamento de determinación del arbitrio a la acción” (1797: 16).

Así, el autor pone de relieve la cuestión de la razón en la medida que concibe el mundo de las pasiones conectado con el ámbito de lo sensible o lo animal. De este modo para Kant la voluntad está determinada por la razón, al mismo tiempo que la libertad sería independiente de impulsos sensibles.

En esta dirección, cuando pensamos en las principales condiciones que se le ponen al ejercicio de la eutanasia en distintos países donde se encuentra legalizada, vemos que la razón es fundamental en la medida que se plantea que debe existir una voluntad razonada en función de la petición de eutanasia.

Ahora bien, en este marco ¿cómo define Kant la autonomía? y ¿qué posibilidades con dicho concepto tiene en términos de conectar con una visión de derechos? En este contexto es importante destacar que Kant define la autonomía como la “voluntad de ser una ley para sí misma” vinculándola a la dignidad de la naturaleza humana.

Si analizamos más a fondo la visión kantiana de autonomía, nos daremos cuenta que al estar conectada a la dignidad y a la razón, también responde a la construcción del imperativo categórico que establece una determinada moral internalizada para el/la sujeto/a. En este contexto Kant destaca que “el primer principio del deber hacia sí mismo se encierra en la sentencia: vive de acuerdo con la naturaleza; el segundo, en la proposición: hazte más perfecto de lo que te hizo la mera naturaleza” (1797: 278). De este modo vemos en la construcción kantiana una idea del deber ser, relacionado con la superación de sí mismo/a y al progreso personal, lo que conecta también con su construcción de moralidad.

En esta dirección Pele (2015) destaca que la autonomía, desde esta visión, no se remite al ejercicio de la propia voluntad, sino que se relaciona más bien con una transformación moral del/la sujeto/a, la cual estaría orientada por el imperativo categórico y a una noción de deber más que de derechos.

Al respecto González señala que “es una ficción pensar que la autonomía se afirma como parte de un proceso puramente racional y que tal proceso puede estar desvinculado de los propios intereses, deseos, necesidades, condiciones sociales. Lo paralizado de esta teoría es precisamente su pretensión de mantenerse incorpórea, asexuada, sin procedencias lingüísticas, raciales, de clase” (2018: 49). De esta manera, nos parece que esta visión teórica, al no

encontrarse encarnada en lo corpóreo de un/a sujeto/a, desestima otros elementos que son fundamentales para la constitución subjetiva y para el ejercicio de la autonomía corporal.

En esta dirección, pensamos en las personas que piden adelantar su muerte, quienes están viviendo en carne propia, en sus cuerpos, el dolor y el sufrimiento, ¿es posible pensar en la razón como eje central de sus decisiones? Asimismo, las mujeres que se encuentran en situación de aborto en la ilegalidad, han arriesgado todo, hasta su propia salud para evitar el camino de la gestación, ¿podemos decir que la razón es la única que las motiva para cumplir sus objetivos?, ¿no pasa también toda esta problemática por sus mismos cuerpos y emociones?

También, destacamos la visión anglosajona sobre la autonomía, que a nuestro parecer, se conecta más con una visión de derechos y de libertad, que la de Kant. Al respecto Marzano (en González, 2018) señala que “según la tradición anglosajona, la autonomía, como la libertad, es un derecho de todo ser humano, lo que permite a cada cual escoger y hacer lo que quiera (...) Cada cual podrá determinar por sí mismo lo que está bien para él; cada cual puede seguir sus deseos. Nadie tiene derecho a intervenir sobre sobre sus elecciones ni sobre sus decisiones, mientras que no interfieran en las elecciones y decisiones de los demás” (2009: 64).

Para trazar el desarrollo teórico de esta visión, Marzano se apoya en los planteamientos del filósofo John Stuart Mill, quien si bien no define el concepto de autonomía, se acerca a éste a través del concepto de libertad. Al respecto el autor destaca que “no existe razón para que cualquier existencia humana deba construirse sobre un modelo único o sobre un pequeño número de modelos solamente. Si una persona tiene suficiente sentido común y experiencia, su propia manera de trazar el plan de su existencia es la mejor, no porque sea la mejor en sí misma sino porque es la suya propia” (Mill, 1859: 123).

Nos preguntamos qué sucede, bajo estas miradas, con el aborto y con la eutanasia. Por una parte algunas de las mujeres que abortan, muchas veces tienen en mente proyectos de vida y, para cumplirlos, les resulta necesario abortar, coincidiendo con la visión de plan de los/as autores/as. Sin embargo para la eutanasia, dicho plan de vida no existe, es más, lo que se desea es acabar con el plan para adelantar la muerte.

En este contexto nos preguntamos cómo se podría concebir la libertad y la autonomía en estos casos. Sabemos que Kant es contrario al suicidio y por ende a la eutanasia, por una concepción del



imperativo categórico, pero ¿qué sucedería con la visión de Mill en torno a la eutanasia?, considerando que bajo su mirada existe la libertad en la medida que no daña a otros/as.

Bajo esta lectura, probablemente la mirada anglosajona es más favorable hacia la eutanasia pero, bajo esta visión ¿qué sucede con el aborto, donde existe un posible tercero afectado: el feto o el embrión? Indagaremos en estas cuestiones en los próximos capítulos analíticos.

Asimismo, nos parece interesante vincular estas miradas de la autonomía con una visión conectada a la ética de la justicia (Gilligan, 1985) en la que existe jerarquía de valores abstractos, la razón, en conjunto con una mirada individual de la agencia del sujeto. Aquella forma de visualizar la autonomía, la conectamos con distintos discursos del personal sanitario –que revisaremos en los capítulos analíticos-, principalmente de varones, que remiten a este tipo de autonomía.

Sin embargo, desde la vereda de los feminismos comunitarios e indígenas, la autonomía se concibe de otra manera (González, 2018). En esta dirección Rivera Cusicanqui (2013) destaca que es necesario pensar en una autonomía encarnada, es decir con y a través del cuerpo, que se vincule con formas de individuación plenas permitiendo la generación de comunidades creativas y plurales. En este contexto nos parece interesante destacar el concepto de cuerpo- territorio tierra, proveniente del feminismo comunitario.

Al respecto Cabnal señala que “las violencias históricas y opresivas existen tanto para mi primer territorio cuerpo, como también para mi territorio histórico, la tierra” (2010:23). De este modo podemos pensar en una autonomía que se conecta con la corporalidad y al mismo tiempo se vincula con la tierra, con el territorio, en la medida que se hace frente a un sistema capitalista, extractivista y neoliberal.

Sin duda esta mirada nos permite dar lectura a los fenómenos asociados al aborto, pero también hacia los cuerpos oprimidos, donde existen enfermedades terminales o afecciones que producen el deseo de dejar de vivir prontamente.

Pensamos que esta visión decolonial ingresa transversalmente en los fenómenos del aborto y de la eutanasia en la medida que son cuerpos menos valorados socialmente o no deseados que, por medio de una autonomía encarnada buscan sus reivindicaciones.

También, consideramos que esta visión de autonomía puede estar conectada a una ética del cuidado (Gilligan, 1985), que revisábamos en el capítulo epistemológico, la cual la vinculamos con una autonomía relacional, que considera los vínculos sociales para establecer las decisiones autonómicas, además de una mirada desde la ciudadanía (Rodríguez, 2012).

De esta manera, esta visión de autonomía relacional es una superación hacia la mirada liberal de la autonomía que tiende a poner el foco en el individuo y en la razón, desconociendo los procesos corporales y comunitarios que se encuentran presentes en cada una de las decisiones que tomamos.

Asimismo nos plantea una impronta de género importante en la medida que reconocemos una mirada desde la masculinidad hegemónica, vinculada a la autonomía liberal, y una mirada que puede nacer desde lo femenino hegemónico, como es la ética del cuidado, aunque buscamos –al igual que Gilligan 1985, y Kohen, 2005- una integración. Es decir, consideramos necesario generar una puente que comprenda de manera conectada ambas éticas en función de la construcción de sociedades que superen la estructuración sexista y patriarcal que produce binarismos. En ese sentido, comprender de manera integrada la ética de la justicia y del cuidado constituye una vía alternativa de construcción de ciudadanía y de autonomías.

Esta lectura de género la vinculamos a las nociones butlerianas al respecto, que señalan que el género es un modo de hacer, es decir, una actividad performada que se desarrolla de alguna manera sin que nos demos cuenta conscientemente o con nuestra voluntad (Butler, 2004), aunque la autora aclara que esto no significa que sea una actividad mecánica sino más bien es un modo de hacer que siempre tiene como referencia a un/a otro/a.

En este contexto, la autora invierte la relación entre sexualidad y género, en el sentido de que no es la sexualidad la que produce la construcción del binario femenino y masculino, sino que es el género el que produce el binarismo en la biología. Hablamos de binarismo y no de dualidad en la medida que reconocemos que no es sólo la existencia de dos polos sino que dichos polos se encuentran situados jerárquicamente, es decir, uno se encuentra devaluado en relación al otro, lo femenino bajo lo masculino.

En este sentido el género conectado a la autonomía, así como a lo humano, que revisábamos anteriormente, se encuentra atravesado por límites de reconocimiento que establecen quienes pueden o no pueden tener reconocimiento y vivir una vida habitable (Butler, 2004).

De este modo, pensamos en los hombres y en las mujeres que se encuentran en situaciones en las que desean terminar por adelantado con sus vidas, por ejemplo por medio de la eutanasia, y aquellas mujeres que desean poner fin a un proceso de gestación, por diversos motivos. Ambos fenómenos ponen a dichas personas en los márgenes, fuera de los límites, en la medida que no se les da reconocimiento a sus deseos –de morir o de abortar- lo que implica también un menor reconocimiento de sus autonomías. En este contexto, y considerando la normativa legal chilena, podríamos establecer que los/as sujetos/as mencionados tienen menos reconocimiento lo que implica ser menos humanos/as, es decir, poseen una agencia limitada.

#### **4.3.2. ¿La autonomía es sólo una cuestión de reconocimiento?**

Siguiendo a Fraser (1997), nos encontramos en una era “postsocialista” que mantiene características ligadas a la ausencia de proyectos emancipatorios, pese a los diferentes frentes de luchas existentes, al mismo tiempo de existir una separación entre las luchas de redistribución y reconocimiento, percibiéndose un alejamiento de la igualdad en un contexto de mercantilización y profundización de las desigualdades materiales.

Estos elementos contextuales nos hacen preguntarnos sobre cómo se desarrolla la noción de justicia/injusticia a la que se ven enfrentados los distintos grupos sociales. De este modo, la autora (Fraser, 1997, 2008) nos plantea que es posible identificar la existencia de dos tipos de injusticia, por una parte la injusticia económica, establecida en la estructura político económica de la sociedad, que como ejemplo plantea situaciones de explotación, marginalidad económica y privación de los bienes materiales, entre otros elementos. Mientras que por otra parte podemos ver una injusticia cultural o simbólica, la cual emerge de patrones sociales de comunicación, representación e interpretación, que se pueden ejemplificar a través de la dominación cultural, el no reconocimiento y el irrespeto.

Fraser (1997, 2008) llama al paradigma de la primera injusticia (económica) “redistribución”, mientras que al paradigma de la segunda injusticia (cultural o simbólica) lo denomina “reconocimiento”. En este contexto, ambos paradigmas plantean distintos tipos de soluciones

frente a las injusticias “en el paradigma de la redistribución, el remedio de la injusticia es la reestructuración económica de algún tipo. En el paradigma del reconocimiento, en cambio, la solución de la injusticia es el cambio cultural o simbólico” (2008, 87).

Asimismo, según Fraser (2008) ambos paradigmas establecen formas distintas en términos del tratamiento y constitución de los grupos. Por una parte, el paradigma de la redistribución lucha por abolir las diferencias de grupo, en el sentido de intentar una estructura económica similar para todos/as. En cambio, el paradigma del reconocimiento trata las diferencias de dos maneras posibles. Por una parte asumiendo que las diferencias benignas existentes en los grupos han producido, por medio de la injusticia, una suerte de jerarquización de valores, en tanto que la segunda manera tiene que ver con que las diferencias no existen anteriormente de su valoración jerárquica, sino que su elaboración es contemporánea.

Ahora bien, la cuestión es preguntarnos sobre qué paradigmas son los constitutivos a la materia del aborto. Inicialmente planteábamos que quedaba claro que esta problemática constituía una cuestión de reconocimiento en tanto de derechos y autonomía para las mujeres. Pero, si profundizamos un poco más el análisis nos daremos cuenta que también constituye una problemática de redistribución, considerando que existen condiciones materiales diferenciadas para el acceso a éste, por parte de mujeres de distintas clases sociales.

En este sentido, las mujeres con menos recursos, en un contexto de ilegalidad, tienden a caer en situaciones donde ponen en riesgo en mayor medida sus vidas, que las mujeres de mayores recursos quienes pueden acceder a abortos clandestinos en contextos de mayor seguridad. Es decir, existe una desigualdad estructural entre las mujeres que acceden a aborto con medios económicos suficientes y quienes no los tienen.

Asimismo, podemos ver que existe esta desigualdad en materia de eutanasia, en la medida, que por una parte es necesario el reconocimiento para el establecimiento de derechos en pos de una muerte digna, pero al mismo tiempo podemos ver un tratamiento diferenciado en torno a la cuestión de la muerte según distintos contextos sanitarios.

Es decir, quienes tienen menos recursos tienen menos acceso a un buen morir, ya sea por los tratamientos aplicados o los recursos disponibles, mientras que quienes tienen más recursos poseen mayores posibilidades de tener una buena muerte, lo que se vincula también a contar con

recursos y redes que les puede asegurar el acceso a la eutanasia, aunque esta es una hipótesis a indagar en el futuro ya que no contamos con estudios que lo avalen directamente.

En esta dirección Fraser (1997, 2008), destaca la existencia de problemáticas que cruzan el reconocimiento y la distribución, en el sentido que se encuentran ancladas en ambos espectros. Estos elementos son el género y la raza, los cuales son llamados por la autora, como “bidimensionales”.

Para Fraser, “los grupos bidimensionalmente subordinados padecen tanto una mala distribución como un reconocimiento erróneo en formas en las que ninguna de estas injusticias es un efecto indirecto de la otra, sino que ambas son primarias y co-originales. Por tanto, en su caso, no basta ni una política de redistribución ni una de reconocimiento solas. Los grupos bidimensionalmente subordinados necesitan ambas” (2008, 91).

Si bien la autora identifica las luchas sexuales principalmente con el reconocimiento y las luchas de género como aquellas bidimensionales. Nos parece adecuado plantear que la lucha por el aborto libre y la eutanasia, constituyen luchas tanto de reconocimiento de derechos y de autonomía, como una lucha de distribución, en la medida que resulta necesario que se garantice el acceso a estos servicios a las mujeres y a las personas en general de todas las clases sociales.

Asimismo, en términos de reconocimiento, creemos que existe una construcción subjetiva en torno a dicho marco que se relaciona con la autonomía. Es decir, nos podemos preguntar sobre quién decide, en el escenario de una política de reconocimiento. En este sentido, la pregunta es sobre a quién se le otorga socialmente la potestad para decidir en torno a los dilemas de la vida y de la muerte en el caso del aborto y de la eutanasia. Para esto, acudimos a los discursos del personal sanitario, donde podemos observar distintos posicionamientos y niveles de reconocimiento.

También, en esta dirección es importante acudir a una mirada interseccional que incluya distintas condicionantes (género, clase social, raza, etnia, edad, entre otras) para comprender que la lucha por la distribución y reconocimiento está anclada en posiciones diferenciales de los/as sujetos/as.

#### **4.4. ¿Hasta dónde somos vulnerables? la dependencia y la necesidad de cuidados**

La cuestión del reconocimiento y la redistribución en el marco del aborto y de la eutanasia, también nos hace preguntarnos sobre qué tan vulnerables e interdependientes somos de los/as demás, y en esa dirección, qué necesidades de cuidados podemos tener.

De este modo, considerando lo anterior sobre autonomía, no deseamos contraponer dicho concepto a la vulnerabilidad, a la dependencia y al cuidado, sino más bien deseamos comprenderlos en conexión, haciéndonos la pregunta sobre cómo una persona en estado de vulnerabilidad, que requiere cuidados, puede ejercer su autonomía.

Así, cuando hablamos de aborto y de eutanasia nos estamos remitiendo a condiciones de vulnerabilidad y necesidad de cuidados por parte de las personas que se encuentran en estas problemáticas, por lo que en este apartado tratamos de comprender estos conceptos para tener más luces al momento de revisar los siguientes capítulos analíticos. Las preguntas que intentamos responder con el siguiente desarrollo conceptual, tienen que ver con ¿qué entendemos por vulnerabilidad y qué rol juega la dependencia?, y ¿Cómo concebimos los cuidados en el marco de las problemáticas de aborto y de eutanasia?

En este escenario si bien reconocemos que existe un amplio debate sobre la vulnerabilidad, donde se puede concebir bajo distintos prismas, nos centramos en una mirada desde la filosofía política –sin dejar de considerar la vulnerabilidad social-, en la medida que nos permite conectar con los otros conceptos en juego además de ajustarse a los debates establecidos en el análisis. Asimismo, proponemos una mirada más amplia en torno a los cuidados, en la medida que, respondiendo al análisis, resulta necesario ir contrastando distintas miradas para su comprensión en el ámbito sanitario.

#### **4.4.1. El carácter ontológico de la vulnerabilidad**

Comenzaremos por revisar algunas nociones sobre la vulnerabilidad, para así conectarlo con los conceptos de cuidado y servicio con el objetivo de que sirva para dar lectura del análisis. Siguiendo lo señalado por Butler (2004, 2006, 2017), podemos establecer que la vulnerabilidad se encuentra anclada en los cuerpos de las personas. Es decir, no podemos considerar la vulnerabilidad sin considerar los cuerpos, como cuerpos vulnerables.

De esta manera la vulnerabilidad, según Butler (2017) se conforma y se experimenta a través de condiciones externas al cuerpo, ajenas, pero que al mismo tiempo son consustanciales. De este modo, “el cuerpo se expone, y queda justamente expuesto a la historia, a la precariedad, a la fuerza, pero también a lo que es impremeditado y venturoso, como la pasión y el amor, o a la amistad repentina y a la pérdida súbita o inesperada” (Butler, 2017: 150).

Asimismo, en la lectura de Ingala (2016) se plantea que la condición humana se define en torno a lo que el cuerpo no puede. En dicho contexto el cuerpo, por ejemplo, no puede ser invulnerable, aunque esto no implica una enaltecimiento de la impotencia sino más bien apunta a un reconocimiento desde el cual el cuerpo y lo humano producen su poder. En palabras de la autora: “el hecho de que el cuerpo no pueda es, precisamente, la sede y condición de su poder” (2016: 885).

De esta manera Butler (2009) destaca que si deseamos generar mayores reivindicaciones sociales conectadas a los derechos y a las políticas, resulta necesario apoyarnos en una nueva ontología de lo corporal, que guarda relación con la reflexión en torno a la vulnerabilidad, precariedad, dañabilidad, dependencia, persistencia corporal, el deseo, entre otros elementos.

En esta dirección si bien consideramos, siguiendo a la autora (Butler, 2004, 2006, 2017), la vulnerabilidad como ontológica y anclada a nuestros cuerpos, también podemos reflexionar en torno a la vulnerabilidad social, anclada en condiciones de vida cruzadas tanto por carencias materiales como subjetivas. En dicho contexto, la vulnerabilidad social también la vemos anclada a nuestros cuerpos, si bien no constituye un carácter ontológico, en la medida que son condiciones que pueden

ser superadas, dependiendo de los contextos y de las posibilidades, si se expresan en nuestros cuerpos dejando una marca corporal.

Asimismo, es importante destacar la dimensión social y pública que tiene el cuerpo implicando considerar el cuerpo no sólo como propio, sino constituido socialmente. Cuando pensamos en los cuerpos de quienes se encuentran en situación de aborto y eutanasia, también nos remitimos a cuerpos públicos, conectados a otros cuerpos en el devenir de la historia. Cuerpos que se sitúan en una esfera pública desde donde construyen su vulnerabilidad que es vivenciada personalmente.

De esta modo Butler destaca que “el cuerpo supone mortalidad, vulnerabilidad, praxis: la piel y la carne nos exponen a la mirada de los otros, pero también al contacto y a la violencia, y también son cuerpos los que nos ponen en peligro de convertirnos en agentes e instrumento de todo esto. Aunque luchemos por los derechos sobre nuestros propios cuerpos, los cuerpos por los que luchamos nunca son lo suficientemente nuestros. El cuerpo tiene una dimensión invariablemente pública. Constituido en la esfera pública como un fenómeno social, mi cuerpo es y no es mío. Entregado desde el comienzo al mundo de los otros, el cuerpo lleva sus huellas, está formado en el crisol de la vida social; sólo más tarde, y no sin alguna duda, puedo reclamar mi cuerpo como propio, como de hecho tantas veces lo hago” (2006: 52).

Esto nos hace pensar sobre el tema de la interacción y correlación entre nuestros cuerpos y los/as demás. Aquí es interesante la noción de Butler en torno a que somos cuerpos sociales, es decir, no podemos pensarnos como individuos separados, mónadas aisladas, sino que debemos pensarnos conectados/as con nuestros entornos y nuestras relaciones, que son lo que nos constituye. De esta manera Butler (2017) destaca que somos, ontológicamente, cuerpos vulnerables, expuestos y dependientes y que por lo mismo requerimos de otros cuerpos y otras redes de apoyo.

Ingala (2016) plantea que lo esencial en la formación como humanos/as radica en la dependencia de otros/as. Es decir, no es la noción de humanos/as previamente dados y autónomos/as lo que nos define, sino más bien nos define la vulnerabilidad y la necesidad de conexión con otros/as, constituyendo lo que es un “nosotros”.



Pero en este marco, reconociendo que somos ontológicamente cuerpos vulnerables y dependientes que necesitamos de otros/as y que esto constituye un “nosotros”, ¿cómo se entiende dicha vulnerabilidad?, ¿qué implicancias plantea?

Respondiendo a las preguntas, Butler (2017) destaca que la vulnerabilidad no va necesariamente ligada a recibir daño, sino más bien tiene conexión con la noción de pérdida y la incapacidad que tenemos de predecir y anticipar las cosas.

En este sentido, la vulnerabilidad, nos implica en lo que se encuentra más allá de nosotros/as mismos/as, pero que al mismo tiempo constituye una dimensión capital de nuestros cuerpos. La autora también señala que la vulnerabilidad se encuentra conectada a nuestra capacidad de apertura a lo desconocido y no predecible.

En este contexto Cano plantea que “existimos en situación de vulnerabilidad ante la pérdida: pérdida de elementos materiales y de reconocimiento social que sostengan nuestras vidas, pérdida de la vida de seres queridos, pérdida de nuestra vida. Esta vulnerabilidad es constitutiva, y sienta las bases de una comunidad. Además, existe una distribución geopolítica diferencial de la vulnerabilidad, por lo que ciertas comunidades son vulnerables a unas pérdidas y no otras. Por ello, para pensar tanto las comunidades afectivas o sociopolíticas, como para pensar los sujetos que las componen, se hace necesario tener en cuenta esta apertura a la pérdida” (2014: 11- 12).

Sin embargo, Butler (2017) señala que existen vulnerabilidades más o menos legítimas dependiendo del contexto. Asimismo, si bien reconoce que nuestra situación de vulnerabilidad no cambia de un momento a otro, ésta depende de lo implícito o explícito que se suscite en determinados marcos. De este modo la autora menciona el papel fundamental que tiene el reconocimiento en el marco de la vulnerabilidad.

En este espacio nos preguntamos sobre qué sucede con la vulnerabilidad de las personas que se encuentran en situación de desear adelantar sus muertes, así como qué sucede con aquellas mujeres en estados vulnerables que se encuentran en situación de aborto. Consideramos que el

reconocimiento se puede dar en distintos planos, a nivel intersubjetivo, por ejemplo desde el personal sanitario, pero también a nivel de políticas públicas que le hagan frente.

Al respecto nos parece que a través de las aprobaciones legislativas en torno al aborto en tres causales en Chile, existe un reconocimiento de la situación de vulnerabilidad por la que pasan determinadas mujeres. En este línea, consideramos que aquel escenario no aplica todavía para la eutanasia, en la medida que las personas que desean poner fin a sus vidas de manera adelantadas, aun no tienen respuestas que impliquen reconocer sus deseos, sino más bien, lo que ocurre muchas veces es que dicho deseo choca con planteamientos –en el ámbito sanitario y en otros espacios- que intentan persuadir y cambiarlos.

En este marco, consideramos que los cuidados y el servicio cumplen un papel fundamental, ya que otorgan un reconocimiento intersubjetivo y de satisfacción de necesidades tanto materiales como subjetivas que al mismo tiempo de reconocer la vulnerabilidad proponen estrategias de dependencia que dejan en evidencia dicha vulnerabilidad para entregarle una respuesta.

Indagaremos sobre estas cuestiones, desde una mirada analítica, en el capítulo sobre “Las relaciones de cuidado y servicio como respuestas a la vulnerabilidad humana”, donde podremos profundizar en la visión del personal sanitario respecto de los temas sobre vulnerabilidad, dependencia y cuidados.

#### **4.4.2. Dependencia, reproducción doméstica y patriarcado, en el ámbito de los cuidados**

Conectado a la idea de necesidad de cuidados y servicios, nos parece relevante señalar el tema de la dependencia. Al respecto Carrasco, Borderías y Torns (2011) plantean que muchas veces, cuando se habla de personas dependientes, se hace alusión a determinados grupos sociales, tales como niños/as, ancianos/as, enfermos/as, entre otros/as. Es decir, se aplica una categoría de dependencia a los grupos sociales en función de las edades y de la salud.

Sin embargo, las autoras destacan que más que la dependencia responda a determinados grupos, ésta se encuentra conectada con el concepto de vulnerabilidad. De este modo, “la dependencia humana —de mujeres y hombres— no es algo específico de determinados grupos de población, sino

que es la representación de la vulnerabilidad de las personas; es algo inherente a la condición humana, como el nacimiento y la muerte (Kittay, 1999; Fineman, 2004, 2006)” (Carrasco, Borderías y Torns, 2011: 53).

Siguiendo a las autoras, más que hacer una dicotomía, o un binomio en torno a la dependencia e independencia, resulta más adecuado concebir las relaciones humanas en dependencia según el ciclo vital, que responderá a determinadas necesidades, tanto del ámbito económico, biológico, emocional, entre otros. Sin embargo, existen dependencias que requieren de mayor cantidad de tiempo y de energía.

Carrasco, Borderías y Torns (2011), haciendo la lectura de variadas autoras, nos plantean que la dependencia es universal y por lo mismo no constituye un problema individual sino que requiere ser abordado, a través del cuidado, de manera social y política. En este contexto un concepto de relevancia, conectado a los cuidados, es el de “reproducción social”, acuñado principalmente desde el feminismo italiano (Carrasco, Borderías y Torns, 2011).

Al respecto las autoras destacan que “el sistema de reproducción social incluiría la estructura familiar, la estructura del trabajo asalariado y no asalariado, el papel del Estado en la reproducción de la población y de la fuerza de trabajo y las organizaciones sociales y políticas relacionadas con los distintos trabajos. El proceso de reproducción social se entendería, así, como un complejo proceso de tareas, trabajos y energías, cuyo objetivo sería la reproducción de la población y de las relaciones sociales y, en particular, la reproducción de la fuerza de trabajo (Molyneux, 1979; Benería, 1981; Dalla Costa, 1972, 1982; Picchio, 1981, 1992)” (Carrasco, Borderías y Torns, 2011: 31).

Sin embargo, tenemos que considerar que la reproducción social se encuentra teñida por una estructura patriarcal que ha incidido en una invisibilización de las tareas de cuidados, realizadas históricamente por mujeres, lo que ha incidido en su devaluación social.

Al respecto es interesante destacar la paradoja que se produce, ya que si bien el trabajo de cuidado es uno de los más invisibilizados y devaluados socialmente, éste constituye un elemento central en sociedades capitalistas occidentales.

En estos contextos, el sistema económico capitalista requiere, para su funcionamiento y para la generación de plusvalor, una estructura de reproducción social, que no sea remunerada y que le permita desarrollarse. De este modo Federici (2004), nos plantea que el capitalismo se sostiene justamente en la explotación y el trabajo de cuidado y de reproducción de la vida que no tiene salario.

Los trabajos de cuidado los podemos situar en distintos espacios sociales, pero el lugar de preferencia es en el espacio doméstico, donde se dan estos tipos de relaciones que configuran una estructura en su interior. De esta manera Mora plantea que “la producción doméstica está organizada en nuestra sociedad de forma patriarcal. Como señalan diversas autoras —Izquierdo (2003a, 2003b, 2001, 2000, 1998), Bubeck (1995) o Hartmann (1980 [1976], 1980 [1979])—, la configuración histórica de las relaciones patriarcales ha dado lugar a la figura de ama de casa como la posición prototípica de producción de cuidado y servicio tanto para las personas dependientes (criaturas y ancianos), como para su pareja y ella misma. En relación de mutua dependencia caracterizada por la explotación y la dominación, las relaciones patriarcales han dado lugar a la figura del "ganador de pan" como la posición prototípica de provisión (medios para el cuidado) y seguridad tanto para las personas dependientes (criaturas y ancianos), como para su pareja y él mismo” (Mora, 2008: 146).

Para Federici (2013) ha sido bajo el argumento del amor, como entrega absoluta, sobre la cual se ha generado el modelo de trabajo doméstico y de cuidados realizados principalmente por las mujeres en sus respectivos hogares. Esto trasciende a las mujeres casadas o que se encuentran en sus espacios domésticos, alcanzando a todas las mujeres, por medio de construcciones identitarias que asumen un rol social e histórico de servilismo.

En esta línea Carrasco, Borderías y Torns destacan que “el trabajo de cuidados se caracteriza también porque engloba una notable carga de subjetividad, traducida en emociones, sentimientos, afectos o desafectos, amores o desamores, etc. El peligro de este aspecto subjetivo es la utilización que se ha hecho de él para construir una identidad femenina basada en el cuidado y la maternidad, la llamada mística del cuidado, negando que en muchas situaciones de una gran dureza, no cumple los requisitos de amor que se le suponen y se realiza básicamente por la obligación moral socialmente construida que presiona a las mujeres” (Carrasco, Borderías y Torns, 2011: 72).

Si bien podemos constatar que el espacio doméstico es uno de los principales lugares donde se da la reproducción social y donde se desarrollan los trabajos de cuidado, principalmente por mujeres, podemos apreciar que existen otros lugares, en la estructura social donde se dan trabajos de cuidados. Por ejemplo las instituciones sanitarias, donde también existe una feminización en torno a los cuidados, en la medida que son preferentemente las mujeres quienes se dedican a esto, estando igualmente devaluado, tanto en términos económicos como de reconocimiento.

#### **4.4.3. En este marco, ¿cómo concebimos los cuidados?: Desde la descripción de tareas a una mirada relacional**

Para comprender lo que consideramos como cuidados o trabajo de cuidados tenemos que tener en cuenta de que existen diversos abordajes que ponen acentos diferenciados a elementos diferentes que componen esta acción/interacción social.

Nos interesa relevar el tema de los cuidados en la medida que reconocemos que es una temática conectada a las problemáticas asociadas al aborto y a la eutanasia, en la medida que se reconoce la vulnerabilidad y la dependencia de las personas que se encuentran en estas situaciones al mismo tiempo de buscar una salida o de responder a sus necesidades por medio de los cuidados.

Carrasco, Borderías y Torns (2011) nos plantean que existe una visión de los cuidados, desde los feminismos, asociada principalmente a aspectos identitarios. En el marco de esta mirada podemos resaltar –como ya lo hemos mencionado anteriormente- la figura de Carol Gilligan (1985) quien, realizando un análisis de los trabajos de desarrollo moral de Kohlberg, arriba a la concepción de que no existe una ética única, sino más bien existen a lo menos dos éticas que se asocian a la construcción de lo femenino y masculino hegemónico –ética del cuidado y ética de la justicia-. Es decir, el desarrollo moral tiene un origen de construcción binaria de género.

Sin embargo, este abordaje no necesariamente plantea una esencialización de lo femenino y lo masculino en base a estas dos éticas, sino más bien busca mostrar un modo de estructura que se

sustenta en la socialización y en la construcción identitaria en el marco de la estructuración de género en nuestras sociedades.

De este modo Mora y Pujal destacan que “en el caso de las mujeres, el desarrollo moral de éstas forma una ética del cuidado, la cual se apoya en la noción fuerte de responsabilidad frente a las demás personas. La disposición para el cuidado, la responsabilidad y la solidaridad no serían parte de una naturaleza esencialmente femenina, sino que son consecuencia de las actitudes morales que las mujeres han generado a partir de su contexto de relaciones” (2018: 455).

Asimismo, Carrasco, Borderías y Torns (2011) destacan que existe un abordaje de los cuidados, vinculada a la propuesta de Gilligan que centra su atención en aspectos relacionados a los sentimientos y a las emociones, resaltando que son actividades preferentemente femeninas y que no se pueden asimilar al trabajo de producción de bienes materiales.

También, siguiendo a las autoras, quienes revisan los planteamientos de Thomas (1993), mencionan que es posible realizar una distinción en el ámbito de los cuidados en torno a los trabajos remunerados y no remunerados. Las autoras señalan que “esta socióloga británica, especializada en el ámbito de la salud, divide las acepciones del care entre aquellas que lo relacionan con el trabajo pagado o no pagado que realizan las mujeres y las que ponen el énfasis en el terreno de la identidad femenina (Carrasco, Borderías y Torns, 2011: 39).

Cabe destacar que las autoras (Carrasco, Borderías y Torns, 2011) señalan que la existencia de distintas concepciones o dimensiones de los trabajos de cuidados tienen relación a que podemos evidenciar que no existe una satisfacción con determinadas conceptualizaciones, implicando la necesidad de asumir que estamos frente a un fenómeno de alta complejidad y que plantea desacuerdos.

#### 4.4.4. Cuidados y servicios desde una mirada relacional

Otro aspecto que define el cuidado son las relaciones bajo las cuales se realiza. Esta mirada va más allá de las tareas específicas que se desarrollan en este marco, tratando de plantear el carácter de la relación. En esta línea, “en cualquier actividad que se defina como trabajo no serán las características de la tarea concreta las que determinen de qué tipo de trabajo se trata, sino las relaciones bajo las cuales tiene lugar dicha actividad. Así, un plato de comida realizado por un ama de casa en el hogar será considerado trabajo doméstico, en cambio, el mismo plato de comida realizado en un restaurante será definido como trabajo de mercado” (Carrasco, Borderías y Torns, 2011: 73).

Mora (2008) y Mora y Pujal (2018), haciendo una lectura de Bubeck plantean que ésta ofrece un análisis donde el cuidado y el servicio son relacionales y no remiten a actividades sustantivas. Aunque el autor y la autora establecen que la definición de Bubeck en torno al trabajo doméstico rompe con esta lógica, en la medida que asigna una conceptualización sustantiva en torno a las tareas del hogar, lo cual no comparten.

De esta manera, siguiendo a Mora (2008) y a Mora y Pujal (2018), quienes realizan una lectura de Bubeck, las tareas del hogar pueden enmarcarse tanto en relaciones de servicio como de cuidado. Al mismo tiempo que reconocen que las tareas cara a cara son un ámbito del trabajo doméstico. De esta manera, la distinción que hacen el autor y la autora entre cuidado y servicio remite más bien al hecho de que la persona que los recibe puede o no puede realizar las actividades por sí misma.

Mora y Pujal (2018), para construir la definición de cuidado y servicio, se apoyan en la propuesta sociológica analítica de Boltanski en torno a la disputa social, donde se plantean determinados modelos de relación: el de justicia, el de justeza, el de paz (ágape) y el de violencia (o guerra).

Con esto el autor y la autora proponen ejes analíticos de género relacionados con la interacción social: “a) las necesidades de las personas; b) el logro del objetivo de la acción; c) las normas universales; d) los objetos en disputa; e) la existencia o no, de relación entre las personas y las cosas en la acción, mediante un principio de equivalencia universal (estableciendo una escala de

comparación), o mediante un principio de particularización en función de la persona (respondiendo a las necesidades específicas de cada una)” (Mora y Pujal, 2018: 460).

Esta visión apunta al carácter de dependencia que tiene la persona beneficiaria del cuidado o de servicio. Así, una relación de cuidado será tal en la medida que la persona beneficiaria no puede realizar dicha acción por sí misma, en esta dirección “el cuidado consiste, nos dice Bubeck, en la satisfacción de las necesidades de una persona por parte de otra, siendo la interacción cara a cara entre ellas, cuidadora y cuidada, un elemento fundamental en el conjunto de la actividad, y donde la necesidad es de tal naturaleza que no hay ninguna posibilidad de que la persona en necesidad la satisfaga por sí misma (1995: 129)” (Mora y Pujal, 2018: 450). Asimismo, es importante señalar que la visión de cuidados, en este marco, implica una responsabilidad social moral.

Por otra parte la relación de servicio “se produciría cuando el beneficiario es una persona que podría hacer la actividad por sí misma, tanto para satisfacer las propias necesidades como las necesidades de las personas dependientes que tiene a cargo” (Mora, 2008: 147).

De acuerdo a los ejes de análisis que proponen Mora y Pujal (2018), es posible establecer, en torno al cuidado, que “los objetivos de las acciones los constituyen las necesidades singulares de cada persona, cuyo logro es condicionado por las necesidades de los demás, hasta el punto que si cumplir con el objetivo se revelara contrario a esas necesidades en su ejecución, invalidaría la propia acción, modificándola o cancelándola. Bajo el cuidado, las normas que rigen las acciones están en función de las necesidades singulares de cada persona y no hay normas universales, caracterizándose el contexto de la interacción por la ausencia de objetos en disputa o en conflicto”.

Siguiendo esta línea el autor y la autora proponen la existencia de dos tipos de cuidado, el primero, el centrado en las personas, el objetivo está puesto en satisfacer las necesidades específicas de una persona, es decir, el objetivo es lo inmediato de la necesidad de la persona, mientras que el segundo tipo de cuidados identificado por la y el autor, el foco está puesto en las personas y en las cosas, dejando de ser el objetivo la persona, de esta manera “la relación entre la persona y la cosa está condicionada por las necesidades de la persona destinataria de la acción. Dicha relación no es conflictiva, no hay disputa, se da por la problemática. En el momento en que dicha relación fuera



tematizada como un problema, la orientación de la acción cambiaría al régimen de la provisión” (Mora y Pujal, 2018: 461).

Los/as autores/as, haciendo una lectura de Bubeck (1995), destacan que no se debería confundir el cuidado con la relación afectiva, en la medida que el afecto no es condición de posibilidad del cuidado. De este modo, pueden existir relaciones de cuidado sin que exista necesariamente afecto.

Al respecto Mora y Pujal destacan que “hablar de cuidado y de servicio es referirse a formas de relación en el trabajo doméstico, que incluye tanto las actividades de atención a la persona como las tareas del hogar. En segundo lugar, para definir si una actividad se realiza bajo relaciones de cuidado, nos fijamos exclusivamente en si hay o no una relación de dependencia y la responsabilidad social, asociada entre la persona que realiza dicha actividad y la persona beneficiaria. Así, el concepto de cuidado se refiere a las tareas de atención a la persona y del hogar cuya persona beneficiaria no se las puede dispensar por sí misma y quien las desempeña tiene la responsabilidad social de hacerlo. El concepto de servicio se refiere a las tareas de atención a la persona y del hogar cuyo beneficio podría realizarlas por sí misma, tanto para satisfacer sus propias necesidades como las de las personas dependientes que tiene a su cargo. El servicio puede regirse por relaciones domésticas familiares y/o por relaciones mercantiles (Mora y León, 2011: 115)”. (Mora y Pujal, 2018: 452).

En este marco, podríamos plantear que en las relaciones sanitarias, se dan relaciones de cuidado, en la medida que el personal sanitario constantemente está desarrollando procedimientos que no pueden ser resueltos por los/as mismos/as usuarios/as. Asimismo, y pese a que existe un pago en términos de salario de los/as profesionales, existe una responsabilidad moral social para con las personas usuarias.

En esta dirección, podemos visualizar que tanto aborto como eutanasia están cruzados por relaciones de cuidados, aunque también, de acuerdo a las definiciones expuestas anteriormente, en dichos escenarios, se desenvuelven relaciones de servicio.

#### 4.4.5. Los deseos contrapuestos en la maternidad

En el proceso de análisis pudimos constatar que los argumentos contrarios al aborto, en alguna medida remitían a las labores de cuidado que han sido asignadas histórica e identitariamente a las mujeres. Al mismo tiempo de instalar en este imaginario la construcción de un deseo de ser madre que sería de carácter natural y universal para las mujeres.

En este contexto, la imagen de la madre como principal cuidadora emerge fuertemente en nuestras sociedades patriarcales y capitalistas, que según Lagarde (1990) sería uno de los cautiverios de las mujeres. Y por consiguiente, esto deviene en un mandato hacia las mujeres, en el sentido de un deber ser madre que se estructura a nivel identitario.

Asimismo, en relación a las experiencias de gestación, es posible plantear que éstas si bien son heterogéneas para las mujeres que las viven, en las sociedades occidentales se encuentra impregnado un deber ser respecto a dicho proceso, que tiene que ver con la felicidad y dicha que significa traer a otro/a ser al mundo.

En este sentido, como existe una idea hegemónica respecto del ser madre, como destino final de las mujeres, cuando existe una gestación es motivo de celebraciones y felicitaciones. Al mismo tiempo vemos que en los medios de comunicación se construye una forma de maternidad idealizada que establece emociones positivas que dan cuenta de una nueva etapa de vida. Estos elementos nos hacen pensar en una construcción subjetiva de la mujer madre, en la cual la dicha es norma debido al cumplimiento de un mandato social internalizado como propio en el marco de un proyecto de vida. Aunque no en todos los casos vemos dicho proyecto y el evento emerge como una “sorpresa”.

Vinculado con el deseo de ser madre, Tubert destaca que “el deseo de hijo no es natural, es histórico, generado en el marco de las relaciones intersubjetivas, resultado de una operación de simbolización, por la cual el futuro niño representa lo que podría hacernos felices o completas” (1996: 10) De este modo se escinde el deseo de lo natural conectándolo con las representaciones socioculturales y con el carácter histórico que éste lleva impreso en su construcción.

Al respecto Donath (2016) plantea dos imaginarios o mitos en torno a esta construcción de maternidad, por una parte establece la existencia de un “mito de la ausencia de elección”, que ha sido señalado por diversas escritoras feministas, y que guarda relación con los conceptos históricos y culturales que constriñen a las mujeres en torno a su destino biológico: ser madres, es decir, dado que las mujeres tenemos la capacidad biológica de procrear, estamos destinadas a eso.

Según la autora “dicha lógica establece que existe un plan de vida singular de progreso fundamental, es decir, un recorrido natural y tangible en el mapa, con hitos por los que toda persona debe pasar en el transcurso del tiempo: desde la escuela hasta el trabajo, el matrimonio o la convivencia en pareja y la paternidad o maternidad” (Donath, 2016: 45).

Por otra parte, la autora, también valiéndose del conocimiento feminista, plantea la existencia de otro constructo que denomina “el mito de la posibilidad de elección absoluta”, que se presenta con el mandato de la libertad, la autonomía, democracia y responsabilidad personal, desconociendo en lo absoluto las estructuras sociales que coaccionan el imaginario de ser madres, a través de la desigualdad, las ideologías, las relaciones de poder y el control social.

De esta manera, la construcción de estos mitos, en especial el primero –mito de la ausencia de elección- producen una idea de la “buena madre” al mismo tiempo de establecer la dicotomía con la “mala madre” quien no es aceptable, o no se adapta a dichos marcos.

Según Donath “la imagen establecida socialmente de “mala maternidad” trasciende incluso las acciones o la identidad de las progenitoras para embestir también contra su mundo emocional. Aquellas que sienten y expresan dificultad, ira, desilusión y frustración suelen ser vistas como “mujeres con problemas” que no son capaces de estar a la altura de su “verdadero destino”” (2016: 69).

Lo anterior nos hace pensar en la vulnerabilidad de la que nos plantea Butler (2004, 2006, 2017), en la medida que aquellas “mujeres con problemas” o “malas madres” se encuentran en situaciones que constituyen una maternidad forzada que también constituyen pérdidas: el fin de un proyecto

personal o bien un quiebre indeseado en la trayectoria de vida que constituyen la construcción de subjetividades vulnerables.

En este sentido, la impronta materna, histórica y social, es hegemónica en la medida que traza un camino único para nosotras, dejando la problemática del aborto en la deriva, no reconociéndolo y oponiéndose a través de un rol establecido que llega a internalizarse identitariamente en las mujeres. En este sentido, en el análisis pudimos ver cómo esta estructura subjetiva permeaba los discursos de los/as profesionales apelando a un rol social al mismo tiempo de hilar el argumento de la vida por la vida.

#### **4.5. Una construcción moderna de la muerte y del deseo de muerte, y su relevancia en el ámbito sanitario**

En esta investigación nos hacemos la pregunta sobre la vida y la muerte en los contextos de aborto y en la petición de adelantar la muerte, que puede recaer en eutanasia, aunque en nuestro país no se encuentra permitida. En este contexto cobra vital relevancia comprender sobre cómo se concibe la muerte y cómo es su relación en la praxis sanitaria. Para aquello acudimos a un debate conceptual de distintas miradas, tratando de abordar el asunto de la muerte conectado con los discursos sanitarios.

En este contexto, la vulnerabilidad humana queda desnuda frente a la muerte, como el principal despojo de la vida, y nos hace pensar sobre el papel que juega la muerte en las mujeres que están en situación de aborto y en las personas que quieren poner fin adelantadamente a sus vidas.

Así, cuando pensamos en la relación con la muerte, podemos evidenciar que existen diferencias importantes entre lo que ocurría en sociedades occidentales tradicionales y nuestro escenario moderno actual.

De esta manera Elías (1982), desde una visión histórica, plantea que la muerte antiguamente era un hecho mucho más público en la actualidad, donde morir, tanto para viejos/as como para jóvenes, era menos oculto, más omnipresente y familiar. En este sentido el autor destaca que tanto los nacimientos como la muerte, anteriormente, estaban menos privatizados, lo que se puede constatar

al momento de observar las prácticas sociales actuales donde, por ejemplo, se oculta la muerte a los niños y niñas.

En esta dirección Coll Planas destaca que “antes de la modernidad, la convivencia con la muerte era soportable porque las violentas y despiadadas rupturas eran consideradas normales, inmutables, inescapables, en definitiva, formaban parte de la vida. Estas rupturas eran entendidas como parte de la voluntad divina, no eliminables a través de la acción humana” (2009: 40). Sin embargo, la muerte, si bien antiguamente se encontraba más en el ámbito de lo cotidiano de las personas, no por eso se vivía con más paz (Elías, 1982).

Varios autores/as (Aries, 1983; Coll Planas, 2009; Elías, 1982; Gómez, 2006) coinciden en que en el devenir de la modernidad, la relación con la muerte ha cambiado su carácter. En esta línea nos plantean que los sentimientos asociados a la muerte, actualmente, guardan relación con una actitud defensiva y embarazosa frente a ésta, lo cual se encuentra asociado a los sentimientos y actitudes desarrollados en la época victoriana en torno a la sexualidad.

Lo que se va configurando en la actualidad como relación con la muerte, tiene que ver con una muerte prohibida, oculta, en la medida que desafía los deseos y las fantasías de inmortalidad y seguridad de las personas. En esta dirección, existe la visión de que la muerte se nos presenta como un signo premonitorio de nuestra propia muerte, es decir, enfrentarse a la muerte de otro/a genera una ruptura en el mito de la propia inmortalidad (Elías, 1982).

Aries (1983) también nos dirá que la muerte se configura como una muerte sucia y repugnante a la cual sólo tienen acceso los/as familiares y quienes proveen de cuidados. En este sentido, siguiendo al autor, emerge el concepto de “privacy” en la medida que la muerte queda destinada a ser un proceso compartido con la familia nuclear, -ya no por la comunidad-.

Podemos traer a colación lo que nos destaca Elías en “La soledad de los moribundos” (1982), donde menciona el sentimiento de desconexión emocional entre quienes se encuentran en el proceso de muerte y los/as demás, incluso sus más cercanos/as.

Así, podemos constatar que la modernidad trae consigo una repulsión a los procesos corporales asociados a la muerte además de un necesario control emocional, por lo mismo se vive la muerte con incomodidad y rechazo (Aries, 1983, Elías 1982; Coll Planas, 2009).

De este modo tanto Aries (1983), Elías (1982) y Coll Planas (2009) plantean que existe una burocratización del proceso de muerte, en la medida que el/la moribundo/a es despojado/a de la comunidad y de su familia, para ser confinado/as a los cuidados que se dan en el ámbito sanitario, como “una cosa que debe molestar lo menos posible, para el interés general” (Coll Planas, 2009: 41).

Lo anterior lo ligamos al análisis en la medida que se plantean los distintos motivos que reconoce el personal sanitario como fundantes para la construcción de la petición de muerte. En este sentido, los/as profesionales remiten a la sensación de abandono e insoportabilidad de la espera, entre otros/as.

#### **4.5.1. El traslado de la muerte a las instituciones sanitarias**

Conectado a los procesos de individualización y soledad de la muerte moderna, podemos plantear que uno de los espacios preferentes para el ocaso, en la actualidad, son los hospitales e instituciones sanitarias.

Según Aries (1983) y Elías (1982), el aislamiento que viven las personas en el proceso de muerte se condice con procesos de la modernidad vinculados con el progreso técnico y la fe en la ciencia, que generan esa distancia entre el/la moribundo/a y sus familiares en nombre de la higiene y de la medicina.

Gracia (1994) nos plantea que hace 20 o 30 años atrás todavía existía la imagen del “desahucio”, donde el/la médico/a planteaba que ya no se podía hacer nada médicamente, contra el progreso de una muerte inminente, dando paso al sacerdote.

Sin embargo, luego de dicho período existen avances técnicos y científicos generándose un proceso de medicalización del morir o bien “si se quiere una expresión más dura la medicalización de la

muerte” (Gracia, 1994: 148- 149). En este sentido, “el hospital no es ya, por tanto, sólo un lugar donde uno se cura o que se muere a causa de un fracaso terapéutico, es el lugar de la muerte normal, prevista y aceptada por el personal médico” (Aries, 1983: 485).

En esta dirección, Aries plantea que “además, los progresos tardíos de la cirugía, tratamientos médicos largos y exigentes, y el recurso a los aparatos pesados, llevaron con mayor frecuencia al enfermo grave a vivir en el hospital” (1983: 474). Así, la muerte se ha trasladado, según el autor, desde la casa al hospital.

Pero este nuevo escenario de la relación con la muerte, no sólo repercute en la persona que está próxima a dicho proceso, sino también tiene incidencia en el mismo personal sanitario. En esta dirección García et al (2013) reflexionan en torno a las vivencias del personal sanitario en torno a la muerte, destacando que, en particular en el caso de la enfermería se “convive a diario con la experiencia de la muerte y su proceso, y se considera una de las vivencias más impactantes para la mayor parte de los profesionales de enfermería” (2013: 49). De este modo los/as autores/as destacan que elementos tales como el sentimiento de pérdida, el sufrimiento, la muerte se encuentran presentes en la relación sanitaria.

#### **4.5.2. El deseo y la pulsión de muerte**

Frente a la relación de las personas con la muerte así como la construcción del sufrimiento que se encuentra aparejado a este evento, nos preguntarnos sobre qué sucede con aquellas personas que se encuentran deseando adelantar sus muertes, o bien, qué sucede con aquellas mujeres que desean terminar con sus gestaciones.

En ese sentido consideramos necesario hacer una breve revisión en torno a lo que concebimos como deseo, en este caso deseo de muerte, lo cual lo conectamos con la visión freudiana sobre las pulsiones, pulsión de vida y pulsión de muerte.

En el diccionario de psicoanálisis de Le Planché y Pontalis (1996), se plantea la pulsión principalmente con un proceso dinámico de empuje que lleva al organismo hacia un fin. En esta dirección alude a un

origen en la excitación corporal que busca suprimir una tensión por medio de la consecución de su objeto. De este modo la pulsión se encuentra en el límite entre el cuerpo y la psiquis y se manifiesta por medio de un “representante”.

Freud (1969) plantea que es necesario aceptar que todo lo viviente muere por causa interna y vuelve, de este modo, a lo anorgánico, “la meta de toda la vida es la muerte, y con igual fundamento: lo inanimado era antes que lo animado” (Freud, 1969: 114).

En este marco, concibiendo que todo lo orgánico vuelve a lo anorgánico, el autor elabora conceptualmente dos tipos de pulsiones: por una parte la pulsión de conservación –pulsiones sexuales- y el de poder – pulsiones del yo-, los que posteriormente, a través de un desarrollo dialéctico los conceptualiza como en pulsión de vida y agrega pulsión de muerte, “nuestra concepción era dualista desde un principio y lo es ahora aún más desde que denominamos las antítesis, no ya pulsiones del yo y pulsiones sexuales, sino pulsiones de vida e pulsiones de muerte” (Freud, 1969: 128).

Respecto a la pulsión de muerte Le Planche y Pontalis (1996) destacan que ésta, de manera inicial, se direcciona hacia el interior implicando la autodestrucción, mientras que de manera secundaria, se dirigen al exterior emergiendo en forma destructiva o de agresión (Le Planche y Pontalis, 1996).

Ahora bien, cuando nos preguntamos sobre el deseo de muerte de personas que se encuentran en el marco de la eutanasia y del aborto, así como los discursos y significaciones que elabora el personal sanitario en torno a esto, podemos ver un discurso más bien elaborado, o si no es elaborado articuladamente, por lo menos pasado por el cedazo de la racionalidad y la discursividad que hace manifestar un deseo en torno a la discontinuidad de una vida.

Al respecto nos parece necesario dilucidar sobre qué entenderemos por deseo. En esta dirección Guattari y Rolnik señalan que “todos los modos de elaboración del deseo y, antes que nada, todas las formas concretas pragmáticas de deseo, identifican esa dimensión subjetiva como algo que pertenece al instinto animal, como una pulsión que funciona según principios semióticos totalmente heterogéneos a los que habitan una práctica social. Tanto en las teorías clásicas del psicoanálisis



como en las estructuralistas no hay diferencias en ese punto. Para cualquiera de estas teorías «el deseo es correcto, bueno, muy útil», pero es preciso que entre en cuadros —cuadros del yo, cuadros de la familia, cuadros sociales, cuadros simbólicos (poco importa cómo se los llame). Y para que así sea son necesarios ciertos procedimientos de iniciación, de castración, de ordenamiento pulsional” (2006: 256).

La concepción freudiana sobre el deseo plantea que el deseo se liga a un objeto en particular, sin estar predeterminado, resultado de las experiencias vitales y que a menudo se vincula de forma transformada dejando una huella de satisfacción que busca de manera continua (Le Planche y Pontalis, 1996). En este sentido, el deseo nunca se realiza de forma directa sino mediada por las distintas instancias psíquicas y sociales.

Guattari y Rolnik, en torno al deseo y contraponiéndose a una subjetividad, que les llaman “capitalística”, destacan que son “todas las formas de voluntad de vivir, de crear, de amar; a la voluntad de inventar otra sociedad, otra percepción del mundo, otros sistemas de valores (...) pero su axioma básico (*de la subjetividad capitalística*) es que el deseo sólo puede estar radicalmente separado de la realidad y que es inevitable elegir entre un principio de placer / principio de deseo y un principio de realidad / principio de eficiencia en lo real. La cuestión consiste en saber si no hay otra manera de ver y practicar las cosas, si no hay medios de fabricar otras realidades, otros referenciales, que no tengan esa posición castradora en relación con el deseo, que no atribuyan ese aura de vergüenza, ese clima de culpabilización que hace que el deseo sólo pueda insinuarse, infiltrarse secretamente, ser vivido en la clandestinidad, en la impotencia y en la represión” (2006: 255).

De este modo, el deseo, para los autores, se enmarcaría en posibilidades de transformación de los contextos sociales en los que participan. Nos parece interesante destacar sobre cómo relevan la “voluntad de vivir”, y nos preguntamos sobre cómo se podría enmarcar el deseo de muerte bajo estos parámetros.

Posiblemente, más allá de contraponer los deseos de muerte a los deseos de vida, a nivel pulsional como lo hace Freud, tendríamos que buscar puentes de conexión, considerando que aquella muerte también es parte de aquella vida, y que, el deseo de muerte, de las personas que se encuentran en el marco de la eutanasia y del aborto así como el reconocimiento de dichas experiencias que realiza el

personal sanitario, responden a las posibilidades de construcción de vidas vivibles, donde el respeto por las decisiones y los deseos de las personas son los que deberían prevalecer.

#### **4.6. Dolor y sufrimiento cercanos a la muerte**

En el discurso de los/as profesionales, se conectó bastante el dolor y el sufrimiento con la situación de aborto, principalmente asociada a las tres causales. Asimismo se planteó en reiteradas oportunidades el sufrimiento por el cual atravesaban las personas que solicitaban adelantar sus muertes a causa de una enfermedad mortal. En este sentido, nos preguntamos en este apartado sobre qué entendemos por sufrimiento, conectándolo a lo anteriormente revisado en torno a la muerte.

La cultura popular establece un límite entre el significado de dolor y sufrimiento, en la medida que el primero se asocia con elementos del cuerpo, es decir tiene un carácter fisiológico, mientras que el segundo se asocia con la psique o el alma (Cabòs J, 2013).

Sin embargo, independientemente de donde nos situemos para establecer el dolor y el sufrimiento, ambos fenómenos remiten a la experiencia de una persona, es decir, existe una consciencia que experimenta dichos fenómenos de manera subjetiva (Cabòs J, 2013, Le Breton, 1999). Asimismo Le Breton (1999) destaca que el sufrimiento también es situacional, se vivencia de manera íntima pero al mismo tiempo se encuentra conectado al vínculo social.

En esta dirección Cabòs (2013) realiza una revisión de literatura sobre el sufrimiento y el dolor, donde da cuenta que para algunos/as autores/as éstos son sinónimos (Armengol (2010), Lewis (1994), Szasz (1988), Wenke y Sauerbruch (1962), Cabòs J (2013)).

Al respecto Barbero (2004) destaca que se puede sentir dolor sin sufrir mientras que, se puede sufrir sin sentir dolor. De esta manera ambas emociones son independientes, si bien existen momentos en que se encuentran unidas, también se pueden desplegar de maneras diferenciada.

Para Morris “hablamos de sufrimiento de un modo que implica una dolencia prolongada y profunda cuyo daño que trasciende el cuerpo y afecta a la mente, alma o espíritu” (Morris, 1994: 284), pero dicha dolencia, remitida al sufrimiento, puede estar o no causada por un dolor, lo planteamos por ejemplo en el sentido de la experiencia de sufrimiento de carácter más espiritual.

Para Cabòs (2013), es posible realizar una categorización de los modos de abordar el sufrimiento, de esta manera el autor reconoce: el sufrimiento como condición universal, donde éste afecta a un todo o a un grupo, mientras que el dolor afecta a lo singular; el sufrimiento como una emoción del ser sufriente, que puede ser tanto físico, psicológico como social (por ejemplo el aislamiento, la soledad, o el ostracismo); el sufrimiento como una actitud, que lo considera como una vivencia de una pasividad activa, donde el sujeto se mantiene activo/a para resistir.

Para Altarejos (1990) el dolor es un hecho que no se busca intencionalmente, mientras que el sufrimiento remite a un conjunto de acciones humanas que encuentra resistencia subjetiva frente a un hecho objetivo como el dolor. De este modo, el dolor vendría a remitir a lo que acontece, mientras que el sufrimiento es la respuesta a modo de resistencia de dicha experiencia.

Para Cabòs “el sufrimiento no sólo se despliega por la existencia de un dolor, sino que aparece cuando el afectado cree que ese dolor no va a poder ser controlado” (2013: 34). En este sentido podemos asociar el sufrimiento a la muerte, como un evento cercano a ésta, que remite a aquella experiencia de un fin próximo.

Según Levinas “en el sufrimiento el sujeto parece haber llegado con ello al límite de lo posible, se haya encadenado, desbordado y, a pesar de todo, pasivo” (1993: 112). Esta visión se traspone a lo que mencionábamos anteriormente en cuanto a la resistencia frente al sufrimiento en la medida que el autor reconoce una cierta pasividad, mientras que existen quienes reconocen como el acto de sufrir encadenado con la resistencia subjetiva.

Asimismo, podemos mencionar la clasificación que hace Le Breton (1999) del dolor. El autor señala que existen tres tipos de dolor: el primero, el dolor agudo, que puede remitir a dolores específicos tales como al extraer una muela, al curar una fractura, etc. Un segundo tipo de dolor tiene que ver

con el dolor crónico, donde el autor destaca que es un triste obstáculo para la existencia en la medida que la medicina no puede entregar respuestas para aliviarlo.

Un tercer tipo de dolor tiene que ver con el dolor total, que Le Breton (1999) lo asocia con que el sujeto se encuentre unido al mundo a través de la experiencia del dolor, en dicho contexto podemos ubicar a los cuidados paliativos los que se encargan de los dolores de enfermedades que ya no son curables, pero que tratándolos pueden permitir la vida en el máximo de las posibilidades de los enfermos.

De este modo Le Breton (1999) retrata el modo cómo se siente el/la enfermo/a que se enfrenta a un estado terminal, destacando que vivencia un estado de insignificancia social en la medida que se siente una carga para los/as familiares y para el equipo médico. Así, el/la enfermo/a siente que su relación con el mundo pierde valor, disminuye su dignidad o construcción de dignidad como persona.

Los elementos revisados en este apartado, que guardan relación con la muerte, el dolor y el sufrimiento se encuentran aplicados al capítulo analítico sobre “La muerte prohibida: expresiones del dolor y del sufrimiento en el marco de los discursos del personal sanitario”.

#### **4.7. Construcciones corporales: entre el tener y el ser**

La dimensión corporal es un eje conceptual que atraviesa toda esta investigación. En esta dirección tanto aborto como eutanasia se instalan en los cuerpos, hacen referencia a éste y ponen en juego elementos tales como: la vulnerabilidad, autonomía, sufrimiento, dolor, entre otros. En esta dirección hemos visto como el cuerpo se encuentra conectado con la humanidad, en tanto que ésta no se puede concebir desanclada de lo corpóreo.

Por este motivo desarrollamos el apartado sobre cuerpo al finalizar este capítulo, resaltando su carácter transversal al mismo tiempo de dar paso, posteriormente, a los capítulos de análisis de esta investigación.

Las preguntas que tratamos de contestar en este apartado, y que se encuentran completamente ligadas a las metáforas corporales y a las concepciones de cuerpo sano que emergen desde los discursos sanitarios, son ¿qué tipos de dualismos emergen en las concepciones corporales y cómo podemos superarlos?, ¿cómo se instala el género en las concepciones corporales?

#### **4.7.1. Dualismos en la construcción corporal en la modernidad**

Existen modos de concebir el cuerpo que se encuentran diferenciados según el contexto socio histórico en el que se anclan. Según Gimeno, realizando una lectura de Lain Entralgo, nos plantean que “acepta este autor que las dos respuestas frente a la interrogación que la realidad corporal nos plantea han sido: a) o bien la unión de ésta en dos principios –cuerpo mortal y alma inmortal- (respuesta mantenida por Platón, Aristóteles, cristianismo tradicional, Descartes, Leibniz y Eccles, entre otros); b) o bien un monismo materialista (respuesta mantenida tanto por algunos clásicos de la antigüedad como por Marx, Engels, Freud y Sartre, entre otros)” (2003: 31).

De esta manera, a lo largo de la historia y en conexión con las construcciones teóricas en torno al cuerpo, podemos visualizar la mirada del dualismo y, como contraparte, una mirada monista. En torno a la visión dual, Le Breton (2002) reconoce que el proceso de individuación es relevante en la comprensión del cuerpo en la modernidad debido a que, en el marco de la desacralización de la naturaleza, el cuerpo se constituye como frontera frente a los/as demás.

En este sentido, el autor destaca que el cuerpo pierde su arraigo en la comunidad de las personas, en la medida que se concibe el cuerpo como “forma ontológicamente vacía, sino despreciada, accidental, obstáculo para el conocimiento que lo rodea” (Le Breton, 2002:7).

Esta visión acarrea una mirada dualista que pone el cuerpo de manera escindida a la persona en el ámbito social. Siguiendo al autor, “implica la ruptura del sujeto con los otros (una estructura social de tipo individualista), con el cosmos (las materias primas que componen el cuerpo no encuentran ninguna correspondencia en otra parte), consigo mismo (poseer un cuerpo más que ser su cuerpo). El cuerpo occidental es el lugar de la censura, el recinto objetivo de la soberanía del ego. Es la parte

indivisible del sujeto, el “factor de individuación” (E. Durkheim) en colectividades en las que la división social es la regla” (Le Breton, 2002: 8).

En esta dirección, y bajo la mirada cartesiana, el autor establece que “la afirmación del cogito como toma de conciencia del individuo está basada, paralelamente, en la depreciación del cuerpo y denota la creciente autonomía de los sujetos pertenecientes a ciertos grupos sociales respecto de los valores tradicionales que los vinculaban solidariamente con el cosmos y el resto de los hombres. Al plantear el cogito más que el cogitamus, Descartes se plantea como individuo. La separación que ordena entre él y su cuerpo es típica de un régimen social en el que el individuo prima por sobre el grupo. Típica también de la falta de valor del cuerpo, convertido en límite fronterizo entre un hombre y otro. Después de todo, el cuerpo es sólo un resto” (Le Breton, 2002: 61).

De esta forma, el cuerpo se concibe escindido, de sí mismo y de los/as demás, además de gestar una separación con el cosmos y la naturaleza. En este contexto también se concibe la separación en el mismo cuerpo, con la mente, y el espíritu. Bajo esta concepción, emerge la idea de un pensamiento racional y positivista en Occidente (Le Breton, 2002) lo que se expresa también en el modo de concebir la medicina moderna.

Estas cuestiones también relacionan a la división entre cuerpo y persona, en la medida que posibilita hablar de “mi cuerpo” a la persona (Le Breton, 2002), concibiéndolo como posesión. Cuestión que podemos contraponer –como veíamos anteriormente- con visiones que plantean la necesidad de superar la noción “mi cuerpo”, o “tenemos cuerpo”, con un “somos cuerpo”, en el propósito de romper con esta dualidad de pertenencia (Butler, 2006).

En este sentido, cuando nos remitimos a nuestra pregunta de investigación, desde esta mirada, comprendemos que las problemáticas de aborto y de la petición de adelantar la muerte trascienden a cuestiones exclusivamente personales, en la medida que son cuerpos en disputa, cuerpos sociales y políticos que plantean demandas que van más allá de lo individual.

#### 4.7.2. Género y feminismo en la ruptura de las dualidades corporales

En esta investigación hemos adoptado una perspectiva de género en la medida que concebimos que tanto aborto como eutanasia atravesados /as por una estructura simbólica, material, identitaria y subjetiva que remite a una construcción de género.

Por lo mismo, concebimos la cuestión del cuerpo desde esta perspectiva, al mismo tiempo de intentar romper con los dualismos que le conciben como límite entre lo interno y lo externo. En esta dirección desde la fenomenología se ha construido una visión de que el cuerpo es una experiencia corporal, en la medida que apela al concepto de "cuerpo vivido" que según Kogan remite a la idea de que "la consciencia que tenemos de nuestra experiencia corporal" (2010:116).

A partir de esta mirada, según Esteban, "Maurice Merleau-Ponty (2000), aborda desde la perspectiva filosófica la experiencia encarnada, el cuerpo vivido, defendiendo la idea de que el mundo es percibido a través de una determinada posición de nuestros cuerpos en el tiempo y en el espacio, y que ésta es la condición misma de la existencia" (Esteban, 2013: 25).

Esta mirada nos remite a una superación de la visión dual, en la medida que se concibe el cuerpo como la propia existencia, sin divisiones que lo hacen separarse, por ejemplo, en cuerpo/alma, naturaleza/cultura, material/inmaterial, etc.

En este sentido, siguiendo a Esteban (2013), el cuerpo encarnado es aquel que tiene relación con sus condiciones históricas, donde "la encarnación manifiesta un conjunto de estrategias, y el género es un estilo corporal, un acto o conjunto de actos: es intencional y "performativo". Ser mujer es para Butler convertirse en una mujer, adaptar el cuerpo a una idea histórica, concreta, de lo que es ser mujer, así el cuerpo es inducido a convertirse en un signo cultural, y una misma se materializa de acuerdo con unas posibilidades históricamente determinadas, y todo esto es dentro de un proyecto sostenido y repetido corporalmente. Así, desde una visión feminista, el cuerpo generizado sería un legado de actos que se van sedimentando y no una estructura predeterminada, una esencia, un hecho, sea natural, cultural o lingüística (Esteban, 2013: 64).

Siguiendo a Butler, “el efecto del género se produce a través de la estilización del cuerpo, y de ahí, debe entenderse como forma rutinaria en que los gestos corporales, movimientos y estilos de diverso tipo constituyen la ilusión de un ser perdurable con un género” (Butler, 1990: 179). De esta manera, no podemos concebir al cuerpo separado del género en la medida que este último le constituye, imprimiéndole marcas y formas rutinizadas de comportamiento.

Cuando pensamos en los discursos sanitarios sobre aborto y eutanasia, también pensamos sobre las construcciones que tienen los/as sujetos en torno a los cuerpos que se encuentran en juego, es decir, esos cuerpos, con género, que se enfrentan al deseo de detener una gestación o que ya lo han hecho, y a esos cuerpos que desean cesar su funcionamiento, es decir, que buscan abrazar la muerte como hálito final de su experiencia de vida.

De este modo no da lo mismo que los cuerpos sean de hombres o de mujeres, no da lo mismo la identidad de género que sostengan, dado que las percepciones del personal sanitario varían, generando una estructura argumental específica a cada caso.

Asimismo, no da lo mismo que los cuerpos del personal sanitario sean de tal o cual género, en la medida que bajo sus construcciones se establecen posicionamientos sobre la existencia y el reconocimiento de otros cuerpos generizados. Esto es posible de advertir cuando vemos elementos elaborados en relación al cuidado y a la vulnerabilidad, o a las nociones de autonomía que presentan los/as profesionales.

De acuerdo a lo planteado por Esteban “la identidad de género es siempre una identidad corporal, que nos identificamos en relación al género dentro y a partir de una determinada corporeidad, desde una vivencia y una percepción determinada de nosotros/as mismos/as como seres carnales; una corporeidad que es además absolutamente dinámica” (2013: 15).

De este modo, al momento de remitirnos a lo corporal, a la identidad del cuerpo, necesariamente estamos haciendo referencia a la identidad de género que le permea y modela.



### 4.7.3. Conflictividad y orden en el cuerpo

El cuerpo que se percibe en las metáforas corporales, es un cuerpo estático y pausado, construido desde la subjetividad del personal sanitario, un cuerpo marcado por las instituciones de salud que, remitiéndonos a la visión del “paciente”, está a la espera, muchas veces de su propia muerte o de la muerte –o como se pueda significar- del feto o del embrión.

Consideramos que dicha visión se liga a la idea del cuerpo como orden, dejando en silencio la visión de locus de conflictividad del mismo, donde se desarrollan los antagonismos sociales. Dichos antagonismos los podemos observar al momento de pensar en los cuerpos de las mujeres que detienen sus gestaciones a través del aborto, que se posicionan contrarias a una ley que les oprime. O bien lo vemos en los cuerpos que desean detener su existencia y que acuden por ejemplo a “Amortanasia”<sup>12</sup> para, fuera de la legalidad, extinguir la vivencia a través del inducimiento de la anhelada muerte.

Así, en el marco de la modernidad, el cuerpo también es el locus de la conflictividad y el orden, el espacio vital de disciplinamiento, dominación y resistencia. En este sentido, es en el lugar del cuerpo donde se desarrollan los antagonismos sociales contemporáneos.

Para Scribano, “el cuerpo es el locus de la conflictividad y el orden. Es el lugar y topos de la conflictividad por donde pasan (buena parte de) las lógicas de los antagonismos contemporáneos. Desde aquí es posible observar la constitución de una economía política de la moral, es decir, unos modos de sensibilidades, prácticas y representaciones que ponen en palabras la dominación” (2009: 145).

De este modo podemos reconocer la existencia de cuerpos disciplinados, modelados por las instituciones sociales, cuerpos que se encuentran permeados por la biopolítica (Foucault, 1976), pero al mismo tiempo cuerpos que erigen prácticas de libertad, que se rebelan contra la dominación,

---

<sup>12</sup> Como veíamos en los antecedentes de la presente investigación, “Amortanasia” es una organización chilena que presta asistencia para la muerte.

cuerpos que son resistentes y que desarrollan capacidad de agencia que se constituyen en la misma acción social (Ema, 2004).

En esta dirección Esteban (2013) apela al concepto de *embodiment*, donde el foco trasciende a la idea de que lo social se encuentra inscrito en el cuerpo para plantear la centralidad de la cuestión de la interacción social, destacando la noción activa, relacional, intencional y potencial del cuerpo.

En este sentido, “el cuerpo es, así, considerado un “agente y un lugar de intersección tanto del orden individual y psicológico como social; asimismo, el cuerpo es visto como un ser biológico pero también como una entidad consciente, experiencial, actuante interpretadora (...) La dimensión interactiva de la agencia adquiere un significado más amplio cuando el actor social es entendido como un agente encarnado” (Lyon y Barbalet, 1994: 55, 63). Es ésta una perspectiva que busca la ruptura de las principales dualidades del pensamiento occidental: mente/cuerpo, sujeto/objeto, objetivo/pre objetivo, pasivo/activo, racional/emocional, lenguaje/experiencia. O, lo que es más importante, las pone en discusión” (Esteban, 2013: 25- 26).

De esta manera, los elementos desarrollados en este apartado remiten principalmente al capítulo de análisis sobre “Visiones corporales: entre dualismos e integraciones” donde revisamos distintas metáforas corporales elaboradas por el personal sanitario. Dichas metáforas son puestas en tensión, justamente por una mirada que intenta develar dualismos al mismo tiempo de integrar. También, en este capítulo nos remitimos a lo que se concibe como “cuerpo sano” que podemos ligarlo parcialmente con algunas nociones relacionadas a la visión de agencia.

Para finalizar, nos parece necesario mencionar que si bien cada uno de los apartados desarrollados como ejes conceptuales en este capítulo responden a preguntas analíticas distintas, se encuentran directamente vinculados, en la medida que, para tener una comprensión amplia acerca de la problemática en cuestión, se torna necesario considerar estos aspectos de manera integrada. De este modo, podemos comenzar a comprender sobre qué existe detrás de los debates de la vida y de la muerte en torno al aborto y a la eutanasia en la medida que desarrollamos una mirada integradora sobre estos conceptos y sobre el posterior desarrollo analítico.

## 5. Estrategia Metodológica

En este capítulo damos cuenta de la metodología empleada en esta tesis, de las técnicas de información adoptada, e indicamos los criterios de exclusión e inclusión de la muestra cualitativa, tanto la prevista como la realizada. Finalmente, describimos y argumentamos el tipo de análisis adoptado.

### 5.1. El carácter cualitativo de la investigación

Nuestro estudio se desarrolló en base a una *perspectiva de carácter cualitativa* en tanto que permitía analizar los discursos elaborados en el ámbito sanitario por médicos/as, enfermeras/os, matronas/es, entre otros/as.

Al respecto, Álvarez- Goyau (2003), haciendo una lectura de Taylor y Bogdan (1987) y Baptista, Collado y Sampieri (2010), destacan las siguientes características de la investigación cualitativa, que las contrastamos con los procedimientos que hemos desarrollado en la presente investigación:

- Si bien se comienza desde un problema de investigación, **no existe un proceso completamente definido ni preguntas fijas preestablecidas**: De este modo, nuestra investigación comenzó con una interrogante que ha sido permanentemente revisada y modificada en el proceso. Dicha interrogante ha servido de guía para nuestras lecturas, formulación de preguntas más específicas, interpretaciones, entre otros, sin ser una camisa de fuerza, permitiéndonos cuestionarla y revisarla permanentemente.
- **Las hipótesis se van construyendo en el mismo proceso**: Esta investigación emergió a través de interrogantes iniciales que no necesariamente implicaban la generación de hipótesis, dado que era necesario realizar un involucramiento mayor en el campo para ir entretejiendo la producción de información y tener un poco más de claridad sobre los posibles resultados. Así, en la actualidad es posible mencionar la existencia de hipótesis de investigación que se han

detallado previamente, las cuales también han sido revisadas de manera constante en el proceso de investigación.

- **Busca profundizar en elementos subjetivos:** Este planteamiento es bastante importante debido a que la temática que estamos trabajando, el aborto y la eutanasia, conectado a los procesos de vida o muerte, son temas sensibles, que muchas veces para ciertas personas son complejos de elaborar o de expresar en determinados marcos institucionales.

De esta manera, debido a la temática de investigación y a nuestra formulación del problema, podemos afirmar que hemos buscado profundizar en los elementos subjetivos de nuestros/as entrevistados/as. En esta dirección, guiadas por una epistemología feminista, no hemos indagado exclusivamente en elementos racionales, sino también hemos ampliado nuestra mirada hacia elementos emocionales.

Asimismo, según Canales et al. “se abandona la pretensión de objetividad, como propiedad de una observación desde afuera –por ejemplo, para indicar al objeto: con el dedo índice, lo que está allá afuera–, y se asume el postulado de la subjetividad –como condición y modalidad constituyente del objeto, que observa desde sus propias distinciones y esquemas cognitivos y morales” (2006: 21).

Por lo mismo, no buscamos con nuestra investigación una mirada objetiva totalizadora, sino más bien la propuesta que hemos desarrollado apunta a comprender las hablas emanadas desde la propia subjetividad.

En esta dirección, como veremos en nuestro marco epistemológico, adoptaremos una mirada feminista de los “conocimientos situados” (Haraway, 1995) que implica un conocimiento parcial pero honesto. Asimismo, trabajamos desde la noción de Harding (1996) en torno a un “objetivismo fuerte” que busca transformar los escenarios al mismo tiempo de considerar elementos emocionales de los/as sujetos/as que, tradicionalmente, bajo una lógica de ciencia hegemónica patriarcal, han estado invisibilizados.

- **El proceso de investigación es flexible** (Hernández, 2012), cuyo objetivo es una reconstrucción de la realidad, basándose en percepciones de los/as actores/as sociales. **Es holística** (Hernández, Alvarado y Luna, 2015), no se reduce a las partes sino más bien se considera la totalidad: En el marco del proceso de investigación, hemos seguido un diseño flexible, que nos ha permitido reflexionar, avanzar y retroceder, para luego seguir avanzando en la construcción de conocimiento. En este sentido ha sido un proceso de modificación constante para la producción de un nuevo saber.

Asimismo, en torno a la mirada holística de la investigación social cualitativa, es importante mencionar que no sólo hemos considerado los discursos de las personas entrevistadas, sino también sus escenarios institucionales, así como también el contexto político y social del país, con el objetivo de tener una comprensión más profunda. En esta dirección, justamente con el afán de lograr trascender una mirada hegemónica de construcción de la ciencia, que establece la necesidad de parcializar el saber, apostamos por una mirada holística que es integradora y dialogante.

- **Se evalúa el proceso natural de los sucesos, es decir, no se altera la realidad:** Los autores destacan que los/as investigadores/as cualitativos/as tratan de comprender a las personas dentro de sus marcos de referencia, suspendiendo o apartando sus propias creencias, predisposiciones y perspectivas, además de considerar que todas las perspectivas son valiosas.

En este contexto nos encontramos frente a problemáticas que plantean posiciones específicas en torno al aborto y a la eutanasia, y si bien como investigadora también tengo mi posicionamiento y opinión al respecto (que sin duda es una postura política), he intentado suspender mis juicios frente a dichas posiciones, para dotarlas de validez, para comprender que emanan de sujetos sociales que tienen una historia de vida que les ha hecho reflexionar de una u otra manera.

Sin embargo, nos parece que es necesario considerar, a nuestro modo de ver, que en el proceso investigativo siempre, independiente del contexto, estamos interfiriendo en el

campo de estudio. Es decir, siempre la investigación será comprendida como un paréntesis que genera alguna alteración en la realidad en la medida que la/el investigador/a es ajena/o a dicha realidad.

Considerando lo anterior, lo que buscamos en la investigación cualitativa es acercarnos lo mejor posible a esas dinámicas, interrelaciones, identidades, posiciones, motivaciones etc., que se expresan en el ámbito social, logrando generar una investigación que refleje del modo más fidedignamente posible lo que ocurre en una realidad particular. Así, si bien asumimos que con esta investigación podemos alterar<sup>13</sup> la realidad, hemos tratado de generar empatía con los/as entrevistados/as y una visión de apertura y comprensión frente a lo que nos plantean.

- **Interpretación de la realidad y comprensión de los significados y del accionar:** A través del proceso investigativo nos hemos involucrado con los/as actores/as, llevando a cabo una comprensión de la problemática donde, por ejemplo, el posicionamiento en torno al aborto no tiene una conexión de causalidad directa con ciertos argumentos sino que se está tejiendo un entramado mucho más complejo que remite a la construcción de una ética basada en determinadas concepciones de derechos sexuales y reproductivos.

De este modo, ha sido un trabajo de comprensión los marcos de referencia de un/a otro/a, intentando “ponerme en sus zapatos”, para desde ahí comprender su discurso y motivaciones de dicho discurso. En esta dirección Martínez (2011) destaca que la investigación social cualitativa es interactiva, en la medida que quien investiga se encuentra completamente influenciado/a, produciéndose un cercano y empático vínculo entre investigador/a y persona entrevistada.

---

<sup>13</sup> Hacemos la especificación de que nos estamos refiriendo a alterar una realidad, y no necesariamente a intervenir una realidad, lo que estaría más en la dirección de una metodología de investigación acción que en esta tesis no hemos adoptado.

Así, consideramos que este tipo de trabajo conlleva la adopción de una humildad investigativa, en la medida que es necesario no sentirse dueño/a de la verdad<sup>14</sup>, al mismo tiempo de comprender que no existe una verdad, sino más bien existen diversas verdades que emanan desde la heterogeneidad de las personas. Cuando una adopta esta posición se vuelve más llevadera la posibilidad de generar puntos de encuentro con los/as entrevistados/as.

En esta dirección Canales et al. Mencionan que “ya sea cómo habla entrevistada en profundidad, o como habla grupal, o como habla grupal focalizada, como autobiografía o como testimonio, siempre se trata de alcanzar la estructura de la observación del otro. Su orden interno, en el espacio subjetivo-comunitario, como sentidos mentados y sentidos comunes” (Canales et al., 2006: 19).

- **No busca la generalización probabilística:** En este sentido nos estamos remitiendo a la generación de resultados de una realidad en particular. Por lo mismo no es intención de esta investigación producir una explicación en torno a los discursos del personal sanitario en general, sino que, nos situamos en la realidad de tres instituciones específicas (las revisaremos más adelante).

De este modo, nos situamos más bien desde un orden estructural del sentido, comprendiendo por aquello que “la disposición como escucha de la instancia investigadora posibilita la manifestación como habla de la instancia investigada. Lo que emerge allí es una estructura, un ordenamiento, una estabilidad reconocible de lo social. El orden del sentido es lo que emerge, como estructura de significación articulada desde una perspectiva –la de la investigada, lo investigado” (Canales et al., 2006: 20).

---

<sup>14</sup> Aunque consideramos que si existe un posicionamiento político de la investigadora, que está conectado con el tipo de análisis adoptado (análisis crítico del discurso).

## 5.2. Estrategia mixta de investigación

Nuestra investigación ha adoptado una estrategia mixta, incorporando elementos tanto inductivos como abductivos en su proceso de construcción.

En palabras de Vásquez: “la deducción va de lo general a lo particular, en el proceso más simple de razonamiento; el resultado final es lo que se busca hallar en el proceso y, por lo tanto, es incierto. La inducción, por su parte, aparece como el proceso inverso, en el cual se conoce el resultado, es decir, la proposición singular, y el caso, la preposición particular, pero se debe buscar la regla, es decir, lo general. Por último, se ubica la abducción, el proceso de pensamiento científico más débil de los tres, pero, a su vez, el más complejo y único capaz de generar nuevos conocimientos; éste actúa en un primer momento como la deducción, sin embargo, en la primera etapa de la abducción, la regla surge de la formulación de una hipótesis que está en términos de posibilidad, por lo cual aún no está demostrada; lo mismo ocurre con el caso (lo particular) que es formulado en términos de conjetura; en este caso, lo único que se tiene con certeza es el dato de la realidad natural y sociocultural, es decir, el resultado; desde el resultado se da el proceso análogo de la inducción, como complemento del razonamiento inicial. Del resultado, se pasa nuevamente a la revisión de la regla en términos de conjetura, que es a partir de la cual se construye el caso desde la lectura de la realidad” (2008: 7).

En este sentido, para la autora (Vásquez, 2008), la caracterización de lo abductivo radica en que se produce conocimiento por medio de un método creativo, mientras que la deducción deriva conocimiento del cual ya se encuentra validado y la inducción busca la comprobación de dicho conocimiento.

Según Eco “la abducción parece más un movimiento libre de la imaginación alimentado por emociones (como una vaga intuición) que un proceso normal de descodificación” (1991:208). En este sentido el método abductivo tiene un doble carácter, es intuitivo y relacional (Fernández, 2005).

De este modo, en el marco de esta tesis doctoral, hemos comenzado principalmente con el desarrollo del trabajo de campo, a partir de ciertas nociones que teníamos presentes gracias a la elaboración del estado del arte. En este sentido no podemos considerar que somos una tabula rasa frente al



conocimiento, dado que mis años de formación han generado en mí una predisposición y un cierto manejo que hacen acercarme al conocimiento de una manera particular.

Sin embargo, es interesante destacar que ha estado bastante presente el carácter intuitivo y relacional que se constata en el método abductivo en este camino, en la medida que, de manera inicial fueron estos elementos los que me ayudaron a ir poco a poco delimitando mi pregunta de investigación, generando los objetivos y las hipótesis.

Cabe destacar que Aliseda (1998) señala respecto al método abductivo lo siguiente:

- Se le considera como producto y como proceso en la medida que se llega a la explicación a través de la información, pero al mismo tiempo se le considera proceso como los procedimientos que producen tales explicaciones.
- No sólo trata de generar hipótesis explicativas sino también producir los criterios que permiten seleccionar las hipótesis más adecuadas. Se distinguen dos fases, la de búsqueda de hipótesis y la de aplicación de criterios para su selección.
- La abducción no es asimilable en todas sus formas a ciertos tipos de inducción, desde la afirmación de un hecho se puede sacar una explicación abductiva, mientras que las generalizaciones inductivas comienzan de casos concretos o ejemplos para pasar a una explicación general, que suele adoptar una proposición categórica universal.

Asimismo, en materia de análisis adoptamos una estrategia inductiva, en la medida que fue a través de los mismos discursos que construimos nuestras categorías, las que relacionamos con teoría con el objetivo de crear una cierta regularidad argumental. De este modo, podemos visualizar que hicimos un ejercicio desde lo empírico hacia lo teórico. Así, nuestra investigación no comenzó por establecer un marco teórico predefinido desde el cual acercarnos al trabajo de campo, sino más bien fue un proceso inverso, fue el trabajo de campo y el proceso de análisis que nos permitió iniciar la construcción teórica.

Conectado a esto, nos parece que esta fase se puede vincular bastante a lo planteado por la teoría fundamentada respecto del “método de comparación constante” donde se “propone realizar

simultáneamente procesos de codificación y análisis, con el propósito de ir generando la teoría de forma sistemática, por medio de la utilización de la codificación explícita y de procedimientos analíticos. Se trata entonces de ir paralelamente combinando en el análisis de los datos cualitativos, conceptos, categorías, propiedades, hipótesis e hipótesis interrelacionadas, teniendo presente la posibilidad del surgimiento de nuevas categorías con sus propiedades, las cuales deben ser incorporadas en el proceso de análisis” (Hernández et al. 2011: 10).

De esta manera, por medio del método de comparación constante, podemos identificar dos momentos o fases en el proceso de análisis:

1ro. Una fase que consistió en analizar de manera inductiva lo vinculado a aborto por una parte y lo relacionado con eutanasia por otro. De esta manera, producto de dicho trabajo elaboramos dos documentos que hacían emerger elementos relacionados a argumentos, posicionamientos y dilemas en torno al aborto y a la eutanasia. Dichos análisis se encontraban conectados inicialmente con teoría y con investigaciones empíricas (plasmados en el estado del arte) generando un diálogo entre lo analítico y lo teórico.

2do. Posteriormente, procedimos a agrupar ambos análisis de acuerdo a ejes temáticos que emanaron de los objetivos de investigación y desde el ámbito empírico. Así, produjimos siete capítulos temáticos que integraban tanto elementos de aborto como de eutanasia, y que nuevamente se contrastaban con teoría para generar un proceso analítico teórico que nos llevara a responder nuestra pregunta de investigación.

Asimismo, esta fase analítica, nos permitió desarrollar una propuesta teórica en la cual emergieron los principales ejes conceptuales de la investigación.

### **5.3. Estructuración de la muestra: Muestra inicial y muestra final**

En este apartado damos a conocer la estructuración de la muestra que realizamos inicialmente en el marco de la investigación, así como los detalles de la muestra final, es decir, cómo finalmente quedó estructurada la muestra para efectos de nuestra investigación.

Cabe destacar que, según Canales et al. “la muestra cualitativa también pretende representación, aunque no es del mismo carácter que la búsqueda en estudios cuantitativos, que apuntan a una representatividad estadística o poblacional” (2006: 23). En este sentido, según los autores, lo que se busca en la investigación cualitativa es una representación vinculada a un conjunto de sujetos, en la medida que éstos/as son seleccionados/as según un ordenamiento interno de relaciones, o como posiciones sostenidas sobre una misma población base. De este modo “el entrevistado, o el participante en una reunión grupal, representa así una “clase” o categoría social, entendida como una posición y una perspectiva específica en una estructura o relación” (Canales et al., 2006: 23).

En este sentido, para los autores (Canales et al., 2006), la representación cualitativa opera en base al principio de redundancia o saturación, siendo importante que cada sujeto seleccionado/a en la muestra represente una posición o determinadas características que permitan generar una saturación del discurso.

De esta manera “el enfoque cualitativo reemplaza a los individuos y las poblaciones, por subjetividad y colectivos o comunidades, y a las variables-valores, por lenguas-habla. Intenta llegar al habla-común (habla en la lengua social). Entiende a comunidad como el conjunto de sujetos que hablan la misma lengua, que tienen un habla en común” (Canales, 2006: 24). Por lo mismo, en la presente tesis hemos apuntado a la generación de un habla común, a la producción de conocimiento en base a la construcción de discursos que son representativos de la comunidad en la cual estamos indagando.

### 5.3.1. Muestra inicial

Para determinar la muestra desarrollamos criterios de exclusión y de inclusión. Es decir, qué atributos nos interesaban de las personas entrevistadas y que nos parecían significativos a la hora de generar discursos divergentes o comunes. En esta línea Navarrete (2000) plantea que para la estructuración de la muestra se consideran las distintas posiciones que ocupan los/as sujetos/as en la estructura social determinada, en función de criterios de homogeneidad y heterogeneidad que estuvieron determinadas por distintas variables.

Para la estructuración de la muestra hemos desarrollado la siguiente “matriz de criterios de inclusión (homogeneidad)/exclusión (heterogeneidad)” que nos permitieron realizar una clasificación de los/as sujetos/as:

Figura 3: Matriz de criterios de inclusión (homogeneidad) y exclusión (heterogeneidad) de la muestra inicial

	Clínica privada no religiosa	Clínica privada religiosa	Hospital público no religioso	Total
<b>Unidad de Ginecología/obstetricia</b>	3 entrevistas: 1 a jefatura, 1 profesional hombre, 1 profesional mujer	3 entrevistas: 1 a jefatura, 1 profesional hombre, 1 profesional mujer	3 entrevistas: 1 a jefatura, 1 profesional hombre, 1 profesional mujer	9
<b>Unidad de cuidados paliativos</b>	3 entrevistas: 1 a jefatura, 1 profesional hombre, 1 profesional mujer	3 entrevistas: 1 a jefatura, 1 profesional hombre, 1 profesional mujer	3 entrevistas: 1 a jefatura, 1 profesional hombre, 1 profesional mujer	9
<b>Comité de ética</b>	3 entrevistas: 1 a jefatura, 1 profesional hombre, 1 profesional mujer	3 entrevistas: 1 a jefatura, 1 profesional hombre, 1 profesional mujer	3 entrevistas: 1 a jefatura, 1 profesional hombre, 1 profesional mujer	9
<b>Total</b>	9	9	9	27

Fuente: Elaboración propia

De este modo el principal criterio de homogeneidad o inclusión tiene relación con que todos/as los/as entrevistados/as son personal del ámbito sanitario. En este sentido, la investigación estuvo abocada a conocer los discursos de personas que se desempeñaban como médicos/as, enfermeros/as, matrones/as, entre otros. Sin embargo, es importante considerar que dentro de la muestra incluimos

a un abogado, una abogada y una asistente social, que si bien no tienen formación sanitaria, forman parte de algunos de los Comités de ética.

Los criterios de heterogeneidad (exclusión) tienen que ver con la pertenencia institucional, el sexo de la persona, la posición jerárquica que ocupa en su unidad (si es jefatura o no) y la unidad a la que pertenece:

- **Tipo de institución sanitaria:** esta variable considera a personas que trabajaban en un hospital público, una clínica privada religiosa (católica) y una clínica privada no religiosa. En Chile, el Sistema de Servicios de Salud es de carácter mixto, respecto a las prestaciones y financiamiento.

Cabe destacar que la ley N° 19.638 (Biblioteca Nacional del Congreso de Chile, 1999) que establece normas sobre la constitución jurídica de las iglesias y organizaciones religiosas, plantea que el Estado reconoce la personalidad jurídica sea de esta de derecho público o privado de las entidades religiosas.

En esta dirección la prestación de servicios sanitarios se caracteriza por un modelo que combina la existencia de establecimientos de titularidad y gestión pública, aconfesionales (no religiosos) y religiosos, y por establecimientos privados, aconfesionales o vinculados a algún tipo de iglesia. Este criterio consideró características como tipo de financiamiento y presencia de un ideario religioso ya que, probablemente, dichas características incidirían en la construcción de discurso y en el posicionamiento de los/as profesionales para el caso chileno.

- **Sexo:** Fue de relevancia este criterio en la medida que comprendemos que pueden existir diferencias significativas de género en cuanto a las posiciones existentes en torno al aborto y a la eutanasia y a la vida. Consideramos la variable sexo en la medida que nos fijamos, para determinar dicho criterio, en las características anatomo- fisiológicas de las personas, mientras que a través de éstas buscamos diferencias de género en torno a los distintos discursos, que pueden ser elaborados en función a construcción de identidades y/o significaciones correspondientes a una masculinidad o femineidad hegemónica u a otras visiones disidentes, lo que correspondería a una mirada desde el género.

- **Posición jerárquica:** inicialmente se consideró que este criterio era relevante debido a que la jerarquía implicaba estar más cerca o más alejado/a del discurso institucional, es decir, posiblemente aquellas personas que detentaban cargos de jefaturas mantendrían un discurso más institucional que aquellas personas que no detentan dichos cargos y se podría generar un choque o una disputa en torno a qué posturas son más o menos validas en el marco institucional. Sin embargo, al realizar el proceso de análisis, esta distinción se difuminaba, lo que daba cuenta que dicha variable no era de relevancia.
- **Unidad de pertenencia:** Hemos tomado tres unidades para nuestra investigación: Unidad de Cuidados Paliativos; Unidad de Ginecología y Obstetricia y Comités de Ética. Nos ha interesado abordar la pertenencia institucional dado que las características de la unidad determinan el tipo de experiencia que los/as actores/as tienen en torno a su práctica clínica cotidiana, en este sentido, por ejemplo, las personas pertenecientes a las Unidades de Ginecología y Obstetricia probablemente estarán más cerca de experiencias vinculadas con el aborto, quienes eran de la unidad de cuidados paliativos podían estar más cercanos/as a experiencias relacionadas con la petición adelantada de muerte, mientras que las personas pertenecientes a los Comités de Ética posiblemente se encuentren más cercanas a experiencias de tipo de toma de decisión en torno a dilemas éticos que pueden existir en torno al aborto y a la eutanasia. Cabe mencionar en este espacio, que las personas que pertenecen a los Comités de Ética también pertenecen a otras unidades de origen.

De acuerdo al cruce de los criterios de inclusión de la muestra podemos establecer que inicialmente nos propusimos la realización de 27 entrevistas, con el objetivo de que todas las posiciones se vieran reflejadas a través del discurso de los/as entrevistados/as. Cabe señalar que este número de entrevistas no puede ser considerado de una manera rígida ya que puede variar en función de las posibilidades de contacto y en función de criterios de saturación del discurso.

### 5.3.2. Muestra final

Nos parece necesario en este espacio dar a conocer cómo fue el proceso de acercamiento a las instituciones para lograr el trabajo de campo. Al respecto destacamos que no fue un trabajo fácil ya que en Chile se estaba debatiendo el Proyecto de Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo en Tres causales, lo que generaba una gran expectación por parte de los cuerpos directivos de las instituciones, en el sentido de no tener claridad sobre cómo proceder en dichos casos, o bien estar expectantes a la posición legal que se iba a adoptar en el país.

En ese contexto el acercamiento hacia las instituciones católicas fue el más complejo ya que planteaban que no querían realizar declaraciones en torno al aborto en Chile. Incluso, en una oportunidad tuvimos la posibilidad de dialogar con el Comité de Ética de un hospital público católico, a quienes les presentamos la investigación, los objetivos, el procedimiento metodológico, entre otros elementos.

En dicha institución, el Comité de Ética, donde entre los/as integrantes se encontraba un sacerdote, nos permitió la realización de la investigación, sin embargo, al momento de hacer los contactos fue dificultoso ya que ninguna de las personas de la institución estaba dispuesta a plantear sus posiciones en torno al aborto y a la eutanasia.

Finalmente la institución religiosa que se logró contactar fue una clínica privada, donde hicimos contacto por bola de nieve. En dicha institución sólo una persona de la unidad de Ginecología y Obstetricia nos dio una entrevista, ya que las otras personas argumentaban no tener tiempo o no estar disponibles para las entrevistas. Este elemento es relevante ya que se relaciona al modo como las posturas institucionales permean las posturas personales generando incluso inhibición del diálogo.

El contacto con el Hospital Público fue menos dificultoso ya que teníamos contacto directo con el Director del Hospital, quien nos pidió que le enviáramos el proyecto al Comité de Ética para que lo revisara. En dicho contexto el Comité tuvo una positiva valoración del proyecto lo que nos permitió acceder a las personas que participarían en la investigación. Los contactos se hicieron por bola de nieve, comenzando por contactos que nos dio el Comité de Ética.

En el caso de la Clínica Privada no religiosa, las entrevistas las logramos realizar gracias a una enfermera que nos ayudó con los contactos de las tres unidades que necesitábamos. De esta manera las personas fueron contactadas también por bola de nieve.

Nuestra muestra finalmente incluyó a 26 personas entrevistadas. Cabe destacar que si bien un criterio de homogeneidad era que las personas fuesen del ámbito sanitario, incluimos –como ya lo mencionábamos anteriormente- a tres personas que no contaban con formación en el ámbito de la medicina sino más bien estaban formadas desde el ámbito de las ciencias sociales. De este modo, dichas personas se encontraban completamente imbuidas en las decisiones del ámbito de las instituciones donde colaboraban, aportando desde los comités de ética respectivos, aunque desde otra mirada, en la medida que contaban con una formación de carácter más bien desde las humanidades.

También es importante destacar que si bien habíamos establecido el criterio de heterogeneidad vinculado al tema de la jerarquía laboral, al realizar las entrevistas y al analizar, como señalábamos anteriormente, nos dimos cuenta de que este aspecto era poco relevante, o bien aportaba pocos elementos a la investigación. Esto debido a que los cargos de jefatura en el ámbito sanitario cumplen un rol principalmente de orden y coordinación administrativa, pero no tienen incidencia en las decisiones clínicas que toman los sujetos, quienes muchas veces realizan estas acciones en solitario o bien apoyados/as por sus compañeros/as de trabajo.

De este modo presentamos nuevamente la matriz de criterios de inclusión (homogeneidad) y exclusión (heterogeneidad) detallando las profesiones que sostienen los/as entrevistados/as. Cabe destacar que hemos omitido la información en torno a los cargos de jefatura por los motivos esgrimidos anteriormente.



Figura 4: Matriz de criterios de inclusión y exclusión de la muestra final.

	Clínica privada no religiosa	Clínica privada religiosa	Hospital público no religiosa	Total
<b>Unidad de Ginecología/obstetricia</b>	3 entrevistas: Matrona; Médico gineco- obstetra; Médico Gineco- obstetra.	1 entrevista: Médica Obstetra	3 entrevistas: Delegada de técnicos; Matrón; Matrón	7
<b>Unidad cuidados paliativos</b>	4 entrevistas: Enfermera; Fisiatra (mujer); kinesiólogo; Médica anestesióloga	3 entrevistas: Kinesióloga; Médico Cirujano; Médico Internista	3 entrevistas: Médica General; Psicóloga; Químico Farmacéutico	10
<b>Comité de ética</b>	3 entrevistas: Abogado; Enfermera; Médica oncólogo	3 entrevistas: Abogada; Asistente Social (mujer); Médico General	3 entrevistas: Médica Anestesióloga; Médica Neonatóloga; Tecnólogo Médico	9
<b>Total</b>	10	7	9	26

Fuente: Elaboración propia

Destacamos que la Unidad de Ginecología y Obstetricia de la Clínica privada religiosa está sub representada ya que como comentábamos anteriormente las personas de este ámbito se negaron a dar declaraciones en torno al aborto y a la eutanasia, lo que nos parece que se puede atribuir al contexto de debate del Proyecto de Ley de Interrupción del embarazo en tres causales.

Asimismo, la Unidad de Cuidados Paliativos de la Clínica Privada no religiosa se encuentra sobre representada debido a que se realizaron 4 entrevistas de estas características, debido a que existía interés en participar en la investigación.

Respecto a la muestra en general podemos dar cuenta de que ésta se encuentra conformada por 11 hombres y 15 mujeres. Asimismo destacamos que existe una alta presencia de médicos/as quienes componen en total 11 personas de la muestra; seguidos por 3 matrones/as; 2 enfermeras; 2 kinesiólogos<sup>15</sup>/as; 2 abogados/as; una asistente social; un fisiatra; una psicóloga; un químico farmacéutico; una delegada de técnicos y un tecnólogo médico.

También, es importante señalar que en nuestra muestra hemos incluido a cuatro informantes clave, pertenecientes a la sociedad civil, a instituciones profesionales o científicas que sostienen un debate

<sup>15</sup> El similitud de kinesiólogo/a en España corresponde al fisioterapeuta.

público en torno al aborto y a la eutanasia. De esta manera, entrevistamos a una académica de una universidad chilena, especialista en temas de cuidados paliativos; por otra parte, también entrevistamos a una dirigente de un alto cargo del Colegio Médico de Chile; a una dirigente de un alto cargo del Colegio de Matronas de Chile y al representante de una organización civil que apoya a los procesos de eutanasia en el país –Amortanasia-.

#### **5.4. Entrevistas en profundidad semi- estructuradas**

En nuestra investigación hemos tomado la decisión de realizar entrevistas a personas del ámbito sanitario, con el objetivo de conocer los discursos en torno al aborto y a la eutanasia y a los debates existentes sobre la vida y a la muerte. De este modo Álvarez- Goyau, señala que una entrevista es “una conversación que tiene una estructura y un propósito. En la investigación cualitativa la entrevista busca entender el mundo desde la perspectiva del entrevistado, y desmenuzar los significados de su experiencia” (2003: 109). De este modo nos hemos abocado, a partir de los objetivos específicos de la investigación, a generar categorías para ser traducidas en preguntas para dichas conversaciones.

Hemos optado por desarrollar entrevistas semi- estructuradas “que tienen secuencia de temas y algunas preguntas sugeridas. Presentan una apertura en cuanto al cambio de tal secuencia y forma de las preguntas, de acuerdo a la situación de los entrevistados” (Álvarez- Goyau, 2003: 111). En este sentido hemos elaborado una primera pauta<sup>16</sup> de preguntas con los temas que son de interés de abordar.

Cabe mencionar que hemos dispuesto de manera diferente la secuencia de preguntas en función de la unidad donde se desempeña la persona, ya que de este modo abordamos de manera inicial cuestiones que le son más cercanas a su labor cotidiana finalizando con aquellas que posiblemente se encuentran más alejadas.

---

<sup>16</sup> Las pautas de preguntas utilizadas en esta investigación pueden ser revisadas en los anexos.

Así, por ejemplo, hemos estructurado una pauta especial para aquellas personas de las unidades de Cuidados Paliativos, consultándoles inicialmente por temas relacionados con la eutanasia, mientras que la pauta para las entrevistas a personas que se desempeñan en la Unidad de Ginecología y Obstetricia comienza preguntando por temas relacionados con el aborto. Destacamos que en todos los casos la puerta de entrada a la conversación es consultar por motivaciones y funciones en el ámbito laboral, lo que nos ha permitido tener un acercamiento más directo y generar un diálogo más fluido para, posteriormente, indagar en temas más polémicos.

La entrevista en profundidad semi-estructurada, es una herramienta que pretende, a través de la producción de un conjunto de saberes personales, la construcción del sentido social del comportamiento individual o del grupo de referencia de ese individuo.

De esta manera la entrevista en profundidad puede definirse como “una técnica social que pone en relación la comunicación directa cara a cara de un investigador/a- entrevistador/a y un individuo entrevistado con el cual se establece una relación peculiar de conocimiento que es dialógica, espontánea, concentrada, de intensidad variable” (Gaínza, 2006: 219-220).

En este sentido hemos realizado entrevistas cara a cara, intentando entrar en el conjunto de saberes de los/as entrevistados/as, en sus significaciones y comprensiones del mundo. Así, hemos desarrollado entrevistas en profundidad en la medida que el diálogo que se establece busca conocer opiniones, dilemas y debates que se encuentran en la práctica cotidiana de las personas. Si bien hemos aplicado una pauta de entrevista, hemos dejado espacio para la espontaneidad, en el sentido de generar la posibilidad de hacer preguntas por parte de los/as entrevistados/as, o bien, permitirnos en algunas ocasiones salirnos de la pauta para lograr abordar otros temas que son de interés de las personas.

La entrevista en profundidad opera como técnica de producción de información de doble tipo: “información verbal oral (palabras, significados y sentidos de los sujetos implicados en la entrevista) e información de tipo gestual y corporal (expresiones de los ojos, el rostro, la postura corporal, etc.)” (Gaínza, 2006: 220).

Este tema es de relevancia debido a que la entrevista no sólo plantea un espacio para el diálogo verbal sino que es un espacio de producción de significados de tipo gestual, es decir, existe comunicación no verbal en los momentos, por ejemplo, cuando los/as entrevistados/as se han sentido complicados/as para responder o han tenido ciertas aprehensiones con ciertos temas, explayándose corporalmente frente a estas situaciones, generando rigidez en su postura o expresándose de manera dubitativa frente al tema.

Kvale sostiene que “la preparación de antemano es esencial para la interacción y el resultado de una entrevista. Una parte importante de la investigación debe haberse llevado a cabo antes de encender la grabadora en la entrevista” (1996: 126). En este sentido, además de haber elaborado nuestra pauta de preguntas, hemos llevado a la instancia de las entrevistas un consentimiento informado que básicamente ha permitido explicar los objetivos y propósitos de la investigación, destacando que si la persona lo autoriza, se utilizará una grabadora de voz, además de mencionar el tema de la confidencialidad, en el sentido de que la investigación no hará referencia a los nombres de las personas, es decir, no vinculará discurso con identificación personal.

El momento de entrega del consentimiento informado ha sido bastante provechoso en el sentido de que las personas han logrado despejar dudas respecto a la investigación, permitiendo abrir el espacio a la aclaración de consultas y dudas.

También, debemos señalar que las entrevistas duraron en promedio una hora en la que se desarrolló un diálogo fluido y ameno con él o la entrevistada.

Además, a petición de los cargos directivos de las instituciones se acordó no dar a conocer el nombre de la institución a la cual pertenecen los/as entrevistados/as, lo que se vinculaba principalmente al hecho de que se estaba desarrollando el debate de la ley de interrupción voluntaria del embarazo y los/as directivos/as no deseaban que los discursos de los/as profesionales se asociaran a la institución.

## 5.5. Técnicas de análisis

A continuación presentamos las técnicas de análisis que hemos utilizado en la investigación. Explicamos por qué hemos utilizado un análisis de contenido y un análisis crítico del discurso para el análisis de las entrevistas, de manera integrada.

### 5.5.1. Análisis de contenido

En el marco de nuestra investigación hemos tomado la decisión de adoptar inicialmente un análisis cualitativo de contenido para la información producida. Navarro y Díaz (1999) proponen una definición del análisis de contenido basado en la comprensión de los discursos en el contexto en el cual son desplegados. Cuando se habla del “contenido”, no se alude al texto mismo, sino a algo que está en relación a que el texto funcione como instrumento. De este modo, el abordaje fue generar un proceso de comprensión del texto que fuera más allá del texto, considerando su contexto y su modo de funcionamiento en la realidad.

Para nuestra investigación hemos utilizado la técnica de análisis de contenido con el objetivo de desarrollar un procedimiento sistemático que nos permitiera la interpretación de la información. Para esto, y siguiendo las propuestas de Cáceres (2003) en torno a los pasos que hay que seguir para aplicar dicha técnica, inicialmente llevamos a cabo un proceso de transcripción de las entrevistas<sup>17</sup> en documentos Word (alrededor de 600 páginas), con el objetivo de generar un corpus de análisis, una unidad de análisis, que nos permitió analizar la información.

Posteriormente, codificamos el texto en categorías o códigos, desarrollando un proceso de categorización que dio origen a categorías internamente homogéneas/convergentes pero externamente heterogéneas/divergentes. Cabe destacar que Hernández (1994) define las categorías como cajones o “casillas” en donde el contenido previamente codificado se ordena y clasifica de modo definitivo (en Cáceres, 2003).

---

<sup>17</sup> En los anexos se incluyen las fichas de las personas entrevistadas.

Luego, se procedió a categorizar el discurso plasmado en el texto de las entrevistas, para aquello comenzamos a realizar una operacionalización en base a los objetivos específicos de la investigación, lo que permitió generar las primeras categorías del estudio.

Al mismo tiempo, realizamos una subcategorización en base a una selección de entrevistas (entrevistas de los Comités de Ética), de este modo obtuvimos las primeras subcategorías que luego fueron utilizadas para categorizar el material restante.

Cabe destacar que tras categorizar y subcategorizar, contrastamos los discursos del personal sanitario con otros estudios empíricos y con teoría. De este modo podemos validar las inferencias realizadas en base a nuestra investigación. Destacamos que para categorizar<sup>18</sup> utilizamos el programa Atlas Ti 6.2.

### **5.5.2. Análisis crítico del discurso**

Según Van Dijk, “el análisis crítico del discurso es un tipo de investigación analítica sobre el discurso que estudia primariamente el modo en que el abuso del poder social, el dominio y la desigualdad son practicados, reproducidos, y ocasionalmente combatidos, por los textos y el habla en el contexto social y político. El análisis crítico del discurso, con tan peculiar investigación, toma explícitamente partido, y espera contribuir de manera efectiva a la resistencia contra la desigualdad social” (1999: 23).

En este contexto el análisis crítico del discurso permite esclarecer desigualdades existentes en el marco de las concepciones de vida y muerte conectadas a la eutanasia y al aborto, comprendiendo los argumentos éticos, filosóficos, religiosos, etc. que se establecen en el discurso de los sujetos y en el discurso institucional.

De este modo, el análisis crítico propuesto comprende que el estudio en cuestión tiene un carácter político (Van Dijk, 1999) en la medida que plantea, a través de expectativas, argumentos y definiciones, formas de comprender y de transformar la sociedad.

---

<sup>18</sup> En los anexos incluimos el libro de códigos utilizado.

Es decir, los planteamientos no son ingenuos sino que tienen una matriz en el modo de comprender la sociedad y las formas productivas y reproductivas de la vida. En este sentido Van Dijk destaca que “toda investigación es «política» en sentido lato, incluso si no toma partido en asuntos y problemas sociales; se esfuerza después, como lo hacen otros grupos marginales, por ser mejor que el análisis «ordinario» del discurso. Sus prácticas sociales y políticas no deberían contribuir solamente al cambio social en general, sino también a avances teóricos y analíticos dentro de su propio campo” (1999: 24).

En el marco del análisis crítico del discurso es importante destacar el lugar que ocupa la semiótica, en el sentido que según Farclough (en Wodak y Meyer, 2003) este tipo de análisis se aboca a la relación dialéctica de ésta con otros elementos de las prácticas sociales. De este modo el autor señala que hay que hacer la distinción entre analizar el lenguaje y las prácticas sociales en la medida que tienen diferentes propiedades y se abocan a distintas disciplinas.

En el marco de esta investigación nos hemos dedicado a analizar principalmente los discursos, los cuales se inscriben en el marco de la semiótica, aunque es importante destacar que éstos se encuentran interrelacionados con las prácticas sociales. Es decir, a través del discurso del personal sanitario podemos develar sus decisiones y prácticas cotidianas que se vinculan con los debates de la vida y la muerte en el marco del aborto y la eutanasia y, al mismo tiempo, a través del relato de experiencias (donde se cristalizan prácticas) podemos ver la construcción de distintos discursos asociados.

Ahora bien, para Farclough “la semiosis interviene de tres formas en las prácticas sociales. En primer lugar, interviene como parte de la actividad social inscrita en una práctica (...) En segundo lugar la semiosis interviene en las representaciones (...) es decir que incorporan a su propia práctica esas otras prácticas (...) la representación es un proceso de construcción social de prácticas, incluyendo la autoconstrucción reflexiva – las representaciones participan en los procesos y en las prácticas sociales y los configuran-. En tercer lugar, la semiosis interviene en las “realizaciones” de las particulares posiciones existentes en el seno de las prácticas sociales” (en Wodak y Meyer, 2003: 181- 182).

Cabe destacar que el autor, apoyado en los planteamientos de Bhaskar (1986) propone un marco analítico para desarrollar el análisis crítico del discurso, elaborado bajo el concepto de “crítica explicativa”:

1) Centrarse en un problema social que tenga un aspecto semiótico: en este marco nos hemos abocado a analizar los discursos del personal sanitario, en torno a las problemáticas del aborto y de la eutanasia conectadas al debate de la vida y la muerte.

2) Identificar los elementos que lo obstaculizan con el fin de abordarlos mediante el análisis: Para aquello identificamos la red de discursos que están en contra de la autonomía de las personas, explicitadas mediante ejemplos de la práctica, posicionamiento, argumentos, con el objetivo de contrastarlos con estudios empíricos con el objetivo de desnudar la construcción discursiva que se posiciona de manera hegemónica enarbolando el valor de la vida biológica sin bemoles.

3) Considerar si el orden social (la red de prácticas) “necesita” en cierto sentido el problema o no: En Chile, como veíamos anteriormente en los antecedentes, se están debatiendo legislativamente un proyecto de ley sobre eutanasia, además de haberse implementado recientemente la ley de interrupción voluntaria del embarazo. En dicho contexto nos parece que el orden social efectivamente requiere de la problemática en discusión.

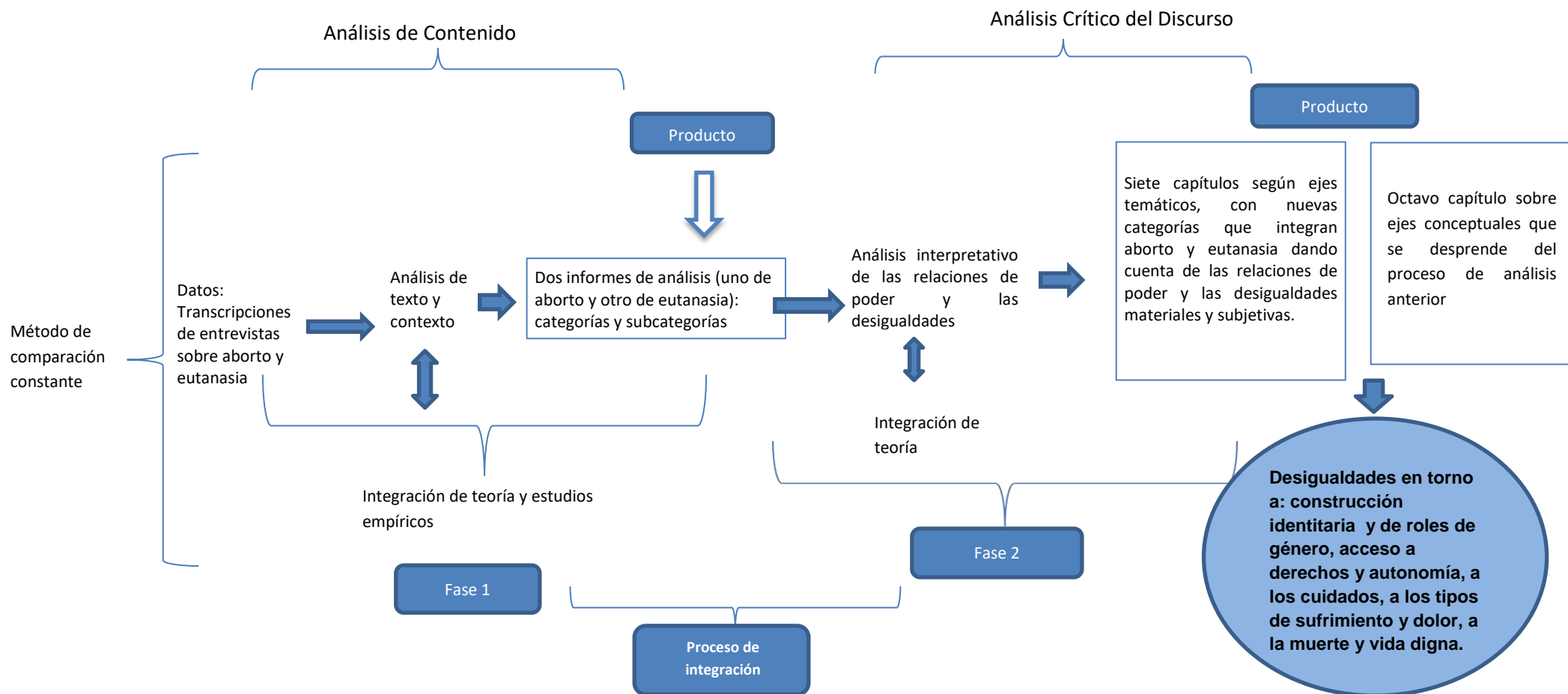
4) Identificar las posibles formas de superar los obstáculos: A lo largo de la tesis se develan las barreras que imposibilitan el agenciamiento de los sujetos en torno a sus vidas y sus muertes. En este sentido la investigación constituye un esfuerzo científico y político por potenciar la autonomía y la dignidad de los/as seres humanos/as.

5) Reflexionar críticamente sobre el análisis: Como veíamos anteriormente, el proceso de análisis ha contemplado varias etapas. Donde hemos tenido la oportunidad de revisarlo permanentemente a través de una mirada crítica.

A continuación presentamos un esquema con la integración de las fases de análisis, utilizando un método de comparación constante.



### 3.5.3. Integración entre análisis de contenido y análisis crítico del discurso: Nuestro diagrama de análisis



## **6. Significaciones, posiciones y expectativas en torno al proyecto de ley de interrupción del embarazo en tres causales y a la eutanasia en el marco del debate social y político del país**

El capítulo que presentamos a continuación, constituye el primer capítulo analítico de un total de siete capítulos que intentan dar respuesta a nuestra pregunta de investigación por medio de la comprensión del discurso del personal sanitario.

De este modo, este capítulo tiene la intención de dar cuenta sobre las posiciones y expectativas del personal sanitario en torno al aborto y a la eutanasia, teniendo en consideración que ambas problemáticas han suscitado un debate público y legislativo en el país.

Cabe destacar que al momento de realizar las entrevistas, todavía no se había aprobado el proyecto de ley de interrupción voluntaria del embarazo en tres causales: 1) La mujer se encuentre en riesgo vital, de modo que la interrupción del embarazo evite un peligro para su vida, 2) El embrión o feto padezca una patología congénita adquirida o genética, incompatible con la vida extrauterina independiente, en todo caso de carácter letal, 3) Sea resultado de una violación, siempre que no hayan transcurrido más de doce semanas de gestación<sup>19</sup> (Ley 21.030, Biblioteca del Congreso nacional de Chile, 2017).

Dicho proyecto se aprobó el año 2017 lo que tuvo como consecuencia la promulgación de la ley en Septiembre de dicho año. En este contexto, se les consultó a los/as distintos/as profesionales

---

<sup>19</sup> Tratándose de una niña menor de 14 años, la interrupción del embarazo podrá realizarse siempre que no hayan transcurrido más de catorce semanas de gestación.

de la salud sobre sus opiniones al respecto, lo que configuró un entramado de argumentos que presentamos a continuación.

Asimismo, el debate sobre la eutanasia en Chile, para el año 2017 -momento de desarrollo del trabajo de campo-, era más incipiente que el de aborto, ya que en dicho momento todavía no se desarrollaba un proceso de discusión legislativa como el que se está dando en la actualidad en el país. De este modo podemos evidenciar que el panorama ha cambiado en la medida que el día de hoy existe un proceso legislativo vigente sobre la eutanasia en el país, donde un proyecto de ley reúne a cuatro proyectos que estaban anteriormente en tramitación.

Consideramos relevante dar cuenta de esta discusión en la medida que podemos vislumbrar las posibles dificultades o barreras que se pueden suscitar en torno al aborto y a la eutanasia en el país, por ejemplo en torno a la objeción de conciencia de profesionales sobre estas materias.

Asimismo, consideramos que los discursos del personal sanitario son relevantes en la medida que es un sector que tendrá que implementar –eventualmente en materia de eutanasia- o que implementa en la actualidad – en el caso de aborto en tres causales- procedimientos médicos específicos, además de establecer relaciones directas con las personas que se encuentran en dichas situaciones.

De este modo, los argumentos esgrimidos en este capítulo también emergen en la construcción de discursos de saber/ poder (Foucault, 1969) que se instalan como verdades en el ámbito social, político y jurídico. Por dicho motivo, las visiones de futuro, los miedos, las aprehensiones y los anhelos de los/as profesionales poseen un impacto directo en las prácticas sanitarias y en la construcción y gestión de la vida y la muerte, no sólo en términos de sus significaciones, sino también en su praxis. En este contexto, las significaciones se constituyen en discursos de verdad que tienen impacto en el control social y en la construcción subjetiva de las personas.

Foucault (1970) destaca que a través de las prácticas de poder y de micropoder se producen los discursos de saber. En este sentido podemos establecer que, a través de la experiencia del personal sanitario, se elaboran discursos que se enfrentan a otros, estableciendo un determinado orden, donde el propósito de dichos saberes no es necesariamente la generación de verdades científicas sino más bien apuntan hacia legitimar una práctica de poder.

Así, si bien nos ubicamos en el marco de las relaciones sanitarias, en instituciones de salud específicas, podemos establecer que los discursos que se generan en torno al aborto y a la eutanasia, y lo que tiene incidencia en el debate de la vida y la muerte, no son necesariamente discursos científicos, sino que tienen una gran impronta política y moral que se dirige a establecer discursos de verdad por medio de la legitimación del poder.

Al respecto Foucault destaca que: “la vida y la muerte nunca son en sí mismos problemas médicos. Incluso cuando el médico, en su trabajo, arriesga su propia vida o la de otros, se trata de una cuestión moral o de política, no de una cuestión científica” (Foucault, 2007: 54). De este modo, lo que nos hemos propuesto en este capítulo es ir desentramando los elementos argumentativos, para conocer su origen al mismo tiempo de ver las conexiones existentes en relación a los posicionamientos de los/as profesionales.

Asimismo, a lo largo de este capítulo acudimos conceptualmente a elementos desarrollados en el estado del arte, revisando conceptualizaciones y posiciones argumentales en torno al aborto y a la eutanasia. También, nos valemos de información desarrollada en el capítulo de antecedentes y contexto, donde se da cuenta del panorama legislativo, político y social del país en torno a estas problemáticas.

El capítulo que desarrollamos en este espacio se centra, de manera inicial (6.1), en develar las conceptualizaciones en torno al aborto y a la eutanasia, lo que expresa tensiones y complejidades. De esta manera, las conceptualizaciones proporcionadas por el personal sanitario, las vamos contrastando con definiciones realizadas a nivel teórico para lograr claridad a la hora de explicar las temáticas abordadas.

La segunda (6.2) y tercera (6.3) parte se centran en comprender las posiciones y argumentos en torno al aborto y a la eutanasia por parte del personal sanitario. De este modo comenzamos por dar cuenta de los elementos generales que se esgrimen en relación al proyecto de interrupción voluntaria del embarazo para, posteriormente, pasar a analizar de manera más detallada los posicionamientos y sus explicaciones sobre las tres causales contempladas.

Finalmente, en la cuarta parte (6.4) revisamos las principales visiones de futuro y las implicancias que aduce el personal sanitario sobre la eutanasia, dando cuenta de las posiciones a favor y en contra así como las que se encuentran en la intersección de esta polaridad.

## **6.1. Tratando de arribar a algunas conceptualizaciones en común**

El personal sanitario al ser consultado sobre los debates existentes en torno al aborto y a la eutanasia en el país, señaló la necesidad de aclarar algunas concepciones sobre estas problemáticas, con el objetivo de tener un lenguaje común que permitiera comprender con mayor claridad los posicionamientos y argumentos al respecto.

En este sentido, presentamos en este apartado dos reflexiones, por una parte profundizamos sobre definiciones en torno al aborto y al aborto terapéutico, mientras que en la otra indagamos en las nociones que presentan los/as profesionales en torno a la eutanasia y a las acciones necesarias para adelantar la muerte.

### **6.1.1. Nociones sobre aborto y algunas distinciones necesarias**

El debate sobre el aborto es un debate complejo, existiendo diversas posturas que muchas veces son irreconciliables, dado que emergen consideraciones no dialogantes. De esta manera, al revisar bibliografía (Aliyeva 2015, Amuchástegui et al 2015, Araujo 2009, Baeza y Schmidth 2015, Bessone 2012, Chía 2012, De Jesús y Frank 2014, Lacombe 2012, Larson, et al. 2015, Navarro 2015, Palma y Moreno 2015, Rodríguez 2012, Zaikoski 2015) podemos dar cuenta de que el debate sobre el aborto, en distintos contextos socioculturales se encuentra bien documentado al mismo tiempo que nos plantea una cierta dicotomía o polarización entre quienes se encuentran a favor de la posibilidad de elegir, y entre quienes abogan por la sacralidad de la vida.

- **¿Podemos establecer distinciones entre interrupción de la gestación y aborto?**

Al momento de conversar sobre aborto con el personal sanitario, surgieron algunos discursos que se refirieron a intentar despejar conceptualmente el término. De este modo, por ejemplo, en el discurso de un tecnólogo médico, presidente de un Comité de ética de un hospital, destaca la diferencia en torno a si el producto es viable o no viable fuera del vientre de la mujer.

“No está absolutamente claro qué era el aborto, porque para uno puede ser no sé un aborto puede ser una eliminación de un feto, de un embrión, o para otra puede ser sacar el feto y el embrión tratando de conservarlo, entonces ahí, es como bueno es aborto o interrupción del embarazo, hay un matiz, entonces como tú eras la que corta el queque, vamos a decir que aborto es de aquí a aquí, para no tener mayor preocupación y objetivizar un poco más la discusión” (Tecnólogo médico Pdte. Comité de ética, Hospital).

De esta manera, el profesional hace una distinción entre interrupción de la gestación y aborto propiamente tal, en la medida que reconoce la primera cuando el producto sobrevive, mientras que el aborto lo entiende como la muerte del producto de la gestación.

Según Navarro, “la expresión interrupción voluntaria del embarazo es un eufemismo, porque en ella concurren los cuatro fines que atribuye Bernardino M. Hernando a los eufemismos: 1.º Disfrazar lo feo de lo bonito 2.º Disfrazar lo fácil de complicado; 3.º Disfrazar la vacuidad de palabrería y 4.º Disfrazar lo concreto de vaguedades”. (Navarro, 2015: 526).

Sin embargo, en la constitución de las legislaciones, en diversos países se recurre a la terminología de “interrupción del embarazo”, como es el caso de Chile, donde, en el momento de realizar las entrevistas, se encontraba en discusión parlamentaria la “Ley de interrupción voluntaria del embarazo bajo tres causales”. De este modo, consideramos que ambas expresiones “aborto” e “interrupción del embarazo” son válidas al momento de hacer referencia al fenómeno en cuestión.

De acuerdo a la OMS (Organización Mundial de la Salud) el aborto es “la interrupción del embarazo cuando el embrión o feto todavía no es viable fuera del vientre materno” (Astete, Beca y Lecaros, 2014: 1450). En este sentido, el concepto de interrupción del embarazo es un sinónimo al aborto, el cual se concibe como tal cuando el feto no es viable fuera del vientre de la mujer, es decir, antes de las 22 semanas de gestación, aproximadamente.

Destacamos la distinción que se realiza entre aborto y no aborto, en la medida que éste se concibe cuando la extracción del feto genera su muerte, es decir es inviable fuera del vientre de la mujer, mientras que, en términos legales, por ejemplo, interrumpir la gestación cuando el producto, o en este caso el bebé, puede sobrevivir en unidades de cuidados intensivo no es constituyente de un aborto propiamente tal.

Según Molina “desde un punto de vista legal la extracción de un feto vivo inmaduro no es un aborto si el feto, puede ser cuidado en una Unidad de Tratamiento Intensivo, que le ofrecerá mejores condiciones que al interior del útero” (2009: 274). En este contexto el autor destaca que la ley vigente, al momento de realizar las entrevistas, no se aplicaba debido a que existían variadas indicaciones donde era necesario realizar una práctica abortiva.

Es decir, en Chile, de manera rutinaria en clínicas y hospitales se realizaban interrupciones de la gestación o abortos para preservar la vida de la mujer, lo cual se conecta al discurso del médico señalado anteriormente, donde da cuenta de dichas prácticas.

- **¿El aborto constituye una terapia?**

También emergieron discursos en torno al aborto terapéutico, señalando que el concepto de terapia no está bien utilizado debido a que el aborto como tal no constituye una terapia en todos los casos. Al respecto Molina señala que “se le ha denominado incorrectamente como aborto terapéutico, pues conceptualmente, el objetivo no es alcanzar la sanación, sino que prevenir situaciones muy graves en las cuales la no intervención atenta contra la vida de una persona, sin alcanzar el beneficio de la protección de otra vida en proceso de desarrollo, aún incipiente o inicial” (2009: 273).

De esta manera el tecnólogo médico destaca que lo que se realiza es un aborto, y que posteriormente se desarrolla la terapia, es decir, el aborto no es una terapia en sí, sino que permite realizar posteriormente dicho procedimiento.

“Claro pero ese no es un aborto terapéutico, es un aborto y después viene la terapia, el aborto es uno solo porque si por ejemplo dijéramos, sacamos la guagua y la mujer se va a mejorar, el aborto fue una terapia, entonces aquí lo que hace el médico es decidir cuál es el mejor momento para hacer la radioterapia sabiendo de que una de las posibilidades es que la guagua muera o muera la señora y bueno murieron los dos, entonces es un conflicto ético donde, al final no es un conflicto ético porque si uno busca lo mejor para ambos, ser justo, cada uno lo que le corresponde, no tienen ningún conflicto ético” (Tecnólogo médico Pdte. Comité de ética, Hospital).

Asimismo señala que es un conflicto ético en la medida que el/la médico/a debe decidir lo mejor para la mujer y para el feto o embrión, es decir, debe decidir entre lo menos malo, intentando preservar la vida de ambos o de la mujer según sea el caso.

Llama la atención que posterior a esta afirmación este actor destaca que no es un conflicto ético para el/la médico/a en la medida que se debe hacer lo que corresponde, es decir intentar preservar, en la medida de lo posible, al feto y a la mujer, y si no se puede, es una consecuencia indeseada.

En el discurso de un médico general, presidente de Comité de ética de una clínica religiosa, se plantea el aborto como “matar a un niño”. En este sentido es interesante dado que se significa al feto como “niño” es decir como una persona con derechos. Este elemento resulta relevante ya que el aborto es concebido como un asesinato, como profundizaremos en los capítulos posteriores, y como tal atenta contra la vida de una persona.

“Entonces, eso es lo que se ha llamado tradicionalmente en Chile, incluso hubo una ley acá que se llamaba la ley del aborto terapéutico. Ya. Pero el nombre mueve un poco a confusión, porque si uno entiende aborto como una acción orientada a matar al niño, entonces, no tiene nada de terapia matar a un niño, porque de hecho las mamás se mejoran no porque muera el niño. Por ejemplo, hay una enfermedad que se da en la madre en el último trimestre del embarazo que es el síndrome hipertensivo del embarazo. Y si ese síndrome se establece con todas las de la ley el ginecólogo sabe que si no responde a todos los primeros tratamientos tiene que interrumpir el embarazo. Pero si ese embarazo se interrumpe cuando la mamá tiene ya treinta semanas, por ejemplo, de embarazo, ese niño va a ser viable afuera. Entonces el ginecólogo interrumpe el embarazo, toma cesárea, saca la guagua, la pone en la Unidad de Cuidado Neonatológicos y la mamá se mejora de la enfermedad y al mismo tiempo se le da todos los cuidados al niño para darle todas las oportunidades. Pero si esa misma enfermedad la madre tiene la mala suerte y el niño también la mala suerte, de que se le da a las veinte semanas, por ejemplo, o a las veinte y dos semanas, una intervención precoz y grave, el médico tiene que hacer lo mismo, interrumpir el embarazo, hacer una cesárea, digamos, sacar al niño, pero cuando él hace eso sabe que ese niño afuera no va a poder vivir, pero no por eso no lo va hacer. Entonces son situaciones en donde la muerte del niño no mejora a la madre. No. Es la interrupción del embarazo, de la condición del embarazo. Es como poner un ejemplo” (Médico general, Pdte. Comité de ética, Clínica religiosa).

Cabe destacar que las significaciones que se entregan a quienes se ven involucrados/as en el aborto son importantes debido a que denotan concepciones que permiten establecer posturas y perspectivas morales, éticas, religiosas, entre otras.

Al respecto Palma y Moreno señalan que “quienes se oponen al Proyecto de ley, cuando hablan del feto le llaman niño y cuando hablan de la mujer embarazada la llaman madre embarazada; entonces la situación de la interrupción del embarazo es transformada en la interrupción de un vínculo entre una madre y un hijo” (2015: 63). Lo anterior tiene fuertes significancias de género dado que denota un destino de la feminidad hegemónica de las mujeres, en el sentido de establecer que el sentido de lo femenino es ser madres y por ende el vínculo con el/la hijo/a es lo más importante.



Al mismo tiempo este médico aclara que el aborto terapéutico, pese a haber existido una ley con su nombre, en realidad no existe, ya que “matar a un niño” no es una terapia, la terapia viene después cuando la mujer puede acceder a tratamiento por no estar embarazada.

### **6.1.2. Problematizando las conceptualizaciones sobre eutanasia**

Al conversar sobre eutanasia con el personal sanitario de las distintas instituciones, emerge la necesidad de definir el concepto, en el sentido de distinguir entre los objetivos y los procedimientos asociados.

Según Carrasco y Crispi, en torno a la eutanasia, “la Organización Mundial de la Salud la define como la acción deliberada que realiza una persona con la intención de provocar la muerte sin dolor, a otro sujeto, o no prevenir la muerte por causa natural, en caso de enfermedad terminal o coma irreversible. El paciente debe estar cursando con un sufrimiento físico, emocional o espiritual incontrolable, siendo el objetivo de la eutanasia aliviar este sufrimiento” (2016: 1599).

Un médico internista de cuidados paliativos de una clínica religiosa también intenta desarrollar la definición de eutanasia, para lo que se vale de la definición etimológica de la palabra, donde eutanasia significa buena muerte. El profesional también asocia esta buena muerte con la conceptualización de “muerte digna”, aunque no entra en más detalles de explicación en torno a lo que refiere dicho concepto.

“Es un concepto bien especial el tema de la eutanasia o sea si nosotros vamos a la etimología de la palabra que viene de bueno o verdadero y tanatos es muerte, etimológicamente eutanasia significa buena muerte o muerte digna como la anuncian en otras partes, en estricto rigor yo trato de que todos mis pacientes tengan una buena muerte y una muerte digna, pero desde el punto de vista ético eutanasia implica inducir la muerte a la persona para suprimir el sufrimiento o sea yo mi objetivo es que el paciente se muera para poder aliviar su sufrimiento esa es como la definición más bien ética” (Médico internista, Cuidados Paliativos, Clínica Religiosa).

Al respecto es interesante establecer que, a lo largo del presente análisis, se tiende a relacionar la buena muerte como aquella que se encuentra libre de sufrimiento, dolor, problemas respiratorios, entre otros elementos. Sin embargo, al momento de contraponer dicha noción con el concepto de “muerte digna” –sobre el cual profundizaremos más adelante- podemos comprender que remiten a elementos distintos, es decir, la buena muerte apunta más bien a la

sintomatología, mientras que la “muerte digna”, tal y como lo plantean desde la DMD –Asociación Derecho a Morir Dignamente-, hace conexiones con la autonomía y la libertad en la medida que plantea que dicho tipo de muerte se vincula al cómo la persona desea morir.

Ahora bien, cabe destacar que el profesional menciona que vela, permanentemente en su práctica sanitaria cotidiana, para que sus usuarios/as tengan una “buena muerte” o “una muerte digna” lo que no implica necesariamente que realice una práctica eutanásica.

- **Eutanasia pasiva y activa**

Un médico cirujano de cuidados paliativos de una clínica religiosa plantea la distinción entre eutanasia activa y pasiva, donde la primera remite a los procedimientos médicos, a través, por ejemplo, del empleo de fármacos, cuyo objetivo es acelerar la muerte o que el/la usuario/a fallezca, mientras que la segunda consiste en retirar tratamientos.

“Creo que este es como el tema central por lo que tú habías conversado inicialmente yo creo que hay una confusión enorme respecto a la definición de eutanasia entonces yo espero que este proyecto contribuya a clarificar esas concepciones, la eutanasia, yo a ver yo entiendo por eutanasia dos cosas, primero lo que se conoce como eutanasia activa es realizar una intervención cuyo objetivo es acelerar la muerte del paciente y que la persona fallezca entonces la medida que yo tengo para evaluar si mi acción es correcta es que el paciente fallezca, del mismo modo suspender fármacos o suspender medidas con el objetivo de que el paciente fallezca eso también es eutanasia, pasiva, eutanasia pasiva, ahora dejar morfina para que un paciente no tenga sufrimiento eso no es eutanasia ya? Creo que allí hay una sutileza bien compleja en cómo se utiliza la morfina, si yo a un paciente le dejo una dosis a un paciente que nunca ha usado opioides, le dejo una dosis básica y la voy regulando para controlar los síntomas, eso no es eutanasia porque estoy regulando una dosis para regular la molestia, si tengo un paciente que nunca ha usado opioides, le dejo una dosis de morfina que es una bomba, una dosis mucho mayor que la dosis inicial eso sí es eutanasia porque en el fondo estás induciendo la muerte del paciente. (Entrevistadora: Perfecto o sea que tiene que ver mejor dicho con los objetivos) Con las dosis y con los objetivos porque en el fondo las dosis tienen que ser consistente en el tiempo yo puedo decir quiero que la persona no tenga sufrimiento pero le pongo una dosis de 10 mg o de morfina una dosis que lo va a matar” (Médico Cirujano, Cuidados Paliativos, Clínica religiosa).

En este sentido el profesional plantea relevante aclarar el procedimiento, ya que considera que existe un cierto desconocimiento en torno a las distinciones de eutanasia pasiva y activa. Asimismo, plantea la diferencia entre usar morfina con fines eutanásicos o no, lo que revela la importancia de considerar los objetivos médicos en las actuaciones clínicas.

Según Zúñiga “es la eutanasia pasiva la que, probablemente, presenta más problemas éticos y jurídicos pues no resulta fácil establecer los límites entre lo lícito y lo ilícito y, por lo general,

existe una confusión sobre lo que realmente es una omisión eutanásica y lo que únicamente significa la interrupción del tratamiento en determinadas situaciones” (2008:116).

En relación a la eutanasia pasiva cabe destacar que Carrasco y Crispi destacan que “tradicionalmente, la nomenclatura internacional ha dividido el concepto de Eutanasia en activa y pasiva. Sin embargo, en los últimos 15 años hay organismos y autores nacionales que plantean esta distinción como inapropiada, postulando que la eutanasia es siempre una acción activa” (2016: 1599). En este sentido, en el panorama chileno se utiliza más bien la terminología de adecuación o limitación del esfuerzo terapéutico en vez de eutanasia pasiva.

En este contexto de definiciones, el profesional destaca el uso de morfina para el tratamiento del dolor, donde plantea la diferencia en cuanto a las dosis y los objetivos en su uso explicando que una persona que no ha usado nunca opioides, por ejemplo, y se le administra una dosis muy alta de morfina, le puede causar la muerte, mientras que también es posible, en la regulación de dosis que el objetivo sea calmar el dolor, manejar los síntomas y no generar la muerte.

- **Eutanasia voluntaria e involuntaria**

Una médica anestesióloga de cuidados paliativos de una clínica no religiosa también intenta definir el concepto de eutanasia, poniendo énfasis a la voluntad del/la usuario/a. Es decir, a través de su definición plantea que la eutanasia implica ayudar a una persona a morir producto de su propia petición.

“La eutanasia, hasta donde yo lo comprendo, hasta donde lo que yo entiendo, es ayudar a un paciente, eh, a, con el término de su vida en forma, eh, con medios para hacerlo ¿ya?... Habitualmente se refiere al uso de fármacos para ayudar al paciente a poner término a su vida por solicitud del paciente” (Médica Anestesióloga jefa de Cuidados paliativos, Clínica no religiosa).

Cabe señalar que en la definición de la profesional no se plantea si la persona se encuentra en un estado terminal o no, quedando abierto el margen de acción para también otros momentos de la enfermedad.

Tomando las consideraciones de Zúñiga (2008) quien realiza una lectura de Peter Singer, podemos señalar la distinción entre eutanasia voluntaria, involuntaria y no voluntaria. Los autores expresan dichas definiciones de la siguiente manera: “La primera, la eutanasia voluntaria, es aquella que se lleva a cabo a petición de la persona que va a morir. “Algunas veces la eutanasia voluntaria

apenas puede distinguirse del suicidio asistido”. La eutanasia involuntaria se produce cuando la persona que muere tiene capacidad para consentir a su propia muerte, pero no lo hace, bien porque no le preguntan, bien debido a que cuando se le pregunta la persona decide seguir viviendo. “Matar a alguien que no ha dado su consentimiento para morir solamente podrá considerarse eutanasia cuando el motivo para matar es el deseo de que acabe un sufrimiento insoportable para la persona que va a morir”. Con todo, Singer considera que no existe justificación posible para este tipo de eutanasia. Por último, la eutanasia será no voluntaria cuando un ser humano no es capaz de entender la elección entre la vida y la muerte. “Entre los que no pueden dar su consentimiento se incluirían los enfermos incurables o los recién nacidos con graves discapacidades, y las personas que debido a accidentes, enfermedades o avanzada edad han perdido permanentemente la capacidad para entender el tema en cuestión, sin haber pedido o rechazado previamente la eutanasia en estas circunstancias” (2008: 116- 117).

De esta manera, podemos interpretar que las distinciones proporcionadas por estos autores están en la base de la posibilidad o no de expresar la voluntad del deseo de adelantar la muerte, conectado con la experiencia de sufrimiento. Asimismo, se realiza la distinción en torno al suicidio asistido en la medida que si bien éste se considera voluntario, se distingue de la eutanasia, debido a que es la propia persona enferma quien auto administra la medicación.

Sin embargo, en el debate en torno al modo de conceptualizar la eutanasia, existen determinadas posturas que reniegan de dichas distinciones. Al respecto Mendoza y Herrera plantean que “este acto médico requiere, entonces, 3 imprescindibles: petición expresa del enfermo, padecimiento físico o psíquico insoportable para el mismo, y una condición clínica terminal” (2016: 325). De este modo, considerando estos tres elementos como requisitos para la eutanasia, los autores no están considerándola en otros casos donde dichos requerimientos no se obtienen.

De esta manera los casos de eutanasia no voluntaria o involuntaria quedarían fuera de la definición en la medida que se considera la existencia de una petición expresa.

Al respecto los/as autores/as aclaran que la eutanasia propiamente tal es activa, directa y voluntaria “la eutanasia pasiva no es eutanasia, es limitación de esfuerzo terapéutico; la eutanasia indirecta no es eutanasia, es una complicación médica; la eutanasia no voluntaria no es eutanasia, es homicidio doloso; los fines eugenésicos o de control poblacional no son eutanasia” (Mendoza y Herrera, 2016: 326).

- **Desconocimiento del concepto de eutanasia**

También entre los planteamientos de los/as profesionales en torno a la eutanasia emergieron algunos discursos donde se evidenciaba el desconocimiento frente al concepto. Este es el caso de un abogado de un comité de ética de una clínica no religiosa, quien al comenzar a hablar de eutanasia, la confunde con eugenesia.

“La eutanasia, bueno, la eutanasia, eh... [silencio] yo creo que ese concepto, yo creo que ese sí que es un concepto lo encuentro muy retrógrado ese concepto, muy, muy, muy de raza, muy de... muy de ideologías ya pasadas de moda, o sea, dejar, dejar que nazcan los que, dejar que nazcan los que, digamos... solo permitir que nazcan los que vienen, en, en, vienen bien en conceptos de determinadas personas, así que yo no estoy de acuerdo con la eutanasia” (Abogado, Comité de ética, Clínica no religiosa).

“Lo otro lo estaba confundiendo con la eugenesia yo. Antes de que nazca, como eran los nazis, que los nazis querían que fueran puros arios no más” (Abogado, Comité de ética, Clínica no religiosa).

En este contexto nos parece complejo que se den estas posturas de desconocimiento en el ámbito sanitario, ya que plantea un desafío en torno al posicionamiento del tema en el ámbito público. Es decir, producto de una invisibilización de la temática, quienes se encuentran más cerca del fenómeno lo desconocen y entregan otras interpretaciones.

## **6.2. Significaciones y posturas generales en torno al proyecto de ley de interrupción voluntaria del embarazo en tres causales**

A continuación se desarrollan los argumentos de las posturas que emergen desde el personal sanitario en torno al proyecto de ley de interrupción voluntaria del embarazo. De este modo hemos optado por establecer las asociaciones que se realizan en torno al mencionado proyecto, es decir, qué caracterizaciones se realizan en torno a éste.

### **6.2.1. La dimensión del problema no es argumento**

Un tecnólogo médico presidente de un Comité de Ética de un hospital, plantea que uno de los argumentos a favor de legalizar el aborto era que existían muchos casos, es decir, era una práctica habitual. Al respecto el profesional señala que no porque existan muchos abortos se debería legislar, comparándolo con los casos de robo, es decir, no porque existan muchos robos se van a permitir.

“Porque hay uno de los argumentos que tienen para el aborto era que habían muchos abortos por lo tanto había que legalizarlo, lo que me parece un argumento bastante insólito porque hay muchos robos por qué no legalizamos el robo, a este si, a este no, hay mucha corrupción, entonces ese no es un argumento a mi juicio” (Tecnólogo médico Pdte. Comité de ética, Hospital).

En este contexto nos parece que es complejo comparar los abortos con los robos en el sentido de que son problemáticas de orígenes distintos en la medida de que el aborto constituye una problemática a la cual se enfrentan diversas mujeres que desean terminar con una maternidad no deseada, mientras que el robo es un acto que establece la violación de la propiedad privada.

Conectado al discurso de este profesional, se encuentra la reflexión de De Jesús y Frank, quienes plantean, también en oposición a legislar sobre aborto, que la legalización del aborto en algunos países no ha producido una disminución de la mortalidad materna.

Los autores señalan: “y esto está corroborado por el hecho de que, a pesar de haberse generado un pretendido derecho al aborto en algunos países, este hecho no significó una reducción de la mortalidad materna. En efecto, esta continuó aumentando en muchos de ellos, lo cual nos lleva a la conclusión de que la práctica legal del aborto no implica un factor de reducción de la mortalidad materna” (De Jesús y Frank, 2014: 20).

Sin embargo, existe una necesidad sanitaria de legalizar el aborto en la medida que en cuanto más mujeres puedan acceder al sistema de salud, en estos casos, será posible llevar un control mayor y evitar posibles muertes por causa de aborto clandestino. Asimismo, es necesario considerar elementos socioculturales en conjunto con la moral judeo cristiana que constituyen un espacio social, lo que incide en la capacidad de agencia de las mujeres y el acceso y uso al sistema de salud.

También hay que considerar que existen contextos donde, si bien el aborto es legal, no se encuentran las bases socioculturales para que las mujeres aborten, sintiéndose muchas veces constreñidas a no realizarlo de manera legal por una sanción social y moral. Sin duda estos factores también deben incidir en que en ciertos países no haya existido una disminución de la tasa de muerte de las mujeres producto del aborto.

Palma y Moreno plantean la existencia de una paradoja en la tolerancia y práctica del aborto. Siguiendo a Laura Klein (2005) establecen que “sin persecuciones ni estrategias disuasivas intimidatorias a hacer efectiva la sanción, a pesar que su cantidad no disminuye cuando aumenta su prohibición, cabe aventurar que el problema no consiste en que las mujeres aborten sino en que lo hagan legalmente. De fondo, quienes se oponen al aborto legal asumen la tolerancia, de hecho, pero a su realización en condiciones de clandestinidad, mientras que quienes defienden su legalización, se oponen justamente a las condiciones de clandestinidad; por eso, proponen el aborto legal” (Palma y Moreno, 2015: 71).

De esta manera, las autoras nos plantean que quienes no están a favor de legislar en ningún sentido, presentan una tolerancia hacia el aborto clandestino, es decir, prefieren que las prácticas se sigan sucediendo con consecuencias complejas y hasta mortales para las mujeres, en vez de asumir la necesidad de legislar para hacer frente a una problemática que se encuentra presente en el cotidiano.

### **6.2.2. El proyecto de ley como sinónimo de progreso y de “sociedad avanzada”**

A través de la visión de una médica neonatóloga de un hospital podemos apreciar una valoración positiva, en términos generales, frente al proyecto de ley en cuestión. De esta manera la profesional significa de manera positiva el proyecto de ley además de establecer que dicho avance corresponde a las sociedades modernas.

Es decir, se plantea una línea de “progreso” frente a una situación que permitiría a las mujeres tomar decisiones en cuanto a sus sexualidades, en el marco del ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, en un contexto de libertad –acotada a las tres causales–.

Al respecto podemos mencionar una serie de tratados que son vinculantes con la legislación chilena y que tienen una repercusión en materia de derechos sexuales y reproductivos y particularmente en el tema de aborto, estos son “la Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes; El Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales; Convención Belén do Pará; Convención sobre los Derechos del Niño” (Dides et al, 2015: 148). En dicho contextos estos tratados han generado un impulso en términos del avance en esta materia.

“Yo creo que es un gran paso, algo se está avanzando (Entrevistadora: ¿Usted cree que algún momento irá a avanzar más o que va a quedar en esto?) Yo creo que tal como siguen las cosas o sea, esto forma parte del mundo moderno yo creo que va a tener que cambiar la concepción, yo creo que cada día la mujer tiene que ser más libre, de decidir sobre su vida, sobre la maternidad, sobre muchas cosas, forma parte del mundo moderno” (Médica Neonatóloga, Comité de ética, Hospital).

En el marco de esta línea de progreso, se plantea que el proyecto de ley es un primer paso, es decir, es una situación inicial que permite a las mujeres decidir. Cabe destacar que anterior al presente proyecto, existieron 27 proyectos de ley desde 1991 hasta el 2014 en torno a la despenalización del aborto en Chile que no llegaron a buen puerto (Dides et al., 2015). Si bien la entrevistada no habla directamente de aborto libre, si aclara que es necesario ir avanzando en la materia.

Asimismo, podemos reflexionar en torno a lo que señala Lamas (1993) en relación a las éticas tradicionales y las modernas. Al respecto la autora destaca que en sociedades tradicionales existe una ética única, es decir, una “autoridad moral heredada, que reglamenta rígidamente las obligaciones de las personas que conforman el grupo, definido por el parentesco, la etnogenia o la geografía” (Lamas, 1993: 4), sin embargo en las sociedades modernas es posible apreciar una diversificación de los códigos éticos que coexisten en “tanto la amplitud como la especificidad de las obligaciones morales cambian” (Lamas, 1993: 4).

De esta manera podemos plantear que el avance en el proyecto de ley aludido también es una respuesta social y política frente a un nuevo escenario de modernización que implica una diversificación de las éticas mencionadas. Al mismo tiempo de responder al principio de racionalidad que interpela la modernidad en el marco de la secularización de la vida.

### **6.2.3. El proyecto de ley vinculado al ejercicio de derechos**

En el discurso de una enfermera del Comité de Ética de una clínica no religiosa se plantea el aborto como un derecho. En dicho contexto el proyecto de ley de interrupción voluntaria del embarazo implicaría el avance hacia los derechos de las mujeres.

Sin embargo Casas et al. (2016) destacan que las posturas son divergentes frente a este tema. Las autoras nos señalan que “los sectores feministas en Chile consideran que el proyecto de ley resulta insuficiente en cuanto no reconoce el derecho de las mujeres para interrumpir una



gestación en cualquier contexto bajo la clave política y discursiva de que las mujeres son y deben ser soberanas respecto de su cuerpo. Sin embargo, algunos reconocen que la propuesta legal aseguraría unas condiciones básicas para que algunas mujeres puedan recibir una atención sanitaria adecuada al momento de abortar” (Casas et al. 2016: 17-18).

Asimismo la profesional plantea que no puede existir una obligación frente a la maternidad o maternidad impuesta (Devereux, 1976 en Lamas, 2015), en el sentido de que debe ser la mujer quien tome la decisión frente a estos casos.

Al respecto podemos mencionar a De Beauvoir (1949) quien realiza una crítica al esencialismo femenino destacando que ha existido una noción de la maternidad como realización de las mujeres, como destino fisiológico que perpetúa la especie. Al respecto la autora da cuenta de diversas experiencias y formas de vivir la maternidad, lo que pone en jaque la existencia de una experiencia única, y en este sentido cuestiona la maternidad como destino final de las mujeres.

En un estudio de Casas et al. (2016), relacionado con experiencias de aborto en mujeres chilenas, se destacan que el “quedé embarazada” posiciona a la mujer como víctima. Las mujeres dicen “mi vida se estancó, dejé de hacer cosas”, entonces la maternidad ahí se asume como de una mujer abnegada donde su lugar de mujer ha sido desplazado por el de madre. Vivir el aborto me hizo darme cuenta de que, cuando sea madre, si es que lo sea, será porque lo decida, no porque la vida me condene” (2016: 111). De este modo, lo que se destaca en el estudio es la búsqueda por romper con el destino de la maternidad, una respuesta a la maternidad impuesta y una salida para posteriormente tomar las propias decisiones.

“Porque creo que es un derecho, yo creo que no podis obligar a una mujer a tener una guagua en ciertas circunstancias, o sea, yo no sé si yo me haría un aborto, no sé, tendría que estar en el momento, así como, como un montón de cosas que uno no sabe cómo va a reaccionar” (Enfermera, Comité de ética, Clínica no religiosa).

De esta manera, la profesional –Enfermera de Comité de ética de una clínica no religiosa- concibe el aborto como un derecho. Si bien se cuestiona si ella misma acudiría a dicho procedimiento, señalando que dicha decisión dependería de las circunstancias y del momento, reconoce que no es posible obligar a las mujeres a llevar adelante una gestación en determinadas circunstancias. No detalla aquellas circunstancias, pero podemos conectarlas con las tres causales que se encontraban en debate al momento de realizar las entrevistas.

Al respecto es interesante mencionar que “no hay un solo criterio universal de ética o de justicia; a lo más, los principios éticos actuales se formulan como derechos humanos. De éstos, tres son fundamentales: el derecho a la vida, el derecho a la igualdad y el derecho a la libertad (Camps, 1992)” (Lamas, 1993: 6). De este modo, es posible plantear que el discurso de la profesional se refiere principalmente al derecho de la libertad en el sentido de tomar las propias decisiones que atañen a nuestros cuerpos.

Cabe destacar que la Corte Interamericana de Derechos Humanos (Corte IDH) plantea como derecho inalienable la posibilidad de elegir tener o no tener hijos/as, el número de éstos y su espaciamento. En esta dirección Casas et al., plantean que estos elementos “constituye el núcleo central de una maternidad voluntaria que respete el derecho a la libertad, autonomía y vida privada de las mujeres” (2016: 112).

Según Casas et al. (2016), los derechos que se sostienen, plantean, en el marco de la Corte IDH, el derecho a autonomía reproductiva, libertad, y vida privada de las personas. En un estudio planteado por Warren (1995) se admite la existencia de “derechos morales básicos”, que incluyen “el derecho a la vida, a la libertad, a la determinación y a estar libre de daño corporal” (1995: 420), y en este contexto la autora plantea que la prohibición de abortar atentaría sobre todos estos principios. Al respecto Thomson (1971) en Warren (1995) plantea que “no hay otro caso en que la ley exija a las personas a sacrificar su libertad, de toda forma, e integridad física para preservar la vida de otros” (1995: 421).

#### **6.2.4. Crítica a la redacción del proyecto de ley**

En relación a las críticas existentes en el marco del proyecto de ley, podemos plantear una que tiene que ver con la condición jurídica de éste. Así, una abogada del Comité de Ética de una clínica religiosa, manifiesta que la redacción del proyecto no se ha llevado a cabo de buena manera, debido a que despenaliza, es decir, quita sanción a quienes se encuentran en el marco de las tres causales, pero al mismo tiempo legitima, en el sentido de que la redacción del cuerpo del proyecto de ley establece los derechos de las mujeres como un elemento a considerar.

En este contexto la profesional plantea que el proyecto de ley no puede despenalizar y al mismo tiempo legitimar, debido a que en términos jurídicos ambos elementos no deberían ser, en conjunto, el carácter de dicho proyecto.

Sin embargo, consideramos que ambos elementos no son excluyentes, si bien se encuentran en distintos niveles, en el sentido de que uno es requisito del otro, es decir, no se puede legitimar algo que se encuentra penalizado, o bien, es necesario, para que algo sea legítimo que cuente con la despenalización, consideramos que pueden ser el fundamento del proyecto de ley en tres causales.

“Legalmente, legalmente para, a ver, para el derecho, para el derecho como está pensado esta ley sigue siendo un delito el aborto. Sigue siendo, pero lo despenaliza, lo despenaliza, o sea, no es un delito en estas tres causales. ¿Ya? Eso es lo que uno entiende leyendo el título, pero si uno se mete adentro toda la fundamentación dice que es un derecho de la mujer. Cuando uno convierte, ya no es solo, solo lo despenaliza sino de que pasa desde un punto de vista y lo reconoce como derecho es que lo legitima, o sea dice, no, mire, no es solo que lo despenalizo sino que lo doy como un derecho. Y eso desde un punto de vista técnica jurídica y de fundamento está mal hecho. O lo despenalizo o lo legitimo, pero no le ponga título, sino digo, lo que tendía que decir ‘es un derecho para la mujer en estas tres causales’ y eso no lo dijo y es una mala técnica. Segundo lugar, la, la, lo que nosotros la mujeres necesitamos es precisamente, yo fui una guagua que nació pesando novecientos gramos y si no hubiera habido todas las técnicas como todas las guaguas de mi época que pesaron novecientos gramos habríamos muerto y si yo hubiera nacido en China me hubieran matado. ¿Por qué? Porque en determinado sistema la mujer somos realmente de segunda clase. Para China cuando tiene en una política que solo podían tener un hijo, ahora pueden tener dos hijos, ¿qué pasó? Era que la mujer abortaba desde ya porque la política le pedía que lo abortara. Entonces, en este mismo momento, el sesenta y cinco por ciento de la población de los jóvenes chinos son hombres, y el, el, porque solo y las mujeres son las...” (Abogada, Comité de ética, Cínica religiosa).

De este modo, podemos apreciar que la profesional se posiciona desde una crítica más bien de carácter formal, al momento de generar una comparación entre el título del proyecto de ley y su contenido. En este sentido, está claro el posicionamiento en contra del aborto de la profesional, lo que incide en la generación de argumentos que ponen en duda, desde el derecho y desde una mirada técnica, la coherencia de dicho proyecto.

Al respecto podemos destacar que la cuestión que se pone en juego es el reconocimiento de derechos a través de un proyecto de ley, es decir, a través del título queda claro que dicho proyecto despenaliza el aborto en tres causales, sin embargo, al momento de revisarlo en su contenido, podemos dar cuenta de que se establecen derechos. Nos parece que el tema del reconocimiento de dichos derechos es fundamental en la medida que constituye la subjetividad y materialidad de las mujeres como mujeres políticas y personas que tienen derechos que son posibles de ejercerlos.

Al respecto nos parece interesante que la misma profesional, que plantea este disenso en cuanto al reconocimiento de derechos, establece que las mujeres somos ciudadanas de segunda categoría. De este modo nos parece que existe una translocación de valoraciones en cuanto a los derechos, es decir, en el discurso dichos derechos son válidos en la medida que reconocen la vida por la vida, pero al mismo tiempo son cuestionables cuando plantean el tema de las sexualidades y la reproducción.

La profesional proporciona ejemplos de otras sociedades donde está permitido el aborto, tratando de dar cuenta de las complejidades a las cuales se pueden llegar con su despenalización. Así, pone de ejemplo a China donde ha existido aborto selectivo que, por la construcción cultural existente, resulta más valorado tener a un hijo que a una hija. Al respecto Falcón (2007) destaca que en China la política de planificación familiar permite tener solo un hijo/a en las zonas urbanas y dos en el caso de las zonas rurales. Dicha medida ha generado, según el autor, que exista un mayor número de abortos de mujeres, cuestión que se encuentra en la actualidad en proceso de cambio en la medida que se han adoptado como política la prohibición de métodos médicos para predecir el sexo del feto, al mismo tiempo de entregar un incentivo económico a las familias en zonas rurales que tengan dos hijas.

### **6.3. Significaciones y posicionamiento en torno a las causales del proyecto de ley de interrupción voluntaria del embarazo**

A través del discurso de los/as profesionales es posible visualizar una cierta desconfianza frente a la posibilidad de que el proyecto contemple causales, debido a que se plantean posibles abusos y mentiras frente a éstas.

De esta manera, un químico farmacéutico de cuidados paliativos de un hospital pone el ejemplo de lo ocurrido en los Estados Unidos con el uso de medicamento para el VIH que generó una despreocupación de cierta parte de la población frente a dicha patología.

Esto, según el profesional, se podría extrapolar al caso del aborto en tres causales, en la medida de existir un cierto abuso por parte de las mujeres y de no prevención en materia sexual frente al caso.

“Yo creo que está bien el tema del aborto pero en ciertas condiciones porque (Entrevistadora: ¿En las causales?) Si, en las causales pero igual puede haber abuso yo siempre pienso que la gente puede abusar de algunas cosas y en el caso del aborto es como la pastilla del día después ah que no es emergencia, y después cualquier cosa es emergencia po, en EEUU los medicamentos para el VIH que acá son sagrados, allá hubo una tendencia de tener relaciones sin protección entonces después de la relación era como la pastilla del día después y se tomaban estas pastillas para el VIH” (Químico farmacéutico, Cuidados paliativos, Hospital).

Al respecto podemos destacar que en los países que existe una planificación sexual adecuada, una política de prevención de la gestación y de enfermedades de transmisión sexual, no se genera una disminución de dichas medidas a causa del aborto.

En este contexto nos parece que lo relevante es que se desarrollan abortos clandestinos, en condiciones sanitarias inseguras para las mujeres, los que deberían tener cabida en el ámbito de la salud pública en la medida de que a nivel estatal se considera un problema país, al cual se le debe dar alguna salida a través del ámbito legislativo y social.

Asimismo, como las mediciones de aborto en contextos ilegales se basan en estimaciones, no es posible plantear un aumento o disminución de los abortos en países donde se legaliza ya que se estaría realizando una comparación en base a dichas estimaciones.

Sin embargo existen causales que generan más o menos rechazo, en el sentido de que se plantean ciertas distinciones en torno a los posicionamientos frente a éstas. De este modo, a continuación hemos agrupado los discursos y análisis en función de las tres causales con el objetivo de identificar sobre cuáles son los principales argumentos que las avalan o que las rechazan.

### **6.3.1. Causal de posible muerte de la mujer**

Existen hipótesis y creencias respecto al proyecto de ley, que no se encuentran fundamentadas, sino más bien son primeras impresiones sobre dicha ley. Éste es el caso de una kinesióloga de cuidados paliativos de la clínica religiosa, quien señala que el criterio es poco claro, poniendo el ejemplo de una mujer que está en riesgo de suicidarse y que por eso abortaría. Al respecto podemos destacar que lo que señala la ley sobre dicha causal es que “la mujer se encuentre en riesgo vital, de modo que la interrupción del embarazo evite un peligro para su vida” (Ley 21.030, Biblioteca del Congreso nacional de Chile, 2017).

“Es que yo creo que el criterio va a ser tan poco claro que puedes decir que la madre está en riesgo de suicidarse por el embarazo y va a abortar” (Kinesióloga, Cuidados paliativos, Clínica religiosa).

Teniendo en consideración lo que emana de la ley y el discurso de la profesional, podemos plantear que estos elementos tienen que ver más bien con el criterio del médico/a en torno a lo que se refiere con riesgo vital y lo que médicamente está establecido como tal, es decir, pueden existir interpretaciones pero para esto mismo existe una ley que entrega un marco acotado de acción.

Ahora bien, la pregunta que nos realizamos es por qué por ejemplo se toma como el riesgo a suicidarse como un elemento que puede prestarse para la confusión en el sentido de que dicho riesgo es real en la medida que puede atentar contra la vida de una mujer. De esta manera, consideramos que más bien lo que emerge es una resistencia a que existan casos como éstos donde se dé una apertura mayor a la posibilidad de abortar.

Siguiendo con las posiciones que plantean una negativa frente a la necesidad de legislar en los casos de riesgo de vida de las mujeres, se plantea, en palabras de un médico internista de cuidados paliativos de una clínica religiosa, que la intención, no es realizar un aborto, es decir, el procedimiento médico no busca “terminar con la vida del bebé”, sino más bien lo que se busca es salvar la vida tanto de la “madre” como del “niño”. Sin embargo, existen circunstancias en que esto no es posible y por ende, resulta como efecto indeseado, la muerte del “niño”.

“Salvar a la madre y también el niño y se hacen todos los intentos para poder hacerlo, es verdad que hay un límite de semanas en las cuales la probabilidad de que el niño pueda sobrevivir, o sea difícil, pero se trata de hacer todo lo que se pueda por salvar a ese niño pero no es que cuando se tenga que interrumpir el embarazo cuando haya situación de riesgo vital importante, no es que el objetivo sea matar al niño, porque aborto es finalmente matar al niño y el objetivo es interrumpirlo para tratar de salvar a los dos, hay veces que los niños sobreviven y salen finalmente después de largos cuidados etc. pero hay veces que lamentablemente fallecen como complicación también del procedimiento y todo, pero no como objetivo de querer matar al niño” (Médico internista, Cuidados paliativos, Clínica Religiosa).

En dicho contexto, los/as profesionales de la salud que se encuentran en contra de la causal mencionada, planteando que lo que se realiza es una “interrupción del embarazo”, lo que nos lleva a considerar la discusión inicial que planteábamos en este capítulo sobre interrumpir y abortar.

De este modo, los/as profesionales, no significan el procedimiento como un aborto sino que lo plantean a través de un procedimiento que se realiza de manera rutinaria en las instituciones sanitarias del país y que puede tener como consecuencia, salvar o no al bebé.

“Yo creo que en este momento en Chile se, eh, se detiene el embarazo cuando hay riesgo materno, por ejemplo, preclamsia gravídica, en que la madre corre riesgo de vida. Se interrumpe el embarazo, pero no es que se haga un aborto. Se interrumpe el embarazo y si el recién nacido es viable va a vivir, si no es viable va a fallecer, pero no es que tú lo estés, le estés quitando la vida ¿ya? No es una inyección letal, no es un raspado” (Médica Anestesióloga jefa, Cuidados paliativos, Clínica no religiosa).

También, se destaca que en la actualidad existe tecnología suficiente para evitar este tipo de situaciones donde es necesario elegir entre la vida del feto o la vida de la mujer. Al respecto un gineco obstetra de una clínica no religiosa realiza la comparación entre lo que ocurría hace décadas atrás con lo que sucede hoy, señalando que el aborto en la actualidad está obsoleto. Sin embargo, reconoce que el bebé puede fallecer al momento de nacer.

“En el caso de la mamá o la guagua, cuando hice la beca hace más de 15 años eso ya se había acabado, eso ya no que hay que elegir, a mi abuelo le tocó elegir si su abuela o su hijo, eso se acabó hoy día hay tecnología suficiente, soporte para mantenerlos a los dos y por supuesto si la mamá está grave y el embarazo corre riesgo también se va a hacer todo lo posible por la mamá aunque finalmente el recién nacido fallezca, pero no es necesario abortarlo, eso está obsoleto” (Médico gineco obstetra. Ginecología y obstetricia, Clínica no religiosa).

Asimismo, existen posturas que intentan plantear que el problema en cuestión, es decir, la causal de posible muerte de la mujer en el caso de la interrupción voluntaria de la gestación, constituye más bien un tema social y un tema político, que se desenmarca de lo sanitario.

Al respecto nos parece que también podemos ver el ámbito sanitario como un espacio de disputa de poder. Es decir, también es un espacio político, en el que por ejemplo, se plantean posicionamiento frente a estas cuestiones, que luego cristalizan en prácticas sanitarias. Así, resulta de interés señalar a Foucault (1969) en el marco de los discursos de saber/poder que emanan de las instituciones sanitarias, donde existe una conjunción entre el poder político y el saber, lo que produce la generación de efectos de verdad, que sin duda las conectamos como el “debido hacer” en el marco de lo sanitario. De esta manera podemos destacar que el discurso sanitario también es un discurso político.

Relacionado a lo anterior, existen quienes reconocen que la práctica de interrupción de la gestación en el caso de riesgo de la mujer, se viene realizando desde hace muchos años (Molina,

2009). En este sentido, estas posturas tienden a señalar que la actual discusión resulta más bien como la disputa sobre un concepto de una práctica cotidiana.

En dicho sentido un tecnólogo médico, presidente de un comité de ética de un hospital, plantea que es necesaria la práctica de interrupción de la gestación en los casos donde corre riesgo la mujer, al respecto el profesional plantea que muchas veces los bebés se recuperan en neonatología.

“Absolutamente necesario, recomendado por un grupo de especialistas donde tiene que hacerse tal o cual maniobra para salvarle la vida a la mujer y como resultado hay muerte del feto independiente de la edad que tenga o sea si tiene 25 o 26 semanas se hace una interrupción del embarazo porque yo he visto guagüitas de 500 grs. que están vivas y después crecen impecables entonces ahí, es que eso es casi irreal acá en Chile no se da, no conozco casos, puede que haya alguno” (Tecnólogo médico Pdte. Comité de ética, Hospital).

Ahora bien, existen elementos interesantes de analizar respecto de la obviedad o no, que se señalaba en algunas citas anteriores, sobre salvar a la mujer. Es decir, por lo general en estas prácticas se opta por la vida de la mujer y no por la vida del feto, embrión o del bebé. Al respecto podemos señalar que una matrona de ginecología y obstetricia de una clínica no religiosa menciona los motivos por los que se opta por la mujer:

“Entonces tú te enfrentas a eso, sino sacas a la guagua, no le puedes hacer el tratamiento a la madre y si sacas a esa guagüita y tiene una edad gestacional que no alcanzas a hacer nada estarías condenándola a la muerte al tiro porque tú estás decidiendo hacer algo en ese minuto en que qué hago, lo hemos visto con el Comité de Ética, y ahí hay varios principios que tú lo debes haber escuchado, maleficencia, eh un tema en que en algún momento nos enfrentamos y prevaleció el tema del cuidado de la madre, porque ese niño si nace no va a tener el cuidado de la madre y esa madre si se cuida puede tener más hijos porque si tú optas por sacar el niño y la madre se muere, la mujer está destinada al cuidado de los hijos, o sea debe velar por el cuidado de sus hijos y este hijo que estás sacando no tiene el cuidado de la madre (Entrevistadora: Por eso se opta por la madre) Por la madre, por la madre, entonces porque ese niño, porque si tiene un padre un abuelo todo lo que quieras pero es la madre la que está destinada al cuidado de esa criatura (Entrevistadora: Eso lo tomas como principio) Como principio, entonces en virtud de eso y viendo que si salvamos a esta mujer ella va a poder a futuro tener más hijos, la salvamos, pero si no la salvamos este niño va a quedar totalmente desamparado de los cuidados de la madre” (Matrona, jefa Ginecología y Obstetricia, Clínica no religiosa).

Uno de los principios que señala la profesional, por los cuales optar por la mujer y no por el bebé, tiene que ver con el rol de cuidado que a las mujeres históricamente se nos ha otorgado. De esta manera, en caso de sobrevivir el bebé y no así la mujer, el primero no tendría quien lo cuidara, mientras que, si se salva la mujer, ésta tendrá la posibilidad de cuidar a muchos/as futuros/as bebés.



Este planteamiento nos muestra una escala valorativa en torno a la construcción femenina de la maternidad, de este modo, se valoraría más a las mujeres, potenciales madres, que pueden destinar su tiempo y sus cuerpos al cuidado de sus futuros/as hijos/as. Pero al respecto nos preguntamos sobre qué sucede con las mujeres que no desean o no pueden tener hijos/as, en estos casos ¿son menos valoradas para continuar sus vidas?, ¿poseen una valoración distinta, menor en jerarquía, respecto de las madres deseantes o que pueden tener hijos/as?

Esto nos plantea la problemática, como lo veremos 4 sobre “Las relaciones de cuidado y servicio como respuestas a la vulnerabilidad humana”, en torno a la construcción social de la figura materna la que prevalece como un valor o mandato al que deberían llegar las mujeres por su condición biológica reproductiva.

### **6.3.2. Causal de inviabilidad fetal con carácter letal y el problema de la certeza diagnóstica**

En relación a las posiciones existentes en torno a la causal de inviabilidad fetal de carácter letal, podemos mencionar las que ponen en cuestión dicha causal debido a que no existe una certeza diagnóstica, en todos los casos, que permita establecer con claridad que el feto es inviable.

De este modo, en el discurso de una abogada del comité de ética de una clínica religiosa, así como también en el discurso de un médico gineco obstetra de una clínica no religiosa, entre otros discursos, se puede establecer dicho posicionamiento que se encuentra basado en la experiencia y en la práctica clínica de dichos/as profesionales.

Asimismo, destacamos la posición de los/as profesionales, en la medida que se puede plantear que este argumento es transversal, es decir, existen tanto hombres como mujeres que lo manifiestan, al mismo tiempo de ser transversal también al tipo de institución donde se desempeñan.

“Yo creo que el aborto como está planteado lo que nos compete más que nada acá en Chile según la nueva ley que está por aprobarse ya, para mí no tiene ninguna indicación, en Chile están planteando tres situaciones, una que es el feto incompatible con la vida y está súper demostrado, yo trabajo eso, que la gran mayoría de las veces que se hace un diagnóstico dentro del útero, hay un error diagnóstico hecho en las mejores manos, tipos certificados excelentes, a mí me han tocado muchos pacientes con guagüita malformada entera, la mamá ha seguido el embarazo ha nacido y la guagüita es normal, anda corriendo por la calle, eso lo he visto 40 veces” (Médico gineco obstetra, Ginecología y obstetricia, Clínica no religiosa).

Así, el profesional pone el ejemplo de diversas experiencias en las que se ha diagnosticado una inviabilidad fetal pero que al momento de nacer, el bebé lo ha hecho sin dificultades. En este sentido el especialista plantea que es un problema realizar diagnósticos en el útero ya que en variadas oportunidades conlleva al error.

Asimismo, una abogada del comité de ética de una clínica religiosa, plantea la responsabilidad que tiene el Estado en estas situaciones, es decir, de qué modo el Estado realiza un acompañamiento al duelo de la mujer al mismo tiempo de señalar que puede ser el mismo Estado demandado por errores en el diagnóstico.

“La causal dos es una causal que implica tener una determinación diagnóstica súper clara. Y la pregunta que nunca nadie me han podido responder y que yo como mujer la he vivido es que si yo tengo un hijo que va, que viene con una enfermedad, yo lo que pido del Estado que me den todos los cuidados, toda los apoyos, para poder armar ese, ese duelo. Es un duelo pero terrible. O sea, el poder, y a mí me lo van a venir a decir a los tres meses o a los tres meses y medio la seguridad diagnóstica. ¿Qué es lo que nos ha pasado en los sistemas internacionales? Que no tienen esa seguridad diagnóstica. Entonces, de repente, han, eh, cómo se llama, han abortado niños que no tenían necesariamente esa enfermedad o han dejado nacer niños con esa enfermedad y que después pueden demandar al Estado por un problema de mal diagnóstico” (Abogada, Comité de ética, Clínica religiosa).

De esta manera, en el discurso de la profesional se refuerza el tema de la incerteza diagnóstica plateándola como un elemento también presente en el ámbito internacional y por la cual se podría llegar a demandar al Estado chileno. Asimismo, da ejemplos en torno a oportunidades en los que ha fallado el diagnóstico. De esta manera la profesional pone el acento en la responsabilidad del Estado en tanto a las garantías que debe ofrecer en torno a los cuidados y al acompañamiento.

Al respecto nos parece interesante contraponer estos discursos con lo planteado en el estudio de Casas et al. (2015), donde, a través de entrevistas a personal sanitario chileno y personas que han vivido la experiencia de una gestación inviable con carácter letal, se arriban a otro tipo de conclusiones. En este sentido en el estudio se destaca que “el Dr. Rencoret del Servicio de Salud Central -Hospital San Borja Arriarán- en Santiago presentó los resultados de un seguimiento de 141 casos de malformaciones en su servicio de salud del año 2012. Encontró que de todas las malformaciones, en el 68% hubo diagnóstico en la etapa prenatal, y respecto de las malformaciones letales, el 88% fue diagnosticada en la etapa pre natal y el resto al momento de nacer. En su opinión, Chile cuenta, al menos de acuerdo a la experiencia en Santiago y

considerando las disímiles condiciones en infraestructura y profesionales en sus servicios, con cifras de detección similar a países desarrollados” (Casas et al, 2015: 3). De esta manera, existiría un contexto sanitario que permite generar buenos diagnósticos en estos casos.

Asimismo, en el estudio se plantea que las malformaciones se pueden detectar en distintos momentos de la gestación: al término del primer trimestre, al término del segundo y entre las semanas 30 y 32. En dicho contexto se establece que “nuestros entrevistados coinciden que cuando la malformación es evidente el diagnóstico se puede saber en la primera ecografía, por ejemplo en algunos tipos de acráneos. Habiendo sospecha, se inicia un proceso de exámenes para confirmar o descartar el diagnóstico. En otros casos la malformación será advertida en una etapa posterior” (Casas et al, 2015: 6).

Por último, el estudio de Casas et al, destacan que “para los entrevistados y especialistas, la evolución en las últimas décadas de las biotecnologías, su uso en el sistema público de salud en Chile, y la presencia de equipos profesionales multidisciplinarios ha producido un cambio radical permitiendo tener mayor y temprana capacidad diagnóstica” (Casas et al, 2015:6). De este modo nos es posible, a lo menos, cuestionar los argumentos referidos a la incerteza diagnóstica en los casos de inviabilidad fetal, en la medida que podemos constatar los adelantos científicos y tecnológicos que permitirían un buen diagnóstico.

### **6.3.3. Causal de violación**

Una de las causales del proyecto de ley de interrupción voluntaria del embarazo, que en la actualidad en Chile es ley promulgada propiamente tal, es la de violación, la cual contempla determinados plazos, dependiendo de las edades de las mujeres y niñas.

Al momento de pensar en dicha causal, lo primero que reflexionamos es sobre la violencia sexual en un contexto patriarcal, donde dicha violencia emerge en el cotidiano. Así podemos dar cuenta de una escalada de estas violencias, las que comienzan por las miradas lascivas, los silbidos, hasta llegar a la violación.

Según González uno de los elementos que corroe la violación es justamente la autonomía de las mujeres y la posible autonomía de las niñas, de este modo la autora propone que “una primera aproximación al análisis de la violación me llevó a considerar que lo que prioritariamente estaba

en juego, y era objeto de castigo, era la autonomía sexual de las mujeres, sea por expropiarla antes que pudiera accederse a ella, en los casos de incesto y abuso sexual infantil, o por aplicarse correctivamente por los “adalides de la moral” –patriarcal- colonial- contra las malas mujeres” (González, 2018: 69).

En este contexto podemos establecer la violación como uno de los actos de mayor violencia sexual contra las mujeres que, según González (2018) no sólo opera como control y regulación hacia la sexualidad, sino también como sanción simbólica contra la autonomía sexual del grupo de mujeres. Asimismo, según la autora, este fenómeno se conecta directamente con las prácticas de tutelaje donde las mujeres, en un contexto particular, deben ser “protegidas” por hombres.

Segato, por su parte, comprende la violación como un mandato ejercido desde los hombres en respuesta a una masculinidad hegemónica y a la construcción de patriarcado que opera en determinadas sociedades. De este modo la autora destaca que “en la perspectiva que defiende, ese acto –que no todas las sociedades contemporáneas ni todas las épocas de nuestra historia perciben o percibieron como un crimen-, no es sencillamente una consecuencia de patologías individuales ni, en el otro extremo, un resultado automático de la dominación masculina ejercida por hombres, sino un mandato” (Segato, 2010: 13).

Al ser la violación un mandato, la violencia sexual en las sociedades se naturaliza sin dejándonos entrever la estructura de dominación de género que se encuentra tras ella, lo que tiene implicancias al mismo tiempo en la cuestión del consentimiento en el sentido que éste se vuelve irrelevante porque el cuerpo de las mujeres está dispuesto en el escenario público y privado para la satisfacción del deseo masculino dominante.

En este contexto la causal de violación, en el marco del proyecto de ley, se hizo visible en la medida que ponía sobre el tapete dicha problemática, al mismo tiempo de visibilizar la situación de violencia sexual que vivían niñas y jóvenes en el seno de sus hogares. De este modo, consideramos que dicha causal tiene una relevancia fundamental debido a que no sólo apela a una temática de orden sanitaria (como las otras dos causales) sino que apunta a una cuestión social vinculada a la estructura de dominación de género imperante y que atenta específicamente a la autonomía de las mujeres y a sus derechos.

Respecto a la mencionada causal existieron, entre los/as profesionales de la salud, distintas posturas, tanto a favor como en contra, que fueron poco a poco intentando explicar el contexto, junto con generar interpretaciones frente al fenómeno.

También, frente a esta causal existieron posturas que no se encontraban ni a favor ni en contra, en la medida que podemos identificar en los discursos una ambivalencia en términos de la explicación de lo que sucede. Éste es el caso de un abogado de comité de ética de una clínica no religiosa, quien plantea que por una parte reconoce la decisión de las mujeres frente a dichos eventos, pero también reconoce que es terminar con “la vida de un inocente”.

“En consecuencia, ahí yo respeto, respeto la decisión, respeto la decisión, no obstante que sigo pensando en que se estaría privando de la vida a un inocente” (Abogado, Comité de ética, Clínica no religiosa).

Es así como la cita aludida nos plantea la complejidad de la causal de la violación en la medida que se establece un problema social por el cual atraviesan ciertas mujeres y niñas, muchas de ellas abusadas en sus mismos contextos familiares, pero al mismo tiempo se establece la existencia de una otredad –el feto o embrión-, a la cual se le adjudican elementos de la construcción de la persona y de lo humano que ponen en duda, o bien hacen titubear al momento de tratar de posicionarse a favor de la causal.

A través del discurso del personal sanitario es posible percibir rechazo frente al proyecto de ley, cuestión que se argumenta señalando que dicha ley permitirá abortar de manera libre, independiente de las causales, ya que las mujeres mentirían a través de la causal de violación.

Al respecto, Patricia Uribe<sup>20</sup> en Amuchástegui et al (2015) destaca que en temas polémicos como el aborto es complejo debatir con argumentos científicos porque la gente ya tiene una opinión formada y no escucha, en este sentido, se destacan los prejuicios de médicos/as y legisladores/as que a veces, para sus actuaciones, utilizan prenociones, posturas y creencias personales.

Ahora bien, creemos que no sólo el discurso científico es el válido en este ámbito, en la medida que existe un contexto de derechos humanos y de reconocimiento de autonomía al cual también

---

<sup>20</sup> Entrevista con Patricia Uribe, ex directora del Centro de Equidad de Género y Salud Reproductiva de la Secretaría de Salud, México.

es necesario apelar frente a estas predisposiciones personales fundadas de una creencia, a veces ciega.

De esta manera, el discurso de una asistente social de un Comité de Ética de una clínica religiosa, destaca que el proyecto de ley en realidad no es en tres causales, sino que es aborto libre debido a que todas las mujeres señalarán que “las violaron”. Del mismo modo argumenta la existencia de falta de amor sobre sí misma (sobre las mujeres), que lo relaciona con el ejercicio de la sexualidad de una manera negativa. Es decir, establece valoraciones morales frente el acto sexual de las mujeres, señalando que existe la creencia de que relacionarse es “tirar” (tener relaciones sexuales) a como dé lugar.

“Y a mí lo que me duele, eh, me duele mucho, ahora que se está legislando, que como país no tengamos relaciones humanas; verdaderamente humanas. Porque va a salir una ley que va a decir: sí, tú puedes abortar; porque es mentira que es aborto en tres causales. Eso es mentira. Todas van a decir que las violaron. Mentira. Y hay una mentira de base, una mentira acerca del amor, acerca de la vida. Porque creen que relacionarse con otro es tirar cómo dé a lugar. Hay una falta de amor a uno mismo cuando pasan esas cosas” (Asist. Social, Comité de ética, Clínica religiosa).

Esta visión nos parece, a lo menos compleja y delicada, en la medida que establece sólo un modo de ejercer la sexualidad. Es decir, una sexualidad ligada a la procreación, en la medida que en el discurso de la profesional, emergen elementos punitivos y moralistas frente a otros modos de vivir la sexualidad.

En este sentido, la profesional además de plantear la desconfianza y la duda sobre el accionar de las mujeres que recurran a la causal de violación, deslegitima sus vivencias, culpándolas por llevar adelante un ejercicio de la sexualidad al que ella se antepone. Es decir, desconoce la violencia sexual por la que han atravesado diversas mujeres y niñas, poniendo en duda dichas experiencias y adjudicándoles una forma de ejercer la sexualidad, que para ella no es válida.

Al respecto Lacombe destaca que “el aborto, por su parte, cuestiona el centro, el núcleo duro del canon de la heteronorma: mujeres que inscriben su deseo de modo heteroaectivo reclaman para sí el derecho a deslindar reproducción de deseo (...) Superando todos los umbrales de tolerancia del patriarcado, el aborto aparece como la piedra basal a ser denegada, porque aceptarlo es desbaratar el eje medular de ese sistema” (2012: 152).

Una médica jefa de cuidados paliativos de un hospital, además de plantear una crítica al proyecto de ley por considerarlo muy acotado, también establece una crítica respecto de la causal en la medida que ésta puede servir para encubrir responsabilidades.

Esto lo leemos como una desconfianza de dicha profesional en la medida que plantea que la causal no exige verificación, ni responsables, lo que se puede prestar para “irresponsabilidades”, en palabras de la profesional. Sin dudas estos elementos son complejos al momento de percibirlo en las palabras de profesionales de la salud debido a que muestran una real desconfianza frente a futuras usuarias.

“Es que como digo es tapar el sol con un dedo ehm yo voy a quitar el producto de todo el abuso anterior pero no voy a quitar la causa del abuso y eso va a seguirse dando ¿ya? Porque simplemente está bien la niña va y aborta pero nada evita que a ella la sigan abusando en casa y como uno puede decir ya, está permitido igual el aborto por sus tres causales está bien, y se da igual para la mal interpretación porque en realidad yo no he visto en el proyecto de ley, que esté, aparte que es un proyecto muy corto, yo no he visto cómo es que uno va a certificar efectivamente que ha sido una violación ¿ya? Porque también puede ser una irresponsabilidad, entonces igual no existe tampoco la manera de verificarlo” (Médica Jefa, Cuidados paliativos, Hospital).

En este contexto nos parece que más que desconfianza frente a las mujeres que se encuentran en esta causal, existe una preocupación, o la necesidad de apelar a una capacidad del control legislativo sobre los cuerpos de las mujeres.

En este sentido emerge el control y el poder del nos relata Foucault en “La historia de la sexualidad” por parte de las distintas instituciones que trabajan en pos de generar discursos sobre la sexualidad. Así, citando a Foucault “el sexo no es sólo cosa que se juzgue, es cosa que se administra. Participa del poder público; exige procedimientos de gestión; debe ser asumido por los discursos analíticos” (1976: 25). De esta manera, vemos que hablar de sexualidad y más aún, hablar de las sexualidades de las mujeres, no sólo implica la generación de juicios sino que también se apela a instituciones que regulen y que administren dichas sexualidades.

De este modo, el “problema” de la causal de violación, según el discurso de los/as actores/as es que se está dejando demasiada decisión, o posibilidad de decisión, en manos de las mujeres, al mismo tiempo de evidenciar dudas sobre si dicha capacidad es la correcta. Ahora bien, también nos preguntamos por dicho control, ¿en qué sentido se dirige?, ¿tiene alguna direccionalidad política u/o ideológica?, Foucault (1976) frente a esto se cuestiona sobre si las instituciones tienen la finalidad de establecer una sexualidad económicamente útil, en términos de la reproducción de

la fuerza de trabajo, y políticamente conservadora. Queda como cuestionamiento este asunto aunque si reconocemos la existencia de un afán de control en el campo de la sexualidad de las mujeres.

En el discurso de una médica obstetra de una clínica religiosa también se encuentra presente el tema de la desconfianza en el sentido de que plantea que la causal de violación se prestará para “enredo” en la medida que será utilizada como recurso para abortar. Asimismo la profesional contextualiza sobre el tipo de sociedad en la que nos encontramos, señalando que si nos encontrásemos en una sociedad culta y educada la causal podría funcionar.

“Lo de las 3 causales o sea, si nosotros estuviéramos en una sociedad culta y en una sociedad más educada quizás aplicaría pero yo creo que por ejemplo la causal de la violación se va a prestar para puro enredo porque cualquier persona puede decir que la violaron, puede que sea verdad o mentira, pero imagínate si es verdad cuánto se van a demorar en, entre que el juez, entre que llegue a no sé qué instancia que la cache de la espada, se van a demorar meses probablemente para determinar si es verdad o mentira y la guagua ya debe haber nacido entonces a la larga en medicina reproductiva y en el embarazo tienes tiempos acotados, no puedes hacerle un aborto a alguien que tiene 32 semanas ya eso es absoluto un asesinato probablemente no se hace aquí ni en muchos países, yo creo que la causal de violación se va a prestar para puro enredo ya sea para bien o mal, pero creo que obligar a una mujer que fue violada llegar al final de su embarazo no está bien, quizás si a mí me violaran si llegaría al fin por mis creencias o valores pero no le puedo imponer a otra persona, yo creo que la causal de la violación va a ser puro enredo” (Médica obstetra, Ginecología y obstetricia, Clínica religiosa).

Respecto a los plazos, la profesional plantea que es complejo debido a que para la aplicación de la ley sería necesario verificar la violación, cuestión que tomaría su tiempo y, en dicho sentido, en el caso de medicina reproductiva, los tiempos son necesarios y urgentes.

Al respecto la ley declara: “Tratándose de una niña menor de 14 años, además de su voluntad, la interrupción del embarazo deberá contar con la autorización de su representante legal, o de uno de ellos, a elección de la niña, si tuviere más de uno. A falta de autorización, entendiéndose por tal la negación del representante legal, o si éste no es habido, la niña, asistida por un integrante del equipo de salud, podrá solicitar la intervención del juez para que constate la ocurrencia de la causal. El tribunal resolverá la solicitud de interrupción del embarazo sin forma de juicio y verbalmente, a más tardar dentro de las cuarenta y ocho horas siguientes a la presentación de la solicitud, con los antecedentes que le proporcione el equipo de salud, oyendo a la niña y al representante legal que haya denegado la autorización. Si lo estimare procedente, podrá también oír a un integrante del equipo de salud que la asista” (Ley 21030, 2017).



Pese a lo anterior, la profesional plantea un reconocimiento frente a las mujeres que deciden abortar producto de una violación. Es decir, la profesional reconoce y valida la autonomía de las mujeres frente a la posibilidad de decidir.

En el discurso de una abogada de un comité de ética de una clínica religiosa se puede apreciar un análisis respecto del destino final de los/as actores/as involucrados/as en la violación. De esta manera la profesional plantea que en el aborto habrá uno que morirá, en este caso el feto o embrión, mientras que habrá otro, el violador, quien gozará de vida y de libertad. Al respecto la profesional se plantea crítica y apela al derecho de nacer de lo que es fruto de la violación.

Sin embargo, haciendo anteriormente la revisión sobre los derechos humanos (Lamas, 1993) y los derechos morales fundamentales (Warren, 1995), no encontramos una necesaria referencia al “derecho a nacer”, lo que si encontramos es una referencia hacia el derecho a la vida, la cual podríamos plantear el hecho de ser una vida digna, habitable o no, y para quién es dicha vida digna y habitable, es decir, quién tiene la potestad moral respecto a dichos derechos, si la mujer o si el feto o embrión, que serían algunos elementos de los argumentos de la posiciones favorables a la opción o las posturas “próvida” o anti derechos, contrarias al aborto.

En su discurso no se plantea de mayor manera lo que ocurre con la mujer, se limita a establecer que es necesario entregarle cuidados, pero no se significa de otra manera. En este modo pensamos que es un reconocimiento de una significación de víctima pasiva.

“Y el tercer caso, o sea, que me maten a mí porque por el hecho de un tercero y ¿por qué no matan al violador? Pero el violador va a tener a lo más cinco años de prisión y a mí me van a matar. A ese niño lo van a matar, ¿por qué?, porque fue generado por ese tipo de cosas. ¿Por qué no le dan la posibilidad de que lo adopten, que lo, que tenga otra vida? ¿Y por qué no cuidamos más a esa mujer? Entonces ahora seguimos en esta discusión ideológica, brutal ¿Y quién, cómo estamos cuidando a las jóvenes más vulnerables, cómo estamos cuidando a los que no van a nacer, etc.? Entonces yo lo que alego es el derecho a nacer. Eso es lo único que alego” (Abogada, Comité de ética, Clínica religiosa).

También en el discurso de una médica jefa de cuidados paliativos de un hospital, se plantea una oposición a la causal de violación debido a que considera que el problema es anterior, remitiendo a una dificultad de sociedad, política, que permite la existencia de violaciones en el seno de las familias.

Si bien podemos reconocer que existe un problema en el país al respecto, no es posible invisibilizar la violación y abusos sexuales que se generan principalmente en los espacios domésticos. Al respecto cabe señalar que, de acuerdo a la Subsecretaría de Prevención del Delito de Chile, para el año 2019 un 32,8%, correspondiente a 1386 casos fueron de denuncias de niñas menores de 14 años abusadas sexualmente, mientras que para las niñas entre 14 y 17 años dicho porcentaje disminuyó a 19,3%, correspondiente a 815 casos.

De este modo el discurso de la profesional está orientado a conocer las causas de la problemática, considerando que a través de la aplicación de la causal de violación no se soluciona el problema sino que es necesario tomar medidas preventivas en los casos de violación.

Así, la profesional busca la culpabilidad señalando que el/la bebé no es culpable, la mujer o la niña tampoco, el problema y el causante de la situación es quien realiza y perpetúa la violación, frente a lo cual la profesional se pregunta por la estructura social que facilita o permite que estas acciones se sucedan.

“Pero por ejemplo con una, yo no comparto esto de la violación, de que las niñas tantas niñas que son violadas, y como los vamos a obligar a que tengan los bebés y eso, porque simplemente el problema no es de las niñas ¿ya? El problema no es el del bebé que está esperando por nacer, existe aquí un problema de fondo que quizás nadie lo ha visto o existe poca gente que quizás lo haya visto, el problema no es de la niña menor de edad que ha sido violada, el problema es el violador, es la estructura social que no quizás que no ve quien es el violador, uno no se preocupa de ver por qué esta niña ha sido violada, en qué ámbito es el que vive, ¿ya?, la mayoría de las violaciones a las niñas es por un familiar ya? Entonces el problema no se arregla quitando al bebé, el problema tiene que ser arreglado desde otro punto de vista, este es un problema igual más de la sociedad, es un problema más político, eso sería como, en realidad me parece este tipo de causal en realidad me parece muy absurdo porque para mí es como tapar el sol con un dedo, como mejorar lo de la violación, nadie le va a quitar a la niña que la violaron ¿ya? Pero el poner esto de que la niña en realidad va a ver al niño y que cómo lo vamos a hacer que una niña tenga de hacer de mujer por crear otro niño, en realidad debíamos verlo de antes, cómo podemos hacer que una niña haya tenido que sufrir una violación y si es que, la gran mayoría de estas niñas no es una violación, son abusos repetidos, y que solamente estamos viendo el final del iceberg pero no estamos viendo toda la base ¿ya? Que es un familiar, que la mayoría lo oculta, que nadie lo castiga, que el violador igual está tan tranquilo como si nada, la estigmatizada es la niña, es la víctima, que lo tiene que tapar esas cosas, las secuelas psicológicas que queda” (Médica Jefa, Cuidados paliativos, Hospital).

En este sentido la profesional establece que el problema es de carácter político, es decir, saca la problemática desde el ámbito íntimo familiar, donde frecuentemente se desarrollan las violaciones, para establecerlo como un problema social y público al cual es necesario hacerle frente como sociedad.

Lo anterior nos parece interesante en la medida que se da una visibilización a la problemática, donde es necesario generar estrategias para la evitación del problema. Sin embargo pensamos que esto no resuelve el problema en concreto, es decir, considerando este diagnóstico, ¿las mujeres y las niñas deberían asumir una maternidad forzada y no deseada, realizada por medio de la violencia sexual extrema?

De este modo, pensamos que la problemática tiene varias aristas, relacionadas a distintas acciones que se pueden ejercer para hacerle frente al problema. En este sentido, el aborto, en estos casos, si viene a constituir una solución en la medida que evita la prolongación de una vida en el marco de una situación violenta pero, al mismo tiempo, creemos que es importante la generación de otras estrategias en el ámbito público, que vayan en dirección a poner fin a la violencia patriarcal y sexual contra las mujeres.

Un médico gineco obstetra de una clínica no religiosa también se plantea contrario a la causal de violación, señalando que resulta sumamente irresponsable la postura en la medida que reconoce que la culpa en la problemática radica en el violador, o como le llama, “el padre biológico” y no en el/la bebé.

Nos llama la atención que el profesional se refiera al violador como “padre biológico” ya que la figura de padre remite a una relación en el marco de una estructura parental afectiva, en este sentido consideramos que resulta más pertinente plantear al actor como violador en la medida que tiene una carga de responsabilidad, además de dar cuenta de una posición punitiva y culpabilizadora socialmente en la medida que reconoce un delito.

“Y en el caso de violación que es más discutible en Chile, para que una paciente con una violación única termine con un embarazo eso casi no existe en la especie humana y si hay embarazo las probabilidades de pérdida es del 60%, por lo tanto cuando ha habido muchas violaciones en muchos ciclos se produce el embarazo y ahí queda la paciente que son abusadas por algún familiar cosas así que claro a veces es un tema más discutible pero así y todo yo creo que esa guagua no tiene la culpa, la guagua iba pasando y el que tiene la culpa es el padre biológico, por lo tanto yo creo que el aborto así como está planteado en Chile es tremendamente irresponsable, la decisión la están tomando gente que es política que no saben nada de medicina” (Médico gineco obstetra, Ginecología y obstetricia, Clínica no religiosa).

El profesional también plantea que los casos de gestación por violación se dan en la medida que dichos actos son reiterativos. En este sentido el profesional plantea que existe una escasa probabilidad de que una mujer quede embarazada posterior a una sola violación. Asimismo esto

implica la problemática a la que se enfrentan las niñas, quienes son las principales víctimas de violaciones generadas en los marcos de la estructura familiar.

En el discurso de una matrona de una clínica no religiosa podemos constatar que se pone en el lugar de la mujer embarazada, en la medida que pone como ejemplo si a su hija de 14 años la violaran. Teniendo esto como antecedente, la profesional señala que no podría obligar a su hija a continuar con la gestación, en el sentido de que probablemente la experiencia significaría estar constantemente reviviendo la situación crítica de violación.

De esta manera en el discurso de la profesional vemos que existe un “ponerse en el lugar de la otra” es decir, figurar la experiencia y trasladarla a un sentir propio considerando que no es posible la obligación de una maternidad impuesta producto de la violación. Estos elementos los podemos conectar con una “ciudadanía” (Rodríguez, 2012), -concepto sobre el cual hemos profundizado en el capítulo sobre ejes conceptuales-, en la medida que es posible reconocer cómo la profesional se pone en un hecho ficticio, representando a su hija, y comprende a través de este ejercicio de representación, que existe allí un entramado autonómico relacional que se encuentra conectado a elementos del cuidado que deben ser ejercidos en una visión no dicotómica de la autonomía y del cuidado.

“Eh violación me pongo en el tema de la violación, yo tengo una hija de 14 años, me pongo en su lugar, qué pasaría si a ella la violan, estamos hablando de una violación no que fue con el pololo y tuvo relaciones y quedó embarazada o sea hay un consentimiento de por medio, la violación para mí es un tema que te impacta psicológicamente y yo pienso en ella no sé, y en mí, o sea yo creo que si me violan no sé si sería capaz de cuidar y proteger a ese ser que fue producto de algo que fue totalmente violento para mí, me violaron, me ultrajaron, me denostaron, entonces llevo dentro algo que no es querido, que no es deseado, que no es nada, o sea, que fue producto de algo que yo no busqué por mucho que a lo mejor que digan andaba con minifalda así o así (...) ahora si ella tiene un crecimiento no sé de ir más allá o una espiritualidad o lo que tú quieras y dice ya, soy capaz mentalmente de separar que esto fue producto de una violación y este es un ser que no tiene la culpa de nada también hay que aceptarlo” (Matrona jefa, Ginecología y obstetricia, Clínica no religiosa).

Sin embargo la profesional también destaca que existen posturas que prefieren continuar con la gestación, pese a haber vivido la experiencia de violación. Frente a esto señala que es una opción. Es decir, en todo momento en este discurso se encuentra presente el reconocimiento de la otra en su posibilidad de optar en una determinada situación.

Además la posibilidad de elección, la validación y la valoración de cualquier postura adoptada está presente en el discurso de un médico cirujano de cuidados paliativos de una clínica religiosa.

Asimismo, el profesional destaca la relevancia del acompañamiento, es decir, que existan estatalmente las condiciones necesarias para acompañar a las mujeres en sus procesos, independiente de cual sea la decisión.

“Lo mismo respecto a la violación, creo que en el fondo la gente que es capaz de, en el fondo de acoger a ese niño y tenerlo, me parece que es increíble y admirable, impresionante, pero creo que también someter a la mamá a una tortura no me parece justo tampoco obligarla a eso, tengo mis dudas, lo que sí respecto al aborto yo creo que si hay una política donde se da la posibilidad de elegir yo creo que debiera haber una política estatal de acompañamiento a las mamás que deseen seguir con sus embarazos” (Médico Cirujano, Cuidados paliativos, Clínica religiosa).

Un matrn de un hospital también plantea la situación extrema a la que se enfrentan niñas y mujeres que pasan por una violación. Al mismo tiempo el profesional señala que la causal de violación es una de las más importantes aunque no indaga en profundidad sobre esto.

Sin embargo podemos hacer la interpretación sobre esta sobrevaloración de la causal, en la medida que, como ya señalábamos anteriormente, es la única que no implica temas médicos de por medio, es decir, es la única que implica la posibilidad de abortar sin una causa médica – aunque no le quitamos politicidad a las demás causales-, por lo que podríamos decir que dicha causal contiene en su origen un elemento de mayor carácter político en la medida que reconoce la capacidad de decidir de las niñas y las mujeres, considerando sin embargo, que han pasado por una situación de violencia extrema, traumática y dolorosa.

“Ah sipo, eso sí o sí porque obviamente son mujeres que no tienen la culpa de que exista gente loca que las pase a llevar de esa forma, si, o sea más encima tener una guagua de un violador yo encuentro que es tan, afecta tanto como la mente, psicológicamente que no, no está, esa causal yo la encuentro que es una de las más importantes por sobre todas las otras” (Matrn 2, Ginecología y obstetricia, Hospital).

Nos parece interesante que cuando el matrn se refiere a los violadores, habla de “gente loca”, si bien es una expresión bastante utilizada en Chile, se conecta también a una idea de patologización de la violencia sexual, en el sentido de que se trata, en este caso al violador, como “loco” o “enfermo”.

Si bien consideramos que los límites entre naturaleza y cultura muchas veces son difusos, es decir, podemos ver que existe una imbricación entre las patologías mentales por ejemplo y los contextos culturales donde se desarrollan, pero, pese a esto, nos parece relevante destacar que el acto de violar no necesariamente lo realiza un enfermo, sino más bien lo realiza un hombre que se

encuentra en el marco de un contexto patriarcal donde asume la violación como mandato en la medida que se encuentra en una situación de poder y de dominación (Segato, 2010).

En este sentido, patologizar dicho acto –la violación- también implica quitar culpa y responsabilidad a quien lo ejecuta, lo cual es delicado debido a que es una forma de avalar la violencia sexual, y, al mismo tiempo es el modo como la ejecución de leyes en el contexto chileno ha operado al momento de establecer las sentencias a los violadores.

#### **6.4. Significaciones y visiones de futuro en torno a la eutanasia en Chile**

En la actualidad en Chile podemos apreciar la existencia del comienzo de una discusión sobre la eutanasia, esto debido principalmente a que un proyecto de ley, que es fusión de otros cuatro proyectos en trámite legislativo (Cámara de diputados de Chile, 2018). De esta manera, estos proyectos –ya mencionados en los antecedentes de la presente tesis- permitirán generar un debate en el espacio público, produciendo un escenario propicio para que emerjan las voces a favor y en rechazo con sus respectivos argumentos.

La siguiente cita se destaca por plantear una necesidad explícita de comentar esta materia, referida a la eutanasia en el ámbito público. De esta manera una enfermera de un Comité de Ética de una clínica no religiosa plantea que al ir a un seminario de vejez, las personas asistentes llamaron la atención con la pregunta sobre cuándo se iba a comenzar a hablar de eutanasia en el país.

“Un reconocimiento súper importante. Bueno, pero fue de envejecimiento y cuando terminó, y ésta, este seminario lo hacen abierto, porque en general ellos analizan como más cerrado y hacen sus posturas y publican, pero esta fue una cuestión abierta y fíjate que terminó el seminario y hubo dos o tres personas que preguntaron, que dijeron “bueno, cuándo en Chile se va a hablar de eutanasia” Cuando vamos a poner sobre la mesa el tema de la eutanasia, yo creo que hay mucha gente que está como... como pensándolo y como...” (Enfermera, Comité de ética, Clínica no religiosa).

En este sentido, y en el marco de los debates en el mundo sanitario podemos ver que existe una necesidad por plantear y problematizar la cuestión de la eutanasia. En esta dirección en el discurso de los/as profesionales también se acude a experiencias internacionales que son difundidas posteriormente, con el objetivo de realizar la comparación sobre lo que ocurre en Chile, en relación con otros países. Por este motivo se acude al caso Belga, frente al cual una

profesional se manifiesta conforme debido a que considera la decisión de la/el usuarios/a así como el acompañamiento de familiares.

“No, te dije que yo lo he escuchado en Bélgica, tengo un amigo que me dijo que como mi hermano y yo viajo mucho allá y yo he escuchado que esto lo hacen, él trabaja en hogares de ancianos y de repente le ha tocado y me lo ha comentado, entonces muy así como porque es una decisión que es tomada con el usuarios/a y con la familia al lado y generalmente están todos los familiares acompañando a esta persona, es duro igual pero es una decisión como consciente y yo lo encuentro bien” (Médica Neonatóloga, Comité de ética, Hospital).

Simón y Barrio (2012) destacan características del caso Belga en relación a la eutanasia. De este modo los autores señalan que en dicho marco se acepta la eutanasia pero no así el suicidio asistido; asimismo, sólo autoriza a profesionales médicos/as a realizar el procedimiento; y, existe objeción de conciencia individual, aunque el/la médico/a no está obligado/a a colaborar con el/la usuarios/a en la búsqueda de otro/a profesional que le sustituya.

Teniendo estos elementos de contexto, que buscan visibilizar la eutanasia como una herramienta en el marco social chileno, el personal sanitario de las distintas instituciones en cuestión se les consultó sobre sus expectativas en torno a la eutanasia, en el sentido de conocer cuál es el contexto en el que se desarrolla el debate y comprender así las visiones de futuro que tienen sobre la materia.

De este modo se puede observar en el discurso elementos que tienen relación con el contexto político y social; la falta de cobertura de los cuidados paliativos junto a la falta de formación del personal médico; también, se plantea el tema de la reflexión social en conjunto con la interferencia religiosa y económica existente en el país.

#### **6.4.1. Condiciones políticas y sociales para legislar sobre eutanasia**

En el discurso de un médico cirujano de cuidados paliativos de una clínica religiosa, se destaca que el escenario chileno es bastante similar al escenario de Holanda cuando tuvo cabida la despenalización de la eutanasia en dicho contexto, esto lo plantea desde la evidencia de una tesis de magíster que conoce.

En relación a la eutanasia en el contexto holandés, podemos destacar que “se logra definitivamente legalizar la eutanasia en Holanda el año 2001 incluyendo una eximente en el

Código Penal, para que el médico que cumpla con las exigencias objetivas, subjetivas y administrativas cause la muerte de un usuario/a a petición del mismo o cuando hubiera prestado auxilio al suicidio del moribundo. La Ley entró en vigor el día 1 de abril de 2002, despenalizándose tanto la eutanasia como el suicidio médicamente asistido” (Labaca, 2014: 893).

Sin embargo, el profesional destaca que la discusión en el escenario chileno es bastante superficial en la medida que se plantea el tema de la posibilidad de elección, es decir, la autonomía, pero no se indagan en elementos tales como la magnitud de las personas que sufren al morir o las estrategias que deben ser utilizadas para que la gente deje de morir. Por estos motivos el profesional se encuentra en contra de la eutanasia destacando la existencia de discursos ideológicos que la avalan, al mismo tiempo de plantear la falta de recursos en términos de capacitación de equipos médicos para tratar el sufrimiento.

“O sea, si me dices si están las condiciones políticas que ocurra están, de todas maneras, la discusión es lo más superficial que he visto en mi vida, en el fondo el discurso político es que la gente está sufriendo démosle la opción de que elija morir o sea ni siquiera es ese el discurso bueno en el fondo hay una postura súper ideológica respecto a decir la gente tiene derecho a elegir cuando quiere morir, ese es el discurso pero alguien publico te ha preguntado o ha discutido ¿qué proporción de las personas terminales sufren? ¿La gente que está sufriendo quiere morirse?, ¿cuáles son las estrategias que necesitamos implementar como país para que la gente deje de morir? Eso no está en la discusión pública, hay una tesis que está preparando una alumna del magister de bioética de acá donde compara el escenario político en el cual se aprobó la eutanasia en Holanda con el escenario cultural institucional en Holanda con la realidad chilena actual y la verdad es que los escenarios son súper parecidos o sea están todas las condiciones dadas para que surja una discusión de la eutanasia y uno de los factores que se reconocían relevantes en ese escenario es la falta de políticas públicas de cuidados paliativos. No solo que entiendan que integre las dolencias en el fondo que haya equipos capacitados para aliviar el sufrimiento al final de la vida” (Médico Cirujano, Cuidados paliativos, Clínica religiosa).

En esta línea, el profesional hace un llamado a abordar políticamente las cuestiones relativas a los cuidados paliativos, que según él, deben trascender a la cobertura, instalándose también como estrategias de capacitación para el tratamiento del dolor y del sufrimiento.

También un abogado de un Comité de Ética de una clínica no religiosa plantea que en Chile se han priorizado otros temas en el debate legislativo dejando en segundo lugar el debate de la eutanasia. Asimismo menciona que la eutanasia es un tema bastante personal y familiar, lo que podríamos leer como una visión individualista del asunto, que le quita el componente político de la problemática social aludida.



“Las condiciones legales no, porque el tema lo han, lo han dejado de lado digamos ¿ah? porque han priorizado temas eh... muchos otros, muchos temas en este país que están por sobre ese que... que en el fondo es un tema bastante personal, digamos, y de la familia y de todo, así que yo creo que todavía no están dadas las condiciones” (Abogado, Comité de ética, Clínica no religiosa).

Bajo un discurso distinto al anterior, una enfermera de un Comité de Ética de una clínica no religiosa destaca que la temática poco a poco ha ganado terreno en el sentido de que a través de las experiencias personales se ha dado un vuelco del debate hacia lo político y lo social. En este contexto la profesional señala que la sociedad está cambiando y por lo mismo se está gestando una transformación que puede generar apertura hacia el debate.

“Intención política, porque yo creo que la gente ha cambiado, eh... yo creo que todo el mundo está viviendo casos y situaciones o, cercana o no tan cercana, en que tú decís “a ver, a lo mejor sí, sería una opción”. Entonces eso hace que una población vaya cambiando” (Enfermera, Comité de ética, Clínica no religiosa).

Desde esta perspectiva podemos mencionar la visión de la tradición feminista, en especial de Millet (1970) con la conocida frase de “lo personal es político” en la medida que si bien se reconoce que la situación por la que atraviesan los/as usuarios/as son personales e individuales, contienen un componente político y social que se refleja en el actual debate legislativo.

#### **6.4.2. Falta cobertura médica de cuidados paliativos (CP), de tratamientos para el dolor y de formación profesional**

Un médico cirujano de cuidados paliativos de una clínica religiosa destaca que muchas veces las unidades de CP de los hospitales públicos se encuentran colapsadas por lo que no es posible dar respuesta a las demandas. En este contexto el profesional menciona que las personas se están muriendo de mala manera en el sentido de sentir dolor. Así, también menciona que no es posible todavía saber sobre quiénes son los/as usuarios/as que se están quedando fuera de la cobertura de los CP.

“Tú me decías ¿discusión sobre eutanasia en Chile? O sea obvio que hay interés por el tema de la eutanasia porque la gente se está muriendo como el ajo lo está pasando mal al final de la vida, ¿hay estrategias para aliviar el sufrimiento? Si hay estrategias para aliviar el sufrimiento pero qué es lo que pasa en Chile estas estrategias no están implementadas, los CP se llaman alivios del dolor del cáncer y CP o sea está enfocado al dolor ¿hay otros agentes en esos programas? Si hay gente que hace un trabajo impresionante pero el sistema público está colapsado los equipos de CP no son capaces de aliviar el sufrimiento, eso es uno de los hitos de investigación que estamos haciendo ¿qué pasa con los otros pacientes con enfermedades incurables? No sabemos” (Médico Cirujano, Cuidados paliativos, Clínica religiosa).

De este modo al momento de consultar al profesional respecto a los/as usuarios/as que quedan fuera de la cobertura de los CP éste denota desconocimiento mencionando que no se sabe quiénes son estos usuarios/as ni cómo están viviendo su proceso de fin de vida.

“(Entrevistadora: Y ellos entran, ¿los otros pacientes en qué programas entran?, ¿Cuidados intensivos?) No se sabe, se sabe súper poco, no se sabe bien cómo viven al final de la vida, no sé sabe cómo están sufriendo, ni idea” (Médico Cirujano, Cuidados paliativos, Clínica religiosa).

En relación a los CP, una psicóloga de cuidados paliativos de un hospital señala que en Chile no existe una adecuada formación en la materia, en el sentido de que no se conforma como especialidad, muchas universidades no los contemplan en las mallas curriculares y hay muy pocos/as especialistas en la materia.

Al respecto es interesante destacar un estudio cuantitativo realizado en India, Chile, el Reino Unido y los Países Bajos, donde se destaca que “treinta y seis (33%) participantes, la mayoría de los Estados Unidos, India y Chile, sintieron que su entrenamiento no era suficiente para prepararlos para las habilidades en cuestiones de EOLC (Orientación hacia la atención al final de la vida). Las respuestas indican una necesidad percibida de modificaciones en el plan de estudios de capacitación. Solo 34 (31.2%) habían recibido entrenamiento específico con respecto a problemas EOLC. Sin embargo, casi la mitad 50 (50.4%) de los encuestados habían sido testigos de sus maestros o personas mayores explicar los problemas del final de la vida a sus usuarios/as en algún momento en el curso de su entrenamiento. En total, 59 (54.1%) participantes dijeron que hacen o discutirían problemas del final de la vida con su amigos y familia” (Goel et al, 2014: 142).

La profesional destaca que si bien los CP se encuentran en el marco legal, no existe una cobertura adecuada, poniendo como ejemplo el caso de los/as usuarios/as que no se encuentran en estados de cáncer muy avanzados pero si sienten dolor, quienes tendrían que recibir también CP. También destaca otro tipo de patologías como el VIH donde también sería necesario contar con CP pero en la actualidad –año 2016 de producción de las entrevistas- esto no es posible.

“Hace poco fuimos a un curso de CP y decían que en la universidad no te forman, no existe la especialidad de CP y los médicos hay algunas universidades que ni siquiera tienen ramos de CP siendo que CP están en todos lados, la ley está con pero no hay paliativista, no existe el médico que su especialidad sea paliativo y si lo existe son para los médicos que más trabajan menos van a existir para otras carreras. En todos los hospitales hay unidades de CP pero no existe, no están las mallas, lo ven como tema pero no hay especialidad, hay universidades que ni siquiera tienen ramos de paliativos, los nombran pero no se centran a hacer el paliativo siendo que el paliativo la ley está, el auge la toma solo los pacientes con cáncer pero además solo cáncer avanzado de grado 4 es

injusto, ¿qué pasa con pacientes de etapa 2 y lo están pasando súper mal o están muchos dolores? O los pacientes que no son oncológicos no sé con VIH también necesitan CP (Entrevistadora: O fibrosis quística) Hay muchas, y no se ven, la gente que se dializan también necesitan CP tampoco tienen vida y todos los días estar conectado a una máquina tampoco es vida entonces no estamos, Chile no está muy bien formado, como que son médicos y los especialistas se dedican a su especialidad, si, va como en nuestra cultura igual” (Psicóloga, Cuidados paliativos, Hospital).

De esta manera, estaríamos evidenciando una suerte de embudo en términos formativos, en la medida que los/as distintos/as profesionales que trabajan en CP no han tenido una formación adecuada, lo que sin duda les expone a no saber con claridad qué medidas tomar en los procesos de fin de vida de las personas usuarias. Así dicha falta de formación se contrapone a la amplia necesidad de CP en el ámbito sanitario lo que implica, para los/as profesionales, enfrentarse a necesidades específicas de cuidados que probablemente no pueden satisfacer.

#### **6.4.3. Interferencia religiosa en la sociedad y riesgo económico**

También, en el discurso de los/as profesionales, es posible visualizar la existencia de un marco religioso en el contexto de la sociedad chilena actual. Así, un fisiatra de Cuidados Paliativos de una clínica no religiosa destaca la existencia de grupos religiosos en el país que desarrollan fundamentalismos en torno a la vida y la muerte. De este modo el profesional menciona que el tema de la muerte y su decisión queda en manos de dios o del destino en la medida que la religión establece estos límites y por ende, no es posible visualizar la autonomía respecto de la eutanasia y en relación también al aborto.

Al respecto es interesante señalar que Collado et al. mencionan que “Juan Pablo II, en su encíclica “El Evangelio de la Vida” define la eutanasia como: “adueñarse de la muerte, procurándola de modo anticipado y poniendo así fin “dulcemente” a la propia vida o a la de otro”. Y se considera esto como una “cultura de la muerte” que se ve en las sociedades del bienestar, que va en contra de los ancianos y los más débiles según lo cual una vida inhábil no tiene ya valor alguno” (2011: 452).

“(Entrevistadora: ¿Están las condiciones en Chile para que exista eutanasia?) No lo sé, yo creo que no hay... me da la impresión de que la cosa religiosa acá en Chile todavía pesa mucho, y hay gente que es un tanto fanática con eso, tienen un tema con esto de la muerte, de que nadie es dueño de su vida, que dios nomás es... no sé, unas cosas muy, pa mi gusto un poco arcaicas ¿ya? Entonces hasta que eso no haya más amplitud yo creo que siempre va a haber un grupo que va a estar en contra fuertemente, en la parte religiosa. Yo no sé si, en el fondo, es un esconderse tras la parte religiosa para no tocar el punto ¿ya? O francamente creen que así tiene que ser la cosa, porque si dios te dice que tengas que, no sé po, sufrir eternamente, no sé, eso ya... por eso, no sé, yo creo que ahí está un poco parado el tema. Igual como del aborto, el mismo problema, te fijas tú, es la

misma cosa, que nadie es dueño de su cuerpo, que cada uno tiene que dejarse llevar por lo que dice, no sé po, el destino, dios o lo que sea, no sé po, en lo que piensa” (Fisiatra, Cuidados paliativos, Clínica no religiosa).

Junto con argumentos en torno a la religiosidad, emergen otros temas vinculados a las limitantes en torno a las expectativas sobre una posible discusión sobre eutanasia. Al respecto un tecnólogo médico, presidente de un Comité de Ética de un hospital señala que podría existir un riesgo de carácter económico en torno a la eutanasia sobre la disponibilidad de camas en las Unidades de Cuidados Intensivos –UCI-.

En este sentido, según el profesional, menciona que de existir eutanasia nos encontraríamos con el riesgo de que por la necesidad de camas, cuestión que se relaciona con una necesidad económica, de insumos e infraestructura en el ámbito de salud pública chilena, se produciría un mayor número de procedimientos eutanásicos, lo que remite también a la idea de la pendiente resbaladiza.

“Eso fue lo único que apareció después, nada más, ojalá que se reflote y que se trasparente la cosa, a nadie porque también está el temor de apurar la cama de la UCI que está esperando a otro paciente (Entrevistadora: Como que puede haber un criterio económico) Claro, entonces ahí hay una línea delgada, pero si el paciente quiere o sea quiso antes” (Tecnólogo médico Pdte. Comité de ética, Hospital).

Al respecto Ulrichová, entre los argumentos que plantea en contra de la eutanasia, destaca que la “pendiente resbaladiza” se produce en determinados contextos donde la eutanasia aumenta por escenarios donde no necesariamente se considera la voluntad del/la usuario/a. Al respecto la autora señala que “los estudios de caso de los Países Bajos muestran que la pendiente resbaladiza no es una fantasía. El Comité Rimmelink, primero llamó la atención sobre situaciones en las que los pacientes habían sido asesinados sin una solicitud explícita de eutanasia. La relación de Brongers mostró que un paciente podría ser asesinado solo por razones de edad y cansancio de la vida, sin un diagnóstico concreto. Otro caso dado en la publicidad: Chabot - aquí la eutanasia se llevó a cabo en una mujer de 50 años de edad con depresión, que no es un diagnóstico terminal. En el período 1997-2005 médicos holandeses admitidos otorgando una "muerte misericordiosa" a 22 niños (...) Todas estas causas demuestran que la sociedad ya se encuentra en la pendiente resbaladiza, como se desprende de los sentimientos que ahora se expresan en los debates: que la matanza puede ser una buena acción, que el suicidio es en realidad la solución racional a ciertas situaciones problemáticas” (Ulrichova, 2017: 661).

Si bien estos argumentos son relevantes en la medida que nos muestran posibles riesgos que se pueden desarrollar en el marco de la implementación de la eutanasia, consideramos que no por eso se debe inhibir el diálogo y la discusión en torno a esta materia. Asimismo, consideramos que dichos antecedentes deben servir para establecer marcos regulatorios claros que protejan a las personas en cuanto a su integridad física, moral y psicológica así como en cuanto a sus derechos y autonomía.

## **6.5. Recapitulando**

A lo largo de este capítulo hemos podido revisar la construcción argumentativa en torno al aborto y a la eutanasia en función de sus posibilidades de existencia en el panorama chileno actual. De este modo, consideramos que los debates son reflejo de la discusión y reflexiones que se generaron en el marco temporal del trabajo de campo de esta investigación y por lo mismo, a la hora de finalizar esta tesis doctoral, es necesario tener en consideración que algunos escenarios han cambiado.

Sin embargo, consideramos relevante el análisis aquí plasmado dado que muestra tensiones en tono a los argumentos a favor y en contra del aborto y de la eutanasia, estableciendo sobre cómo, partiendo de argumentos científicos se elaboran también argumentos que son de carácter políticos y morales, lo que da cuenta de la amplitud temática del origen de estas discusiones.

De esta manera, si bien comenzamos por una revisión conceptual emanada por los discursos del propio personal sanitario. Dichas conceptualizaciones no son ingenuas ni neutras en la medida que sustentan las posiciones que posteriormente se plasman en el debate.

Cabe mencionar que el distinto nivel de debate existente en torno al aborto y a la eutanasia, y sus proyecciones a futuro, lo vemos reflejado en la extensión de las páginas de este capítulo. En ese sentido, podemos evidenciar que los argumentos esgrimidos sobre el aborto prácticamente duplican a los de eutanasia, lo que es un reflejo de la profundidad del debate a nivel social y el impacto que tiene el desigual desarrollo legislativo en torno a estas dos temáticas.

También, nos parece bastante relevante de este capítulo que las temáticas abordadas – aborto y eutanasia- son reconocidas por el personal sanitario como temáticas políticas. Es decir, si bien son decisiones personales o familiares que se juegan la cuestión de la vida y de la muerte, constituyen

materias políticas en torno a las cuales se construyen discursos de saber/poder que establecen verdades sobre cómo actuar frente a estos eventos. En este sentido, consideramos que resulta fundamental el debate social sobre estos temas, dado que en el país se están desarrollando procesos legislativos –la reciente implementación de la ley de interrupción del embarazo bajo tres causales y el debate del proyecto de ley de eutanasia- de relevancia que deberían cristalizar los debates sociales y políticos.

Asimismo, dichas posiciones y temáticas sirven como base para las relaciones de poder que se estructuran en el marco de la relación sanitaria. No podemos decir que existe un correlato exacto entre discursos y prácticas, pero sin duda los primeros imprimen un carácter particular en la relación, que puede estar establecida bajo relaciones de poder donde se posiciona al/la profesional como quien, bajo ciertos argumentos, delinea una relación asimétrica a través del saber, justificado por un cientificismo, que como veíamos anteriormente, no sólo es científico sino también contiene un fuerte carácter político y moral.

En este contexto nos preguntamos sobre qué sucede con las personas usuarias que se encuentran bajo estas dinámicas, quienes se constituye (Butler, 2001) en las relaciones de poder con los/as profesionales sanitarios/as. Al respecto nos parece que esta cuestión la iremos profundizando en los siguientes capítulos para lograr visualizar sobre cómo se constituye la persona usuaria subjetivamente en el marco de las relaciones de poder que se dan en estos contextos.

Asimismo, podemos evidenciar que los argumentos a favor tanto del aborto como de la eutanasia apuntan inicialmente al mismo tema: la autonomía de las personas y su capacidad de decisión, mientras que los argumentos en contra se centran principalmente en elementos de carácter científico, o empíricos, sobre los cuales, si profundizamos un poco más, plantean principalmente la base de lo que constituye la sacralidad de la vida. Sin embargo, si bien apreciamos esta polaridad, los argumentos se complejizan en el sentido de que entregan elementos que configuran más bien una matriz argumentativa en torno al aborto y a la eutanasia.

Por último en conexión con lo anterior, es importante destacar que los argumentos en torno al aborto y a la eutanasia no se agotan en la dicotomía a favor y en contra, sino que existen temáticas transversales que deben ser consideradas para futuras políticas integrales. En este sentido, si bien consideramos que debiese existir una ley de aborto libre en el país, también debiesen existir políticas públicas en torno a la educación sexual y anticoncepción.

Asimismo, en materia de eutanasia, si bien consideramos que debiese existir la posibilidad de decisión en torno a adelantar la muerte por parte de las personas, consideramos que resulta urgente que se desarrolle un sistema de formación e implementación de cuidados paliativos que tenga una amplia cobertura en cuanto a las patologías consideradas para las realidades de sufrimiento.

## **7. Vida y muerte interrogadas por la dignidad humana y las nociones de persona**

Cuando nos preguntamos sobre los temas vinculados a los fenómenos del aborto y la petición de adelantar la muerte, emergen cuestionamientos acerca del sentido de la vida y de la muerte, y el carácter que éstas asumen en determinados contextos.

En este marco emerge la cuestión de lo humano que nos hace preguntarnos sobre qué entendemos por dignidad y por qué este concepto se encuentra en el centro de las reflexiones sobre el aborto y la petición de adelantar la muerte.

De este modo, en torno a estas reflexiones, vemos el llamado de Ramón Sampredo, en la búsqueda de recibir eutanasia para adelantar su muerte. Dicho llamado va de la mano con una petición de reconocimiento de su dignidad, en la medida que ésta se ve mermada en su vida y desea obtenerla para su muerte. Pero esto no es posible, por lo que el hombre encuentra que su única salida es buscar la muerte a escondidas, como un criminal.

Este panorama llama la atención sobre los contextos judiciales y políticos que muchas veces impiden el reconocimiento del deseo de las personas, produciendo una visión mermada de lo humano y, por ende, un menor ejercicio de la dignidad.

De este modo, el objetivo de este capítulo es analizar las concepciones de la dignidad por parte del personal sanitario, comprendiendo su modo de abordaje en la praxis clínica. Asimismo, revisaremos elementos que tienen que ver con lecturas sobre el comienzo de la vida, que se asocian principalmente a los debates sobre el aborto, así como también la construcción de la idea de sacralidad de la vida que emerge como argumento contrapuesto hacia el aborto y la eutanasia.



Algunos de los conceptos centrales que abordaremos en este capítulo se encuentran trabajados en el capítulo de Ejes Conceptuales. De este modo, profundizaremos en materias que tienen que ver con lo humano, la dignidad, vida y muerte digna, entre otros.

El capítulo que presentamos a continuación se estructura de la siguiente manera: inicialmente se plantean las concepciones de humanidad del personal sanitario (7.1), considerando elementos que nos remiten a vidas habitables y vivibles en el marco del aborto y de la petición de adelantar la muerte; posteriormente revisamos el discurso sanitario a la luz de concepciones sobre la dignidad (7.2), en el marco de la vida y de la muerte enfrentados a los debates de aborto y de eutanasia; luego, nos adentramos en las lecturas que el personal sanitario realiza sobre el comienzo de la vida (7.3), y cómo aquellas inciden en la elaboración de argumentos en torno al aborto.

A continuación revisaremos el concepto de sacralidad de la vida (7.4), que viene a constituir uno de los argumentos centrales en la oposición hacia el aborto y la eutanasia; Finalmente, nos adentramos en concepciones de “la persona”, qué comprendemos por esto, qué implicancias tiene, entre otros elementos (7.5).

### **7.1. Lo humano en el marco de vidas habitables y vivibles**

En relación a la petición de adelantar la muerte, una abogada de un Comité de Ética de una clínica religiosa, plantea la falta de humanidad presente en la actualidad, la que afecta principalmente a adultos/as mayores y a personas en estado de enfermedades terminales. Al respecto la profesional destaca que existe mucha soledad y que las personas no desean ser una carga para sus familiares, releva los casos de Francia y de Holanda donde, según la profesional, las personas pedirían la eutanasia para no ser carga emocionales ni monetaria de sus familiares, apelando a la idea de “pendiente resbaladiza” (Ulrichová, 2017).

En este contexto la profesional hace un llamado a la humanización destacando que en los momentos de muerte y de nacimiento las personas deberían estar arropadas, abrazadas y amadas.

Al respecto De Oliveira et al. señalan, haciendo referencia a la actuación médica frente a usuarios/as en estado terminal, que “el discurso de nuestra formación es que el cuidado debe ser humanizado, pero el enfermero debe mantenerse lejano emocionalmente de los usuarios/as asistidos en la unidad de cuidados intensivos. Ante esa realidad, cabe al equipo profesional sensibilizarse para cuidarlo de forma humanizada e individualizada, conduciendo a la familia acompañante, favoreciendo la formación del vínculo que se encuentra fragilizado por este proceso de hospitalización” (2011: 5).

Sin embargo, cuestionamos las consideraciones respecto de la lejanía emocional que debería presentar el personal sanitario, dado que muchas veces esta actitud no es posible, en la medida que en la atención médica se desarrollan vínculos afectivos.

“El punto está en que también es una, es una, para mí, es una falta de deshumanización de nuestros viejos. Toda la sociedad lo está llevando al adulto mayor y sobre todo, no, partiendo por el adulto mayor, también hay muchas personas que están sufriendo una enfermedad que ven que están liquidando los recursos su familia, liquidando no solo los recursos materiales, sino emotivos, sentimentales y son una carga pa ellos. Entonces, ¿qué es lo que dicen? y lo que ha pasado en Holanda y en Francia en algunos casos es ‘déjenme morir, pero, porque ya soy una carga para los demás; tengo un dolor que dej, denme la posibilidad de determinar mi muerte’. Humanamente se entiende, pero desde el punto de vista del cuidado que le debemos a los otros, de la, la muerte de uno ojalá pudiera ser arropado por sus familias, eh, desde el punto de vista de dolores físico, gracias a Dios, todo lo que ha sido la ne, la posibilidad de con fármacos manejarlo es posible. De repente el punto está en el dolor espiritual, en el dolor de, y yo lo he visto, o sea, he acompañado a morir a persona y las he tenido eh, abrazá cuando van muriendo y cuando muere y uno se da cuenta de esa angustia existencial. Entonces, el punto está ¿quién decide? Yo ojalá nunca nadie decidiera eso. Eh, eh, nos está diciendo que nuestra sociedad ha ido perdiendo lo que yo digo el “hilo de humanidad”. El ideal es que cuando uno nace cuando muere pueda morir arropado eh, besado, amado por los más cercanos y si no es por los más cercanos, yo trabajé en el Hogar de Cristo en la sala Padre Hurtado, por lo que abrazándolos, oye tú te vai pero, me cambiaste la vida, me hiciste, o sea, es uno de los nuestros el que se va. Entonces, cuando me dicen el derecho de, de, de decidir mi muerte es porque lo hemos abandonado, o sea, lo hemos abandonado completamente, no es los mismos cuidados, no lo hemos, y, es una decisión que uno dice ‘ya no quiero más de este mundo’” (Abogada, Comité de ética, Cínica religiosa).

Valiéndose de un posicionamiento contrario a la eutanasia, el argumento de la profesional, cuestiona la forma de morir, planteando una muerte deshumanizada donde no existe cuidado, cobijo ni sostén emocional. En este contexto nos preguntamos si lo que se cuestiona es la deshumanización ante la muerte o la muerte en sí, en la medida que existe una visión negativa de ésta. Es decir, una experiencia de soledad afectiva que facilita el deseo de la muerte.

Desde otra vereda, como ya señalábamos al comienzo del capítulo, podemos ver el caso de Ramón Sampedro quien, estando en una situación de tetraplejia, en España, pedía adelantar su

muerte. Cabe mencionar que una persona de alto cargo de la Asociación del Derecho a una Muerte Digna, trae a colación la situación, debido a que dicha organización apoyó el proceso de solicitud de eutanasia de Ramón, la cual no tuvo frutos por las vías legales.

Al respecto la informante, poniendo en cuestión el discurso paliativista, que muchas veces plantea que no es necesaria la eutanasia porque lo relevante es que las personas estén bien cuidadas, destaca, que Ramón era una persona que se desenvolvía socialmente, que estaba bien cuidado, pero sin embargo deseaba morir, y dicho deseo no se le reconocía en términos legales.

“Ramón San Pedro estaba bien cuidado, leía, escribía, las mujeres se enamoraban de él, se expresaba súper bien, le hacía entrevistas en la tele... él quería morir, no tenía sufrimiento físico puesto que era tetraplégico, no tenía ningún tipo de dolor pero no quería seguir viviendo así, en el uso de su libertad, o sea él es un caso, todo el discurso de si está bien atendido, no tiene dolor, se cae cuando lo enfrentas a un caso concreto que te dice, “yo quiero adelantar mi muerte”, no necesariamente morir, porque todos vamos a morir” (Alto cargo de la Asociación por el Derecho a la Muerte Digna –DMD-).

De este modo, nos preguntamos sobre qué condiciones llevan a Ramón Sampedro a querer terminar con su vida adelantadamente. En este contexto consideramos pertinente plantear la distinción que realiza Butler vinculado a la vida y a lo habitable: “Cuando nos preguntamos en qué convierte a una vida en habitable estamos preguntándonos acerca de ciertas condiciones normativas que deben ser cumplidas para que la vida sea vida. Así pues, hay al menos dos sentidos de vida: uno se refiere a la mínima forma biológica de la vida, y el otro interviene al principio y establece las condiciones mínimas para una vida habitable con respecto a la vida humana” (2004: 65). En este contexto, lo que está en juego para Ramón Sampedro es una vida habitable, una vida vivible, pese a que pueda continuar viviendo, en términos biológicos, para él lo que se encuentra en juego son las normas que establecen que su vida siga siendo habitable.

Lo anterior también lo podemos conectar con el aborto, en la medida que las mujeres que desean abortar y que por lo mismo, requieren un reconocimiento de dicho deseo, ya sea por medio de legislaciones específicas u otros mecanismos, están apelando a una vida vivible. Es decir, una vida que puedan habitar en el marco de un posible proyecto de vida.

De este modo, en la cuestión del aborto, no sólo está en juego la posible vida biológica de un embrión o feto, sino que también se encuentra en juego lo vivible de las vidas de aquellas mujeres frente a dicha situación. Al respecto Butler destaca “la cuestión no es extender enfáticamente el “derecho a la vida” a toda persona que quiera reclamarla para los embriones sin voz, sino

comprender que la “viabilidad” de la vida de una mujer depende del ejercicio de la autonomía corporal y las condiciones sociales que posibilitan dicha autonomía” (Butler, 2006: 28).

Profundizaremos más sobre el concepto de autonomía en el siguiente capítulo: “Aproximaciones a la autonomía: indagaciones sobre quién decide, los derechos y las herramientas para su ejercicio en el ámbito sanitario”, pero, al igual que la vulnerabilidad y el cuerpo, son elementos centrales para comprender la propuesta de lo humano.

En este contexto nos parece necesario destacar que el reconocimiento de una vida vivible también influye en la posibilidad de que una persona sea considerada humana. Y en este punto nos atrevemos a decir que aquellas mujeres que no se les permite abortar, a aquellas personas que no se les permite morir, mantienen un estatus de menos humanos/as porque no existe una atención al deseo de reconocimiento.

En este contexto vale la pena hacer referencia a la cuestión de los derechos, los cuales no sólo se disputan por ser derechos en cuanto a la construcción de ciudadanía sino que, se disputan porque son condición de posibilidad de construcción de vidas habitables, son condición de lo que llamamos “humano”.

## **7.2. La dignidad en el ámbito sanitario**

Un médico general, presidente de un Comité de ética de una clínica religiosa, señala las iniciativas legislativas que han existido en el país en torno a la eutanasia, las cuales no han tenido buenos resultados, en el sentido que han quedado archivadas implicando la inhibición del debate legislativo. Al respecto es interesante destacar, como ya señalábamos en los antecedentes, que en la actualidad (Chile, año 2019) se está llevando un proceso de debate legislativo en torno a la materia.

También, el profesional conecta dichas iniciativas con la solicitud que realizó un médico y político chileno, quien falleció de una enfermedad incurable. Dicha persona elaboró una carta para que se legislara en torno a la eutanasia en el país, dando como argumento de que la vida que había vivido en el tiempo de enfermedad no había sido digna.

“Sí, sí. En Chile ha habido por lo menos un, que yo recuerde, unas dos o tres iniciativas, por lo menos, por lo menos dos, estoy seguro y quizás tres (Entrevistadora: Pero la más nueva es la del 2015) Claro. Pero había esa, retomaba una propuesta anterior también. Y se han discutido y han quedado por ahora archivadas por un proyecto que no se ha continuado o no se ha aprobado, no se ha aprobado la idea de legislar, podríamos decir, frente a esos proyectos. Hubo otro caso que fue emblemático de las comunicaciones en Chile que fue un, un señor que es, que era un político de apellido Corvalán, ¿médico?, médico, político, que él antes de morir, porque murió de una enfermedad, dejó escrita una carta y en la carta él pedía que en Chile se pudiera legislar, porque para él había sido poco digno vivir tanto tiempo con esa enfermedad porque él sabía que se iba a morir, eh, con todo eso, esa, esa fragilidad que él experimentó, la vulnerabilidad y que la respuesta para él para resolver eso era que se aprobara en Chile una ley de eutanasia. (Médico general Pdte. Comité de Ética, Clínica religiosa).

De este modo, por medio de la experiencia de sufrimiento, emerge una capacidad de agencia, en la medida que la persona aludida demanda la posibilidad de adelantar su muerte frente al país. Se destaca la fragilidad y la vulnerabilidad por la que atraviesa la persona, así como el deseo de incidir legislativamente en torno a la materia.

Cabe destacar que una persona de alto cargo del Colegio Médico de Chile señala, en relación a la dignidad y en concreto a la vida digna, que ésta depende de las garantías tanto de condiciones materiales como subjetivas de existencia, comprendiéndolas en el marco de los derechos sociales que deberían estar garantizados por el Estado.

De este modo la profesional vincula el valor de lo humano con la dignidad, al mismo tiempo de señalar que tanto para el caso del aborto como el caso de la solicitud de adelantar la muerte, no debería ser posible imponer concepciones morales ajenas a las personas que se encuentran en dichas posiciones.

“Muchas cosas que es como el valor del humano en realidad, que es como y que tiene que ver con condiciones también materiales como de accesos, como de educación, de cultura, de salud, de miles de cosas y entre esas está como otras condiciones que son como de sensaciones, de dolor, de humillación, de sufrimiento, que eso si es algo que yo creo que uno no se lo puede imponer a nadie por concepciones morales, es lo mismo que en el aborto como pedirle a las mujeres que sean heroínas tampoco yo le puedo pedir a alguien como tolerar su propio sufrimiento si es que es un sufrimiento de tal nivel que hace que tú mueras, que bajo entonces tu concepción después no hay nada más, o sea tiene que ser algo muy terrible para que como las mujeres tiene que ser algo muy terrible para que ellas realmente definan en temas de aborto libre, abortar para ellas tanto así que requiere como el respeto en la sociedad y en este caso de eutanasia lo mismo” (Alto cargo del Colegio Médico de Chile).

Conectado al marco de la relación sanitaria, también podemos observar posiciones que vinculan la dignidad a otros aspectos más concretos del contexto hospitalario y que mantienen un carácter bidimensional.

En este sentido, una académica, terapeuta ocupacional de una universidad chilena, plantea las condiciones de higiene del cuerpo de las personas usuarias como un elemento relevante para la mantención de la dignidad. Pero también existe otra dimensión, que incluso es más importante para esta profesional, que tiene relación a cómo la persona usuaria desea que la traten en dicho contexto, es decir, sus preferencias particulares.

De esta manera, lo que emerge en este discurso son las particularidades de cada persona en término a los modos de trato de relación, lo que puede estar conectado con lo que revisábamos anteriormente en el capítulo de ejes conceptuales en torno a la dignidad, como valor único e intranzable, lo que se puede trasladar también al reconocimiento del sujeto/a como único/a.

“Yo creo que hay varias dimensiones de la dignidad porque hay aspectos que tienen que ver por ejemplo en el contexto hospitalario con cosas por ejemplo una persona que esté limpia, no sé de qué prevengamos complicaciones que esté bien como digno así como superficial pero también hay una dimensión que va mucho más allá con las preferencias, para mí hay respeto de preferencias de las personas está muy ligado a la dignidad entonces en términos por ejemplo cuando una persona está en este o ni siquiera en el fin de la vida sino en cualquier momento y tiene preferencias particulares sobre lo que quiere para su salud, para su enfermedad etc. como que siento que esa dimensión es la más difícil de cumplir, sin duda, pero creo que tiene como esa bidimensionalidad” (Académica, Terapeuta Ocupacional, universidad chilena).

Las concepciones de dignidad también tienen relación con los debates en el marco del aborto, en particular en el discurso del personal sanitario en el contexto de los procesos de acompañamiento a mujeres con embarazos con inviabilidad fetal.

El rector de la universidad que alberga una institución cristiana menciona que “el tema de fondo que surge de este programa es el apoyo a la vida que reafirmamos como comunidad universitaria al hacernos cargo de la difícil y compleja situación que viven las familias con hijos que tienen estas malformaciones congénitas letales. En ese sentido, la palabra de la Iglesia nos ayuda a no perder el foco que ponemos en todo lo que hacemos, y ese foco es el respeto por la persona humana y su dignidad” ([www.redsaluduc.cl](http://www.redsaluduc.cl)).

En el contexto de lo establecido por el rector, podemos señalar que alude al concepto de dignidad, el cual lo elabora desde una concepción judeo cristiana relacionada con la sacralidad de la vida como lo más importante en el contexto del respeto por la persona humana, siendo un bien intranzable.

Según Martínez “para los cristianos, la dignidad tiene su fundamento en su filiación divina, a la que se suma la redención de todo el género humano por Cristo, el mismo Dios hecho hombre, y con esto la dignidad se une con el principio de igualdad, pues la creación y la redención alcanzan a todos. Pero de nuevo se trata de una dignidad que le viene al hombre/*mujer* de fuera, que no tiene su fundamento en la propia condición humana” (2013: 46-47). En este sentido, es el ser humano, hecho a imagen y a semejanza de Dios, quien es digno y establece el principio de igualdad, es decir, todos/as recibimos una dignidad, pero ésta, es “recibida”, “otorgada” por otro (Dios).

Son interesantes estas nociones de dignidad, en la medida que por una parte, desde una visión cristiana, se encuentra el reconocimiento de todas las personas como dignas, porque somos “hijos/as de Dios”, pero al mismo tiempo en la interpretación que entrega la informante clave, académica de una universidad chilena, se hace referencia a las necesidades particulares y en ese sentido al reconocimiento de las diferencias entre personas. Probablemente este es un aspecto que podemos distinguir entre una visión cristiana de dignidad y una visión que podríamos tildar como humanista o laica.

### **7.2.1. Muertes dignas, ¿llegar hasta las últimas consecuencias o abrir posibilidades?**

Desde un pensamiento liberal, Dworkin mantiene que “las personas tiene el derecho y la responsabilidad moral de enfrentarse por sí mismas a las cuestiones fundamentales acerca del significado y valor de sus propias vidas, respondiendo a sus propias conciencias y convicciones” (1994: 217) en este contexto la valoración de la dignidad humana, desde una óptica laica, se encuentra en esta dirección, en el sentido del valor y del significado que les podemos otorgar a nuestras vidas.

Asimismo es posible rescatar la definición de dignidad y de muerte digna de la Asociación por el Derecho a la Muerte Digna –DMD- de Barcelona, España, donde el concepto de dignidad se asocia con la libertad y la autonomía, mientras que la muerte digna se encuentra relacionada a los preconceptos que tenga cada persona respecto de la muerte. Es decir, una muerte será digna en la medida que cumpla el deseo de cómo ésta se conciba para cada persona que esté vivenciando el fenómeno.

“Pues esta palabra dignidad que ha estado tan manoseada y es verdad que es tan abstracta y hay compañeros de Madrid que dicen derecho a morir, que es bonito el concepto (...) concepto de dignidad, y como es tan abstracto o sea volviendo, a mí me gusta, bueno sé un poco de historia y algo de filosofía, pero que la palabra latina que nos habla de las cualidades del ser humano que no tiene que ver con la riqueza ni los títulos ya algo nos vale (...) y luego a ver la lectura de la filosofía cristiana, yo no soy cristiana pero me gusta, de Santo Tomás y San Agustín, la dignidad del ser humano porque dios lo ha hecho a imagen y semejanza y es lo que nos hace libres de pecar de condenar y de todas esas cosas, con ser libre, y luego la filosofía ilustrada lo relaciona con la libertad y con la falta de esclavitud, cuando una persona pierde su dignidad de ser humano, ser humano con libertad y autonomía, y los derechos humanos hablan de la dignidad (...) lo que significa morir dignamente es lo más cercano al concepto de muerte de cada persona a ver hay un concepto muy bonito del doctor Brogui que es “una muerte apropiada” una muerte propia para mí, más apropiada para mí, dentro de las posibilidades” (Alto cargo de la Asociación por el Derecho a la Muerte Digna –DMD).

De este modo, una personal del alto cargo de la Asociación, tras realizar una breve revisión sobre las concepciones de dignidad desde lo judeo cristiano, que se vinculan con la libertad, en el sentido de que “Dios nos hace a imagen y semejanza”, también la plantea a través de los fundamentos de la filosofía ilustrada, donde nos habla de una “muerte apropiada”, es decir, aquella muerte que está bajo los parámetros de cada persona. Es aquella muerte determinada por el/la mismo/a sujeto/a que se relaciona, a nuestro parecer, con un reconocimiento a la agencia y a la autonomía de cada persona en estos contextos.

Un fisioterapeuta de cuidados paliativos de una clínica religiosa plantea que si bien no ha tenido experiencias de petición de adelantar la muerte, en el marco de las experiencias vividas en torno a la muerte, ha intentado llevar adelante una muerte digna. Aunque nos preguntamos, en referencia a sus conceptos, sobre qué se refiere con una muerte digna.

Para el profesional, muerte digna se relaciona con “hacer todo lo posible”, es decir, agotar los recursos médicos necesarios para mantener a la persona con vida. En este sentido, esta última concepción, se encuentra atada a los esfuerzos del personal sanitario por mantener la vida, en la medida que, de acuerdo a nuestra interpretación, se valora de manera negativa la muerte, como un fracaso de los esfuerzos médicos.

“Yo particularmente no he tenido esa vivencia, no, eh, alguien que quisiera pedir morir no me ha tocado ese momento, no sé qué haría yo en una condición así. Particularmente no me ha tocado. A mí no me ha tocado. Sé de qué ha habido casos así, pero yo no lo he tocado, yo no lo he vivido. Así que no sé, a mí no me ha tocado eso. Me ha tocado muchas veces acompañar a pacientes que se están muriendo, incluso se me han muerto pacientes durante procedimientos para resucitar un pacientes y pese a todo nuestro esfuerzo se muere, pero esa es una muerte, digo yo, entre comillas, digna, hicimos todo lo posible...” (Kinesiólogo, Cuidados paliativos, Clínica no religiosa).



Al respecto nos parece oportuno preguntarnos ¿para quién es digna dicha vida?, es decir, aquella dignidad ¿a quién apela? Como vemos en la cita se hacen todos los esfuerzos médicos, pero ¿quiénes hacen todos los esfuerzos médicos? Sin duda el personal sanitario, ¿para qué? Para mantener con vida biológica al/la usuario/a de salud, pero esto ¿es digno para dicho/a usuario/a?, quizás esta última interrogante es la que no podemos dar respuesta, y si seguimos las concepciones de muerte digna anteriormente descritas, también la vida digna debiese ser bajo los criterios de cada persona, los que no se condice necesariamente con el hacer todos los esfuerzos médicos posibles, ya que dicho esfuerzo dependerá de la persona en cuestión.

También podemos vincular la muerte digna con las concepciones de “buena muerte”. Al respecto Ulrichova nos señala que ésta depende de la definición de cada persona –tal y como lo expresábamos anteriormente en torno al concepto de muerte digna que nos entregada DMD-, aunque es necesario mencionar que la buena muerte o su concepción se encuentra aparejada al momento histórico en que se desarrolla.

De este modo la autora menciona que “en la Antigua Grecia una buena muerte significaba que una persona murió en paz, se reconcilió, compuso y no sufrió: esta fue una de las razones por las que los antiguos griegos creían era posible acortar la vida. Los estoicos también a veces consideraban justificable acortar la vida, pero creían que la muerte no debe ser un escape apresurado de la vida. Se suponía que la persona que moría tenía la oportunidad de despedirse de su amigos, reconciliarse con sus enemigos y dividir su propiedad” (Ulrichova, 2017:658).

De este modo, podemos dar cuenta que existen distintas concepciones de la muerte digna, en función de los períodos históricos, pero también dependiendo de los contextos sociales donde dichas nociones emerjan. Nos parece que lo importante en estos escenarios es preguntarnos sobre quién ejerce dicha muerte digna, a quién apela y cuáles son sus condiciones de existencia.

### 7.2.2. Sobre la dignidad de la vida y las decisiones fundamentadas en la ética

La dignidad de la muerte también nos hace preguntarnos acerca de la vida digna. En este apartado se presentan concepciones acerca del aborto, relacionadas a la práctica sanitaria y que se conectan con esta noción de vida digna.

Al mismo tiempo, Estos elementos nos hacen cuestionarnos acerca de las decisiones de carácter ético que tienen que adoptar los/as profesionales con el objetivo de salvaguardar la dignidad de la vida, al mismo tiempo de dar a conocer sobre qué se entiende por ético en este marco.

En general, cuando se les pregunta sobre el aborto a los/as profesionales de la salud, suelen responder con una rotunda negativa, señalando que no han tenido casos de ese tipo en la institución. Sin embargo cuando continuamos indagando en la práctica clínica emergen casos como el que se detalla a continuación, donde ha sido necesario generar una interrupción de la gestación para salvaguardar la vida de la mujer.

En este contexto el médico que relata la experiencia, explica que es una situación de alta complejidad donde permanentemente existe un cuestionamiento ético en cuanto a la práctica clínica. Es decir, la pregunta que ronda es si se estará haciendo el bien o el mal en cuanto al procedimiento.

“No. No, no. Los casos que hay son aquellos casos donde se pueden interpretar una acción médica compleja donde es difícil tomar una decisión y hay que tratar de analizarla para darnos cuenta que eso que se está haciendo no es un aborto, por ejemplo, o no es una eutanasia. Te voy a poner un ejemplo de cada una. Eh. Tuvimos no hace mucho tiempo el caso de una mamá que tiene un embarazo gemelar, los niños eran incompatibles con la vida extrauterina, pero la mamá a su vez tenía una enfermedad tan grave del tipo de enfermedades inflamatoria traumatológica que se sabía que con ese embarazo gemelar tenía un altísimo riesgo de complicar y de morir en los últimos meses de embarazo. Entonces, en ese caso se produjo el gran pensamiento de decir ‘¿qué hacemos?, ¿interrumpimos el embarazo?’ porque al interrumpir el embarazo la mamá se mejora, no tiene ese peligro y tomando en cuenta que los niños tenían también en ese momento inviabilidad fetal fuera de su madre. Ese es un caso límite, un caso difícil porque el mismo ginecólogo, la mamá, el equipo médico, están con unas dudas tremendas de decir ¿qué estamos haciendo acá? Estaremos haciendo lo correcto, incorrecto. Ya, pero una solicitud directa de un aborto por cualquier otra razón no nos ha llegado al comité y es muy difícil que llegue porque si llega una solicitud sería un signo extraño dentro de una institución como la nuestra (...) (Entrevistadora: ... ¿y finalmente qué pasó con la mamá?) Se produjo una interrupción del embarazo, sí. Después de todo el análisis de lo que la medicina nos decía, las informaciones más últimas publicadas en la literatura médica nos dimos cuenta que era altísimo el riesgo que ella corría si ese embarazo continuaba. Se podía morir ella con sus dos niños (...) nosotros consideramos que ese fue un acto, creemos, porque uno nunca tiene la seguridad total, un acto correcto y que no fue un acto intencionado para matar a los niños, que fue un acto en pro del bien

de la madre de los niños, lo que pasa es que los niños igual no iban a vivir". (Médico general Pdte. Comité de ética, Clínica religiosa).

Como vemos en este caso, la interrupción de la gestación se da, en la medida de que constituye un acto necesario para resguardar la vida de la mujer. En caso que la gestación continuara se tendría la posibilidad de perder la vida de los tres, es decir de los gemelos y de la mujer.

Asimismo podemos visualizar el origen de un dilema ético que se presenta frente a la mencionada actuación médica, en el sentido de que el médico y su equipo se cuestionan constantemente sobre si se estará haciendo "el mal" o "el bien".

Al respecto nos preguntamos ¿quién define el bien y el mal?, claramente para el equipo de salud que sostiene esta situación el bien se asocia con la vida de los productos de la gestación y de la mujer, lo que no es alcanzable debido al estado de salud de la última. De esta manera, el profesional menciona enfáticamente que han indagado en las últimas orientaciones médicas al respecto, es decir, se busca justificar la decisión en función de criterios técnicos pese a que dicha decisión es también de carácter moral.

En esta dirección, nos preguntamos sobre cuáles son las concepciones de vida digna que se encuentran como telón de fondo de esta situación. Así, en este contexto la vida digna para la mujer constituye la posibilidad de avanzar en su proyecto de vida personal, aunque sin la existencia de los productos de la gestación, dado que éstos impiden la realización personal del proyecto de vida.

En este contexto constituye una encrucijada la situación, dado que probablemente la vida digna a la cual apela la mujer, conectado a su proyecto de vida, incluye la existencia de la gestación, pero al mismo tiempo, es dicha gestación la que impide generar una vida digna en el sentido que le podría generar la muerte.

Podemos conectar esto también a la idea de vida biológica y vida habitable de la cual nos hablaba Butler (2004), en la medida que la decisión y el procedimiento del equipo médico, por interrumpir una gestación, está permitiendo por una parte que la mujer continúe viva, por otra que su misma vida sea viable.

La situación anterior deja entrever cómo, pese a las directrices católicas que puede tener una institución, existen casos límites donde es necesario optar por la vida de la mujer y realizar un aborto. Cabe destacar que esto se enmarca en una legislación que parecía confusa, dado que prohibía el aborto, pero éste se practicaba principalmente en los casos enmarcados en la primera causal de posible muerte de la mujer.

Según el médico chileno Ramiro Molina, haciendo lectura del Código de derecho sanitario chileno (1967) “este es un tema en el cual Chile está enfrentado a discutir, pues tiene una legislación en la cual no está permitido el aborto en ninguna circunstancia, lo cual no es real ni está de acuerdo con lo que sucede todos los días en nuestros hospitales públicos y privados (Cod. Derech. Sanit., 1989<sup>21</sup>)” (2014: 38).

Si bien el panorama ha cambiado, dado que en la actualidad existe una ley de interrupción voluntaria del embarazo en tres causales, anterior a esto no existía cumplimiento legal ya que las instituciones de salud debían responder principalmente en los casos donde la mujer corría riesgo de muerte.

Al indagar en las posturas que son contrarias al aborto, existen distintos argumentos y matices al respecto. De este modo podemos apreciar que, por ejemplo, existen posturas que avalan el aborto libre, otras lo condenan, otras aceptan las tres causales, otras no aceptan ninguna causal, etc.

A continuación se plantea el discurso de un tecnólogo médico, presidente del Comité de ética de un hospital, quien plantea un argumento en contra del aborto, destacando que dicho argumento no es de carácter religioso sino más bien su carácter es ético en el sentido de no generar maleficencia.

“Mi opinión es que ahí hay un conflicto ético real, ¿ya? Porque dentro de los parámetros que uno tiene para ver qué es ético y qué no, uno siempre tiene que hacer el bien y no hacer el mal a un tercero o a uno mismo y esto no tienen nada que ver con la religión por eso a mí me conflictúa eso, no que esta iglesia está en contra del aborto (...) si esto no es religioso, es ético, por ejemplo dice beneficencia es que yo te haga las cosas para que tu estés bien, pero y no maleficencia es que no te haga daño, entonces el aborto es por una parte maleficencia y no beneficencia a un tercero

---

<sup>21</sup> Código de Derecho Sanitario Chileno (1967). Artículo No. 119, 1989. <http://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=5595> Accesado 3 febrero 2014

distinto a mí, por lo tanto desde ese punto de vista el aborto inducido es antiético aunque esté aceptado por todas las leyes” (Tecnólogo médico, Pdte. Comité de ética, Hospital).

Así, de acuerdo a los preceptos de la bioética, según las palabras del profesional, en un procedimiento la idea es no generar mal o daño a terceros/as o a sí mismos/as. Por este motivo el profesional considera que el aborto es dañino ya que se le hace mal al embrión/feto, quien no puede decidir.

Al momento de preguntarle por la autonomía de decidir de las mujeres, el profesional plantea que dicha autonomía es un bien que está por debajo de la no maleficencia, es decir, resulta más relevante no generar daño que resguardar la autonomía de las mujeres.

Bajo este prisma se destaca que hay una alta valoración a la vida biológica, pero no así un reconocimiento a la vida habitable de las mujeres, es decir, se establece una jerarquía donde las mujeres y sus vidas, quedan en posiciones de subordinación respecto de la valoración de la vida biológica y potencial del producto de la gestación.

Cabe destacar que en la bioética clásica –como lo revisamos en el capítulo de ejes conceptuales -, de acuerdo a Kottow y Schramm (2001), existen 4 principios fundamentales: beneficencia, no-maleficencia, autonomía y justicia. En dicho contexto la no maleficencia hace alusión a “que toda intervención debe evitar o reducir al mínimo los riesgos y daños para el afectado” (2001: 950), mientras que la autonomía es asumida como un requisito “que todos los participantes en el acto biomédico consientan informada y voluntariamente al proyecto terapéutico o de investigación a realizarse” (2001:950).

Así, para la aplicación del principio de no maleficencia, se partiría desde la base de reconocer a otro/a legítimo/a, es decir, reconocer al embrión o feto como persona o como portador de la vida humana a quien no sería deseable generar un mal. Asimismo la autonomía se reconoce en términos de información del procedimiento pero no así como un derecho a decidir.

### **7.3. Algunas lecturas sobre el comienzo de la vida**

Al momento de indagar en la literatura científica y en los discursos del personal sanitario, podemos advertir que existen distintas visiones en torno al comienzo de la vida y que por lo mismo se conectan con distintos modos de concebir su inicio, según el momento de gestación que se encuentre dicho proceso.

Estas visiones sirven de argumento para el personal sanitario en torno al apoyo o no del aborto, según los momentos de la gestación, y se relacionan a las aprehensiones que pueden existir en torno al accionar médico.

Si bien hemos planteado desde el comienzo de esta investigación que tanto aborto como eutanasia se conectan con proceso de muerte. Consideramos que los límites entre la muerte y la vida no son claros, y por lo mismo, al referirnos a aborto, resulta importante conocer sobre los fundamentos existentes sobre el inicio de la vida.

#### **7.3.1. Lecturas biomédicas del comienzo de la vida**

Destacamos que no existe en el ámbito médico, político, filosófico ni bioético un acuerdo en relación a cuándo comienza la vida humana, al respecto De Pablos (2012) plantea la existencia de al menos tres teorías científicas que tratan de establecer el comienzo de la vida humana, “existen tres enfoques o tesis en relación a cuando el embrión alcanza el denominado estatus humano, es decir, a través de estas doctrinas se intenta fijar el estadio en el cual, a criterio de los científicos, el conglomerado de células encargadas de la ardua tarea de la procreación humana pueden ser consideradas como ser humano” (2012: 653).

Siguiendo al autor (De Pablos, 2012) podemos plantear que la primera de las teorías establece que la vida comienza con la fecundación del óvulo por el espermio. De este modo, la vida humana comenzaría en el momento de la concepción. Dicha teoría es la que reafirma posturas principalmente religiosas en torno al aborto.

Otra teoría, que plantea De Pablos (2012), delimita el comienzo de la vida humana al momento de anidación o implantación del óvulo en las paredes intrauterinas, proceso que sucede

aproximadamente 14 días después de la fusión de los gametos y que da origen a una existencia individualizada –pese a depender completamente de la mujer embarazada-.

Finalmente, De Pablos (2012) plantea una tercera teoría de comienzo de la vida humana, que establece su inicio desde el momento en que el feto desarrolla sistema nervioso central. El autor destaca que “la formación del sistema nervioso central o cresta neural, que entiende que con la aparición de la llamada línea primitiva o surco neural en el embrión, lo que luego será la corteza cerebral que se forma a partir de la sexta semana de gestación a contar desde la fecha en la cual se produjo la concepción, se adquiere el estatus de persona” (De Pablos, 2012: 655).

En el discurso de una matrona jefa de Ginecología y Obstetricia de una Clínica no religiosa, hace la distinción entre generar argumentos científicos y religiosos. Al respecto señala que ella se rige más bien por los primeros en el sentido de considerar que la vida humana, que ella lo significa como “ser persona”, comienza cuando existen sinapsis neuronales, es decir, cuando el sistema nervioso central del feto ya se encuentra desarrollado, lo que se conecta con la tercera teoría respecto del comienzo de la vida aludida por De Pablos (2012). Este argumento la lleva a posicionarse a favor del aborto, en la medida que se sitúa desde otra mirada en relación al comienzo de la vida.

“Total y absolutamente para mí eh, mira no vamos a entrar en controversia de cuando empieza a ser persona, no persona, ser, no ser, solamente me voy a componentes clínicos porque siendo en el otro campo caigo en lo que es religioso, en lo que son las creencias, ¿te fijas? Entonces hay una línea fina de cuando empieza a ser persona, cuando no es persona, porque para nosotros ser persona es cuando hay sinapsis a nivel neurológico, cuando hay conexiones cerebrales, ¿te fijas? O sea ahí hay a lo mejor vida para otro puede ser el minuto en que se unió el óvulo con el espermio, allí hay vida” (Matrona, Jefa, Ginecología y obstetricia, Clínica no religiosa).

El concepto de “persona” lo trabajaremos más adelante, sin embargo es necesario establecer que éste remite a la titularidad de derechos en la sociedad. Sin embargo la profesional lo conecta con la posibilidad de que existan sinápsis neuronales, aunque destaca que no desea debatir sobre el momento cuando se es o no persona. Su argumento, de acuerdo a sus palabras, es científico, no remite a lo religioso, posicionándose de esta manera en esa vereda para dar su explicación.

### 7.3.2. Una lectura católica del comienzo de la vida y su sacralidad

En el discurso de una médica anestesióloga, del Comité de ética de un hospital, se destaca una visión que tiene que ver con considerar la vida desde el momento de la fecundación.

“Estoy totalmente en contra del aborto porque para mí la vida está desde el primer instante de la concepción, el óvulo y el espermio se unen y ya existe un ser viviente en desarrollo que no puede ser detenido digamos su crecimiento por ninguna razón, ninguna causa puede...” (Médica anestesióloga, Comité de ética, Hospital).

De este modo se plantea como completamente contraria al aborto debido a que considera la fecundación como el comienzo de la vida humana. Así, esta persona no distingue matices entre causales o aborto libre sino que se plantea como contraria a toda intervención abortiva, independiente del tipo.

Así, el discurso proviene de una profesional de salud se conecta bastante con el discurso religioso, principalmente católico, que plantea la sacralidad de la vida, es decir, la vida humana como el bien máspreciado que es necesario resguardar desde el momento de la concepción.

Al respecto Chía destaca que “para un sector importante del pensamiento conservador, la permisibilidad jurídica (y moral) del aborto es un tema prohibido en términos estrictos, puesto que al discutirse su plausibilidad, se coloca en entredicho uno de los elementos morales más significativos para la doctrina ético-teológica de la Iglesia católica: la sacralidad de la vida”. (Chía, 2012: 56).

Siguiendo a Campos (2009), este enfoque se relaciona con el naturalismo cristiano, que tiene su origen con Santo Tomás respecto de la recepción del alma racional. De este modo, en aquel período histórico (desde el siglo VII hasta principios del XVII) la recepción del alma racional estaba conectada con la obtención de la forma humana del feto y por lo mismo, el aborto era aceptado por el catolicismo en los tres primeros meses de gestación.

Sin embargo la posición de la iglesia católica en la actualidad no es la de la recepción del alma racional, sino más bien conecta con un oposicionismo claro a la idea del aborto en cualquier circunstancia y momento—aunque en este punto debemos plantear la existencia de sectores más progresistas de la iglesia que plantean matices respecto a la oposición o no al aborto-.



Dicho opositorismo tiene que ver fundamentalmente por la concepción de vida que se maneja desde la iglesia católica donde “todo ser humano tiene derecho a la vida, que este derecho es fundamental, es dado por Dios y es inviolable. El catolicismo considera actualmente, pues, que el feto es persona desde el momento de la concepción, por lo que quedaría sometido al quinto mandamiento del decálogo. Ese mandamiento no se refiere directamente al aborto, pero parece expresar el carácter irreconciliable del aborto con la ética cristiana” (Campos, 2009: 160).

Al respecto Maier destaca que “la posición de la Iglesia católica de rechazo absoluto al aborto se ha preservado desde 1869, cuando el papa Pío IX publicó el acta Apostólica Sedis que lo define como un homicidio en todas las circunstancias a lo largo del embarazo y lo clasifica como pecado grave y razón de excomunión. La premisa de la hominización inmediata —es decir, la entrada del alma al cuerpo al momento de la fecundación— informa a dicha posición” (2015: 20).

De esta manera, de acuerdo a esta perspectiva la vida comienza con la fecundación por ser el momento de la entrada del alma. Los argumentos que tienden a considerar el comienzo de la vida humana con el momento de fecundación, se vinculan a aquellos provenientes desde la iglesia católica donde “la persona de Jesús se anuncia, se sacrifica y comunica la vida divina y eterna a los hombres. De manera que el valor de la vida humana va más allá de la vida terrena, y si se aborta no se daría esa posibilidad. La persona no alcanzaría el fin primordial del cristianismo: la vida eterna” (Campos, 2009:161).

Según Chía (2012), la religión católica es contraria al aborto, no sólo por el tema de la sacralidad de la vida, sino que este posicionamiento se establece desde el repudio hacia una sexualidad autónoma de las mujeres.

Es decir, el principio de sacralidad de la vida esconde fundamentos que tienen que ver con una imagen coartada de la sexualidad de las mujeres, la cual se desea preservar para mantener estructuras sociales permanentes, como es el caso de la familia tradicional.

También en el discurso de una abogada de una clínica religiosa es posible apreciar la postura de la existencia de vida desde el momento de la fecundación. Cabe destacar que la profesional plantea que somos seres únicos e irrepetibles, en el sentido de que seguimos siendo biológicamente

los/as mismos/as desde el momento de la concepción y en los distintos momentos de desarrollo humano.

“Lo que han dado los biólogos nos muestran la función de gameto. Ahí ya hay una nueva vida. Eh, y esa nueva vida no es la vida de un sapo porque nosotros no cambiamos a diferencia de otros, de otros organismos vivos”. (Abogada, Comité de ética, Clínica religiosa).

De este modo, la profesional acude al argumento científico para establecer el momento del comienzo de la vida humana. Al respecto nos parece importante indagar sobre qué es lo llamado “científico”. En este caso se hace alusión principalmente a la ciencia que estudia la biología, cuyo método científico hegemónico es el positivista. Históricamente, es una ciencia que disfruta de un amplio reconocimiento social, respecto a otras ciencias, y que son habitualmente invocadas como fuente de legitimación de los discursos sociales. De este modo, no son sociólogos/as, psicólogos/as o antropólogos/as quienes generan el fundamento del discurso de la profesional.

Este discurso, que es “científico”, dispone estrechos vínculos con la noción católica sobre el comienzo de la vida desde la fecundación. En este sentido Amuchástegui et al (2015) plantea que el discurso religioso muchas veces ha recurrido al discurso científico con el objetivo de defender una visión particular en torno al aborto. De este modo “en este proceso ya no se enfrentaron solamente el dogma religioso con el lenguaje moderno de los derechos y la libertad, sino distintos usos del lenguaje de la ciencia. Ello planteó una paradoja para los voceros y aliados de la Iglesia, quienes recurrieron a lo que llamaban “evidencia científica” para defender lo que, en su visión, es una ley natural”. (Amuchástegui et al, 2015: 165).

Según el análisis realizado por Zaikoski (2015) en relación al rechazo de un proyecto de ley de aborto en La Pampa destaca que “entre los argumentos que se usaron para rechazar el proyecto de ley de atención sanitaria para abortos no punibles estaban el derecho a la vida en general y la del niño (*y de la niña*) por nacer especialmente regulado en el decreto aún vigente 1406/98, el estatus de persona humana del feto y la interpretación gramatical de la Convención sobre los Derechos del Niño, basada en la declaración interpretativa hecha por nuestro país. El argumento de la familia y su protección también formó parte de los discursos ensayados por la oposición”. (Zaikoski, 2015: 9).

De esta manera la sacralidad de la vida y elementos que tienen que ver con los derechos del niño y de la niña y la mantención de la familia tradicional, como antes lo revisábamos, vienen a

constituir argumentos fundamentales para la oposición al aborto, cuestión que es utilizada tanto por la iglesia católica como por políticos/as y otros/as actores en el debate sobre el aborto.

### 7.3.3. Lecturas jurídicas de comienzo de la vida

El tema de la vida también se reconoce conectado con la independencia genética. Es decir, en el momento que se reconoce al feto como un ser independiente genéticamente de la mujer, pero conectado y dependiente completamente de ella, es el momento en que se plantea que existe vida a parte.

Ésta es la postura de un profesional de la salud que se vincula a la segunda teoría biomédica que se mencionaba anteriormente respecto del comienzo de la vida humana, que tiene relación con el momento en que existe implantación del óvulo en la pared intrauterina.

“(Entrevistadora: Aunque no tenga el estatus jurídico de persona) Es un tercero, genéticamente es un tercero, es el embrión, no es mi parte, o sea, desde el punto de vista biológico, el feto depende 100% de la mujer, pero desde el punto de vista genético son diferentes, son cosas aparte (Entrevistadora: Claro, y ¿tu asumes esta postura independiente de los meses de gestación?) Sí” (Tecnólogo médico, Pdte. Comité de ética, Hospital).

En la cita anteriormente expuesta el profesional nos plantea la independencia genética del embrión, lo que conectamos con una de las teorías del comienzo de la vida, desde la perspectiva biomédica. Sin embargo, es necesario plantear que la vida puede ser concebida desde distintos puntos de vista, es decir, no sólo es un proceso biológico sino que también puede constituir un elemento jurídico sobre el cual se establecen legislaciones particulares.

Un ejemplo de esto es lo que nos menciona Figueroa (2007) quien realizando un análisis constitucional comparado, plantea que el derecho a la vida es distinto a la vida en sí, de acuerdo a lo establecido por la Corte Colombiana: “Conforme a lo expuesto, la vida y el derecho a la vida son fenómenos diferentes. La vida humana transcurre en distintas etapas y se manifiesta de diferentes formas, las que a su vez tienen una protección jurídica distinta. El ordenamiento jurídico, si bien es verdad, que otorga protección al nasciturus<sup>22</sup>, no la otorga en el mismo grado e intensidad que a la persona humana...” (2007: 111).

---

<sup>22</sup> Desde esta perspectiva comenzamos a utilizar el concepto “nasciturus” en vez de embrión/ feto en la medida que son argumentos de orden jurídico que establecen la nomenclatura del sujeto que es concebido/a hasta el momento de nacer.

De esta manera se plantea que si bien la mayoría de los ordenamientos jurídicos establecen una protección de la vida del nasciturus, sin implicar que éste sea titular de derecho a la vida, es decir, es protegible pero no mantiene una condición particular de ejercicio de derecho respecto a la vida. “Por lógica deóntica sabemos que de un deber de protección no se infieren derechos. Por ejemplo, una norma puede establecer el deber de proteger X (X puede ser un bosque nativo, el medio ambiente en general, una especie, etc.) pero de ahí no se sigue que X haya sido ungido como titular de derechos; eso significaría que los bosques serían titulares de derechos”. (Figueroa, 2007: 120).

Este elemento es fundamental a la hora de considerar la discusión sobre el estatuto legal del embrión o feto –o nasciturus en términos jurídicos- en la medida que plantea que si bien es un ser que merece protección, no por eso dicha protección implica derechos, en particular derecho hacia la vida, como se plantea regularmente desde un discurso más conservador o en contra del aborto bajo todas las circunstancias.

#### **7.4. La sacralidad de la vida y otros argumentos en el aborto y en la eutanasia**

Conectadas a las posturas anteriores, que plantean la sacralidad de la vida como un bien mayor que debe protegerse sobre todas las cosas, existen las posturas que relacionan el aborto con el asesinato, es decir, al reconocer al embrión o al feto como vida humana se reconoce al mismo tiempo que terminar con éste por medio del aborto implica un asesinato, terminar con una vida humana en desarrollo.

Esta es la visión de un médico internista de la clínica religiosa, quien plantea que el feto o el embrión son seres humanos en potencia, aquí vemos una discrepancia con otros discursos ya que se habla de la potencialidad del ser humano mientras que otros/as actores/as plantean que es un ser humano en desarrollo.

Independiente de esto el profesional reconoce que el aborto como tal corresponde a un asesinato, ya que el feto o embrión no son un órgano sino es un ser independiente de la mujer.

“Yo siento que por qué matar a un niño que no ha nacido, que tiene todas las potencialidades de poder ser un ser humano completo, por qué matarlo va a ser una herramienta válida yo creo que no, es decir, si bien existe este concepto en los derechos reproductivos de la mujer dentro de ella siento que por qué la mujer tiene que decidir sobre la vida de otra persona si es otro ser, no es ella, no es un órgano, es un ser humano que si bien puede estar en potencia, pero yo siento que es un ser humano desde el momento en que se fecundó y tiene toda la potencialidad y es un ser en sí mismo y tiene todos los derechos de poder crecer, desarrollarse” (Médico internista CP Clínica Religiosa).

En este ámbito, resalta el tema de la potencialidad. Al respecto podemos decir que un espermio o un óvulo fecundado también son potencialidades de persona, o bien, si nos basamos en el ejemplo de Warren (1995) los/as niños/as antes de los 18 años son potenciales votantes, pero no pueden votar. En este sentido, el argumento de la potencialidad es complejo ya es ir en contra de la capacidad racional/emocional y de la voluntad de las mujeres, dejando dicha potencialidad a la naturaleza o a Dios.

Según Aliyeva (2015), los grupos que se encuentran contrarios al aborto, tienden a generar discursos donde creen que el feto es una persona y por lo tanto es necesario dejarles desarrollarse y nacer. En dicho contexto el aborto constituye un asesinato de un/a “niño/a” por nacer, por lo que sería posible o avalado sólo en condiciones muy excepcionales.

Asimismo podemos plantear que Dworkin (1994), establece dos objeciones en contra del aborto que están a la base de la mayoría de los argumentos en contra de éste. La primera es la “objeción de carácter derivado” que tiene relación con que “abortar es inmoral, en principio, porque viola el derecho de alguien a que no le maten, del mismo modo que matar a un adulto es normalmente inmoral porque viola su derecho a la vida” (1998: 19), mientras que la segunda objeción la llama “objeción de carácter autónomo” donde “según esta segunda afirmación, el aborto es inmoral en principio porque desatiende e insulta el valor intrínseco, el carácter sagrado de cualquier etapa o forma de vida humana” (1994: 20), lo que podemos conectar con las lecturas de la sacralidad de la vida anteriormente expuestas.

Según Dworkin (1994) la mayoría de las personas acuden al segundo argumento: “objeción de carácter autónomo” cuando argumentan en contra del aborto. Sin embargo, a lo largo de este estudio, y centrándonos en la última cita analizada, podemos ver que también se acude al primer argumento que tiene relación con la “objeción de carácter derivado”.

En este sentido, cuando por ejemplo se apela a la potencialidad, se hace referencia también a posibles intereses de esa posible persona, por lo que podemos observar, que además de considerar como sagrada la vida, la cuestión de equiparamiento de los intereses potenciales se ve reflejado en el discurso del profesional de la salud anteriormente analizado.

Sin embargo, para el autor (Dworkin, 1994), la objeción de carácter autónoma es anterior a la derivada, en el sentido de que generalmente las personas elaboran argumentos que comienza a ser de carácter derivado, pero en el fondo, lo que les interesa es no romper con el carácter sagrado de la vida.

Asimismo, como ya hemos visto anteriormente, la iglesia católica ha generado material argumentativo en contra del aborto, basándose principalmente en la sacralidad de la vida, o como recientemente lo hemos llamado “objeción de carácter autónomo” y el considerar que el aborto es un asesinato. Sin embargo, dentro de la misma iglesia católica, a nivel latinoamericano, existe una agrupación llamada “Católicas por el derecho a decidir” quienes, desde una posición a favor de la posibilidad de elegir si realizarse un aborto o no, generan una serie de argumentos.

De este modo, de acuerdo a Cardona, Díaz y Lozano “defender la salud y la vida de las mujeres, es una opción humana, ética, moral y es un compromiso como católicas. Pues la maternidad es un acto fundamentalmente amoroso, por ello nuestra apuesta es que los hijos e hijas que traigamos al mundo sean producto del deseo, del amor y del cariño [...] Si las mujeres somos las principales productoras de ese valor agregado, no se nos puede imponer, ni exigir renunciar a nuestra propia dignidad y autonomía [...] Como Católicas por el Derecho a Decidir no promovemos el aborto, ninguna persona lo promueve. Pero sí condenamos justa su despenalización” (Cardona, Díaz, Lozano, 2006: 29, en Bessone, 2012).

Asimismo, en relación a la eutanasia, en los discursos de los/as profesionales podemos ver argumentos conectados con la objeción de carácter autónoma o sacralidad de la vida de la que nos habla Dworkin.

En este contexto se compara la eutanasia con lo que ha sucedido con la Ley “Ricarte Soto” en el país. Dicha ley 20.850 “busca asegurar el financiamiento de diagnósticos y tratamientos basados en medicamentos, dispositivos médicos y alimentos de alto costo con efectividad probada, que muchas veces suelen tener costos inalcanzables para las personas y sus familias” (MINSAL, 2018).

De esta manera una abogada del Comité de ética de una Clínica Religiosa plantea estas medidas de manera contrapuesta – eutanasia y ley “Ricarte Soto”- desde la concepción de la vida por la vida o la sacralidad de la vida, debido a que ésta se pone como valor primordial por sobre todas las cosas sin dejar espacio de emergencia a otras valoraciones tales como las de autonomía de los/las usuarios/as.

“Lo que pasa es que cada vez que, eh, quieren (baluceo) la muerte implica renunciar a darle a las personas que están en situación marginal una buena vida, o sea, como que la ley “Ricarte Soto” es justo lo contrario. La ley “Ricarte Soto” ‘oye, denos los remedios, queremos vivir’, entonces no se entiende que por un lado (baluceo) son enfermedades carísimas, son enfermedades, eh, horribles, de mucho sufrimiento y Ricarte Soto hizo todo lo posible porque quieren vivir (...)” (Abogada, Comité de ética, Clínica religiosa).

Nos parece interesante analizar cómo en el discurso se plantean de manera contrapuesta estas medidas. Posicionando a una respecto de la vida y la otra en torno a la muerte, sin considerar que tanto vida y muerte son parte de un mismo proceso y no es posible realizar una polarización entre ambos elementos. De esta manera García nos señala que “la muerte marca los límites de la vida del hombre y ha de ser entendida desde la vida misma” (2004: 306). Por lo mismo consideramos que la polarización vida y muerte, como bueno y malo, no es acertada en la medida que tendríamos que visualizarlo como un continuo.

#### **7.4.1. Consecuencias de la sacralidad de la vida en la construcción del imaginario del asesinato**

En la siguiente cita es posible apreciar la postura de una asistente social de la clínica religiosa que participa en el Comité de Ética. Ella plantea que las posturas a favor del aborto se basan en mentiras, en el sentido de no significar al feto o al embrión como vida humana.

De este modo se destaca que el aborto constituye un asesinato debido a que termina con la vida humana de un ser, al mismo tiempo de generar grandes problemas a quien se realiza el aborto. Es por ello que esta profesional plantea que arrogarse el derecho de terminar con una vida implica al mismo tiempo la muerte para nosotros/as mismos/as.

“¡Ah! Soy absolutamente enemiga del aborto, porque además, ¿sabes qué me pasa? Está basada en puras mentiras. Porque se pretende dar solución, a ver, hay varios desniveles. Yo te diría: la vida es vida. El cómo llegue si de casualidad, mal uso de los anticonceptivos, de lo que sea, es vida. Y es vida humana. Dale con decir que son un conjunto de células, a que...es mentira” (Asistente Social, Comité de ética, Clínica Religiosa).

Esta visión se puede enmarcar en concepciones de origen religioso, principalmente católicas en la medida que plantean la sacralidad de la vida o la objeción de carácter autónoma, es decir, el valor de la vida está por sobre todas las cosas y por ende realizar un aborto implica muerte y homicidio.

Así, es interesante plantear que se genera una dicotomía, entre quienes están en contra del aborto, quienes se abogan el concepto de vida y entre quienes están a favor del aborto, que, según esta perspectiva religiosa, serían quienes están en el marco de una cultura de la muerte.

Asociado al argumento de la sacralidad de la vida u objeción de carácter autónomo, por Dworkin (1994), podemos plantear que existe la contracara en la construcción subjetiva de quien es responsable de dicho asesinato. De esta manera es como se construye la sujeta “asesina”, quien es necesariamente la persona a la cual se le tendría que atribuir dicha acción, en este sentido se configura la idea de “asesina”, la que generalmente se asocia, principalmente, a las mujeres que se realizan o se han realizado abortos.

En este contexto, destacamos el discurso de una médica anestesióloga de un hospital, quien plantea que el feto o embrión no tienen forma de defenderse frente al aborto, en este sentido son “inocentes”:

“Me quedaría con ese sabor de saber que no lo maté porque no puedo ser asesina de un inocente que no tienen ningún derecho, no tiene la oportunidad de defenderse” (Médica anestesióloga, Comité de ética, Hospital).

Es interesante este discurso dado que por primera vez, en el marco de los discursos concernientes a las posturas de aborto con el argumento de asesinato, se habla de “asesina”, es decir, se personifica el acto del aborto ya no sólo como un asesinato sino que se le da un carácter, un adjetivo específico a quien lo realiza.

De este modo la construcción subjetiva de las mujeres que abortan se polariza, por un lado se encuentra “la asesina” quien es activa y quien tiene una determinada voluntad para actuar, mientras que por otra parte se encuentra “el/la inocente”, haciendo alusión al producto del embarazo, como quien no se puede defender y atribuyéndole de este modo, características que se asocian a la figura del “niño/a indefenso/a”.

Cabe señalar que si bien en el discurso de esta médica se plantea que ella misma no podría ser una asesina, en ninguno de los demás discursos encontramos una significación tal hacia las



mujeres que abortan. Es decir, se plantea que el aborto es un asesinato pero no se establece que las mujeres que lo practican sean asesinas.

En este sentido Palma y Moreno (2015) destacan que en la discusión sobre aborto en Chile, nadie llama “asesina” a la mujer, sino más bien se la significa como una “víctima”. Lo que se vincula bastante con la aplicación de la ley –previo al año 2017-, en término de que muy pocas mujeres, en las clínicas y hospitales, eran acusadas de abortar.

Las autoras destacan que “en el debate público, unos(as) dirigentes políticos(as), profesionales activistas, médicos(as), académicos(as), abogados(as) sostienen que el aborto es un crimen que la ley debe castigar. Sin embargo, al mismo tiempo, dicen en el debate público que ninguna mujer debe ir a la cárcel por ello. Otros sostienen que el aborto debe continuar siendo penalizado, explicando a veces que colisionan en él, el derecho a la vida y la libertad de la mujer, que debe ser despenalizado excepcionalmente en ciertas causales, dicen que debe reconocerse y asegurar el derecho a decidir de la mujer –se basan en los derechos reproductivos– y que ninguna mujer debe ir a la cárcel por ello”. (Palma y Moreno, 2015: 53- 54).

Lo anterior plantea la paradójica situación política en torno al aborto en la que se encontraba Chile, dado que si bien la disputa se polarizaba, existían matices en cuanto a la aplicación de una ley que no se estaba aplicando en términos reales. Lo anterior lo podemos conectar con que la ley operaba a través de la prohibición, por medio de establecer un statu quo, que en términos morales establecía un deber ser para las mujeres del país.

En el discurso de una médica obstetra de Ginecología y Obstetricia de la Clínica Religiosa, podemos observar que existe una contradicción respecto a su postura, en el sentido que comienza su planteamiento señalando que ella nunca se haría un aborto y que piensa que dicho procedimiento corresponde a matar a un ser indefenso, es decir, el aborto para esta mujer constituye un asesinato.

Sin embargo, al revisar con detención la cita podemos observar que finalmente la profesional plantea que cada persona es libre de hacer lo que quiera con su cuerpo, en este sentido ella no condena a las mujeres que se practican un aborto, considerando que debe existir libertad para tomar este tipo de decisiones.

“Es un tema porque yo hago todo lo contrario trato a pacientes que han intentado muchos años tener una guagua, que lo logren, entonces me cuesta entender que alguien pueda hacer lo contrario, todavía siento que el aborto es un asesinato como sea es matar una vida, sea persona o no, eso da lo mismo porque nadie va a dirimir porque es muy difícil decir si un embrión es persona o no, ¿vida? Hay vida, por lo tanto para mí el aborto es un asesinato ahora, no juzgo a las personas que lo hacen porque a la larga creo que en una sociedad moderna deberían estar todos incluidos, si tú me preguntas a mí sí me haría un aborto yo nunca lo haría, en mí cuerpo porque soy yo misma y así como tampoco quiero que me obliguen a hacerlo porque soy una persona libre y decido o no decido hacer un tratamiento x, si a una paciente no le quiero poner pechugas porque siento que no requiere cirugía para eso no tengo porque tampoco estar obligada a hacer aborto porque no te pueden obligar a hacer algo que no quieres hacer, pero siento que en una sociedad moderna deben estar todos incluidos no tienen por qué pensar como yo, y se debe legislar y ser libre” (Médica obstetra, Ginecología y obstetricia, Clínica religiosa).

En el discurso de esta asistente social de un Comité de Ética de una clínica religiosa se plantea que entre las mujeres que abortan y que son activistas a favor del aborto, existe una disposición dura, “ojos pétreos, eran duros, eran ojos muertos”, que se construye a partir de la culpa de haber “matado a un hijo”.

En dicho contexto no se significa esta experiencia como transformación de una resignificación sobre el aborto, sino más bien se plantea como un resentimiento que sería constitutivo de la experiencia de las mujeres que abortan.

“Hay un enriquecimiento, si tú te fijas, los líderes abortistas son muy agresivas, muy violentas, porque el entrar a captar lo que significó un error, no estoy juzgando, no estoy diciendo que esté mal. Entonces hay un enriquecimiento muy violento frente al tema. Mira, hay una foto muy impactante... bastante impactante que decía aborto libre o no sé qué con los ojos de esa mujer, eran ojos pétreos, eran duros, eran ojos muertos, y era un mecanismo de defensa, el defender la postura abortista a personas que no abortan es una postura de defensa para entrar en la crisis que significó el haber matado a un hijo”. (Asist. Social, Comité de ética, Clínica religiosa).

Asimismo, en el discurso de la asistente social podemos observar la existencia de un estigma social hacia las mujeres, que no sólo abortan, sino que se plantean como activistas del tema, invalidando su postura por medio de la imposición de la culpa. Conectado a lo anterior el colectivo “Católicas por el derecho a decidir” (Bessone, 2012) plantea que desde la iglesia no sólo se plantea un disciplinamiento de la sexualidad y la reproducción hacia las mujeres, sino que se realiza una estigmatización por medio de la moralidad y la culpa frente a las mujeres que han abortado.

En dicho contexto, estos elementos nos hablan de una disputa política que implica el cuerpo de las mujeres y nociones respecto de los derechos sexuales y reproductivos, en la medida que las mujeres activistas adoptan performances políticas para actuar y validar su posición en sociedad,

lo que choca con la visión de la iglesia católica quienes las perciben como violentas y culpables, cuestión que se puede verificar en el análisis del discurso de la profesional aludida.

Por último, es importante señalar que en este apartado sólo se presentan discursos vinculados a la construcción subjetiva de “la asesina” conectándolo con la experiencia y activismo del aborto. En este sentido, en el marco de la eutanasia, no encontramos discursos que realizaran una construcción subjetiva del/la “asesino/a” en relación al médico/a o profesional que ejecuta el acto.

Por lo mismo nos parece relevante no sólo analizar lo explícito sino también lo implícito y silenciado. En este marco, si bien se plantean argumentos en contra de la eutanasia, no se adjudican características valorativas al personal sanitario que eventualmente la podría llevar a cabo. Lo anterior puede estar conectado con que es la misma experiencia sanitaria y el posicionamiento en dichas instituciones, los que conllevan a una significación o nominación diferencial en relación a lo que sucede con el aborto y las mujeres que abortan.

#### **7.4.2. Consecuencias de la sacralidad de la vida sobre el ideario de respeto a la vida. Algunas éticas asociadas al nasciturus.**

Los discursos contra el aborto van más allá, tratando de establecer una condición societal por la que atravesamos las personas. De esta manera la asistente social del Comité de Ética de la Clínica Religiosa plantea una deshumanización, es decir, una pérdida de valores sociales que tiene su origen en la falta de respeto por la vida.

En este contexto Durkheim atribuye una función moral a la sociedad, donde “sólo la sociedad, sea directamente en su conjunto, sea por medio de algunos órganos, está en situación de desempeñar ese papel moderador porque es el único poder moral superior al individuo cuya superioridad acepta este. Sólo ella tiene la autoridad necesaria para promulgar normas y limitar las pasiones” (1982: 216).

De esta manera, la profesional de la salud apela a una ruptura de la función cohesionadora de la sociedad que constituye una moral para todos/as sus integrantes, lo que podemos vincularlo con el concepto de anomia del autor (Durkheim, 1982), que guarda relación con una ruptura en la

integración y regulación, funciones ejercidas por la sociedad, que al disminuir su trabajo producen un debilitamiento en los lazos sociales.

“Quién me va a impedir no pegarte puñete, no matarte a ti porque no sé, me robaste mi casa, me levantaste la señora. Nos deshumanizamos, y la violencia que hay hoy día en el mundo es por eso, por falta de respeto a la vida. Además que todo se justifica. (...) ¿Y sabes lo peor de todo? y lo que más me duele es que dicen que la mujer tiene derecho sobre su cuerpo” (Asistente Social, Comité de ética, Clínica Religiosa).

En este sentido la profesional plantea que existe violencia y falta de respeto a la vida, al mismo tiempo de deslegitimar el argumento asociado a la autonomía del cuerpo de las mujeres, cuestión que veremos más adelante.

“¿Viste la película “Los gritos del silencio”? (Entrevistadora: No. No la he visto) Un doctor que era abortista y se convirtió, o sea, cambió de manera porque empezó a filmar, esto es muy antiguo, ¡y sale cómo el feto huye de las pinzas! ¡Se arranca por la guata de la mamá! ¡Incluso abre la boca. Hay una película! O sea. Entonces tú dices esto es tortura. Hablamos de los derechos humano, de no a la tortura, nunca más y estamos torturando a un niño en un vientre que no puede ni gritar. Porque, ¿has visto cómo son los abortos también?” (Asist. Social, Comité de ética, Clínica religiosa).

También, en el discurso de la asistente social, podemos observar que da cuenta de ejemplos, en este caso de una película, para demostrar que el aborto es una tortura a “un/a niño/a”. De este modo se plantea el procedimiento del aborto y cómo se lleva a cabo, para plantear finalmente que es una violación a los derechos humanos debido a que se tortura a un/a inocente.

En este contexto los derechos humanos son utilizados tanto para los argumentos a favor como en contra del aborto, en la medida de que por una parte se conecta con los derechos humanos de las mujeres, a poder decidir respecto a sus cuerpos, a su salud sexual y reproductiva, y por otra parte los derechos humanos del feto o embrión al cual, como lo veíamos anteriormente, se le considera portador de estos elementos al ser considerado como persona.

También, desde una ética de la alteridad, se han planteado argumentos contrarios al aborto, en la medida que reconocen el nascituru como un otro legítimo. Esta es la postura de Navarro, quien plantea que “para las posiciones antiabortistas, como es la que aquí defiendo, la otredad está centrada, precisamente, en el nasciturus, aunque también en su relación con la mujer como sujeto de derecho. En virtud esa ética «el otro me interpela, pone en cuestión mi espontaneidad y autosuficiencia y me llama a la responsabilidad»” (Navarro, 2015: 517).

Conectados con la ética de la alteridad, Navarro (2015) también plantea la ética de la compasión, la ética de la liberación, la ética construida desde las víctimas, la ética personalista, la ética comunicativa y los derechos humanos para argumentar en contra del aborto y según éste, a favor del nasciturus.

En dicho contexto la ética de la compasión se vincula con la capacidad de generar un encuentro, comunicación y reconocimiento con el nasciturus, según Navarro (2015). Asimismo la ética de la liberación corresponde, según el autor, en dotar al otro de libertad y dignidad, en este caso el otro es el nasciturus.

Por otra parte la ética construida desde las víctimas plantea que frente a la imposibilidad de participar simétricamente en los debates sobre sus derechos, resulta necesario reconocer el carácter de víctima del nasciturus, reformular acciones, normas, instituciones, etc., que posicionan en el rol del víctima. Conectado a esto se plantea la ética personalista que se basa en los planteamientos Kantianos donde un ser no es una cosa, por ende es un fin en sí mismo y no es intercambiable y finalmente, se plantea la ética comunicativa desde el reconocimiento de la capacidad dialógica del ser humano.

Finalmente, se plantean los derechos humanos como fundamento en contra del aborto, estableciendo que “el derecho del no nacido a la salud, la supervivencia y el desarrollo está generalmente enmarcado en las leyes latinoamericanas y caribeñas como un derecho social que implica un deber positivo del Estado ya sea de ofrecer, subsidiar o garantizar el acceso a servicios de salud prenatal y de aprobar y aplicar políticas públicas relacionadas” (De Jesús y Frank, 2014: 31). Este elemento se pone en tensión con lo planteado anteriormente por Figueroa (2007), quien justamente hace una crítica respecto de la titularidad de derechos del nasciturus.

## **7.5. Las nociones para la construcción de la persona**

Cuando hablamos de personas, nos remitimos a quienes detentan intereses propios, es decir, son personas los/as sujetos/as que tienen cierta autoconciencia y voluntad. En este sentido no resulta complejo identificar a una persona como un ser adulto/a con derechos sociales, pero el problema se gesta en la medida que atribuimos dicha caracterización a fetos o embriones que aún no han nacido y que es cuestionable que tengan, en el mismo momento, intereses propios.

Al respecto Dworkin destaca, en relación a la objeción de carácter derivado mencionada anteriormente, que “pueden ser utilizadas para defender la afirmación de que los fetos son criaturas con intereses propios desde el comienzo, incluido, de modo preeminente un interés en mantenerse vivo, y que por tanto los fetos tienen todos los derechos que tienen todos los seres humanos a proteger estos intereses básicos, incluido el derecho a que no les maten”. (Dworkin, 1994: 19).

En este sentido, el autor hace una distinción entre ser persona con intereses propios y estar vivo/a, en el sentido de que la segunda si bien es condición de la primera, no basta por sí sola, “tampoco basta, para que algo tenga intereses, con que esté vivo y en proceso de desarrollarse en algo más maduro – no atenta contra los intereses de una zanahoria pequeña el hecho de que sea extraída tempranamente y llevada a la mesa como un manjar exquisito-; ni si quiera basta con que sea algo que se transformará de modo natural en algo distinto y más maravilloso: una mariposa es mucho más bonita que una oruga, pero no es mejor para la oruga convertirse en mariposa. Tampoco es suficiente, para que algo tenga intereses, con que, si es tratado en la forma correcta, pueda crecer o transformarse en un ser humano” (Dworkin, 1994: 25).

De esta manera, el autor releva el papel de la conciencia, en términos psíquicos y no solamente físico para que una persona sea persona con intereses propios. Al mismo tiempo que sitúa la problemática en el presente, es decir, “la cuestión de si el aborto es contrario a los intereses del feto depende de que el propio feto tenga intereses en el momento en que se practica el aborto, y no de que vayan a desarrollarse intereses si no se practica ningún aborto” (Dworkin, 1994: 30).

En este contexto, planteamos la postura de un médico general, presidente de un Comité de Ética de una Clínica Religiosa, quien se esfuerza en definir qué es el aborto y lo que significa dar muerte a un ser humano en desarrollo, al mismo tiempo de asimilarlo con un niño/a de más edad y con el concepto de persona.

“Si por aborto se entiende una acción médica, podríamos decir, que deliberadamente busca la muerte de un ser humano en desarrollo, ¿cierto?, que podría ser el embrión si es muy pequeño o el feto si es un poco más grande, eh, y es una acción destinada a causar la muerte de ese ser humano en desarrollo, entonces, estrictamente hablando no habría ninguna razón que validara el aborto desde mi punto de vista. O sea, eh, no habría ninguna razón que lo pudiera justificar, porque se trataría de quitarle la vida a un ser humano inocente. Hay un acuerdo transversal en todas las filosofías y religiones y todo, por el cual estamos todos de acuerdo que no consideramos correcto una acción en que nosotros demos muerte a un inocente, a un ser humano inocente. Nadie en el mundo podría estar de acuerdo a que uno mate a un niño, por ejemplo, por matarlo solamente, un niño de cinco años, seis años, siete años. Entonces, aquí empieza el problema que

hay con el aborto, ¿no es cierto?, que si eso fuera así, todos deberíamos estar de acuerdo que no se puede, bajo ningún aspecto, quitar la vida a un ser humano que está en formación (...) porque si uno quiere definir cuándo empieza a ser persona ahí se mete en un problema mucho peor, porque uno podría decir 'no, en este momento', otro podrías decir 'no, tiene que darse más condiciones, más condiciones, más condiciones'. Entonces, en la convicción más profunda nos dice que todo ser de la especie humana es persona y tiene la misma línea. A veces no lo vemos, es muy pequeño el embrión en los primeros estadios, ni siquiera tiene forma humana todavía, pero si uno no lo toca y no lo interrumpe y no le hace nada, ese mismo pequeño ser humano va a terminar siendo una persona que camina, que habla, que da conferencias, es el mismo, no es otro, es el mismo, no es que haya sido una cosa y después se convierte en persona. Entonces, este es el primer punto. Si uno acepta desde que se inicia la vida de un nuevo ser humano, hay una persona, digamos, aunque todavía no pueda hablar, pensar, ver, nada, no es un proyecto de persona, sino que es una persona, no deberíamos atentar contra su vida bajo ninguna circunstancia" (Médico general Pdte. de Comité de ética, Clínica religiosa).

Cabe destacar que en este contexto se plantea el concepto de "persona" señalando que el feto o embrión ya son vida humana, son parte de la especie humana, y por ende se les puede considerar como personas. Asimismo se plantea el tema de la potencialidad, sin mencionarlo, en el sentido que se destaca que si no se interviene al embrión, éste seguirá creciendo y posteriormente podrá hablar, caminar, etc.

De acuerdo a Campos, "se suele entender por persona a un ser consciente de sí mismo, dotado de sensibilidad, inteligencia y voluntad propia susceptible de adquirir derechos y contraer obligaciones. La discusión sobre si el feto es o no una persona, y por tanto sobre el grado de reconocimiento y protección de sus derechos, ha sido motivo de intensos debates y se ha convertido en uno de los impedimentos para alcanzar un consenso al respecto" (2009: 164).

En este contexto Butler (2004) destaca que no sólo se lucha por ser reconocidos/as como personas, sino que lo que se desea es generar una transformación misma del significado de persona, lo que se conecta con los derechos y su articulación con lo humano.

En la cita anterior se establecen distintos elementos que hacen emerger un discurso contrario al aborto. De este modo se asimila el "ser humano" con el concepto de "persona", que como hemos visto anteriormente, con lo planteado por Dworkin (1994), para constituirse en tal –en personas necesario que exista un desarrollo psicológico que tiene relación con los intereses propios, pero también es necesario, siguiendo a Butler (2004), que exista un reconocimiento de mis derechos como persona en el marco de la construcción de su significado.

Así, en la cita analizada no se hace referencia a los intereses propios al comienzo de la vida – asumida desde la fecundación-, al mismo tiempo de visibilizar los derechos de un ser potencial, invisibilizando los derechos que las mujeres requieren para ser consideradas como personas.

Figueroa (2007) destaca que en las constituciones, en términos generales, se reconoce como persona a quienes han nacido –cuestión que por ejemplo se refleja en la necesidad de inscribir legalmente al bebé luego que nace en Chile-. Asimismo, se plantea que si bien algunas constituciones establecen que el nasciturus es titular de derecho, no por eso se prohíbe el aborto bajo ciertas circunstancias.

Ahora bien, lo que consideramos complejo, coincidiendo con Casas et al. (2013) es que en el marco de los debates legislativos, al momento de acudir a posturas contrarias al aborto o religiosas, se ha puesto la vida del nasciturus por sobre la vida de la mujer, por sobre sus proyectos e incluso por sobre su salud.

Cuando planteamos esta problemática en el marco de la eutanasia, podemos tener al menos dos posibles escenarios. Por una parte podemos pensar sobre qué sucede con aquellas personas que desean morir y que se encuentran en plena consciencia y voluntad para tal solicitud –en el caso hipotético de que tal solicitud tuviera respuesta en un marco legislativo que lo posibilitara-. En ese sentido dichas personas como “personas” responden a la objeción de carácter derivado que nos planteaba Dworkin (1994), ya que mantienen intereses propios.

Pero pongámonos en un segundo escenario, ¿qué sucede con aquellas personas que se encuentran en estados de inconsciencia, frente a quienes los/as profesionales de la salud sostienen el dilema de mantener o retirar los soportes médicos (por ejemplo el ventilador mecánico)? Nos parece que en este contexto existe una disyuntiva clara pero de difícil solución, en el sentido de que aquellas personas inconscientes probablemente no tienen intereses propios, a menos que hayan dejado escritas sus voluntades anticipadas previamente.

Al respecto Dworkin destaca que “podemos distinguir del mismo modo dos controversias acerca de la eutanasia. Al mantener vivo al paciente que ha entrado en coma permanente ¿se satisfacen sus mejores intereses? Si ello es así, entonces los médicos tienen una razón de carácter derivado para no retirar los sistemas de sostén vital de los pacientes. Si no es así, carecen de tal razón ¿Es inmoral dejar morir a dicho paciente, incluso si morir satisface sus mejores intereses, porque el



respeto por la santidad de la vida humana requiere que se haga todo el esfuerzo para prolongar la vida? Si es así, entonces los médicos tienen una razón moral de carácter autónomo para no retirar el sostén vital". (1994: 36).

### **7.5.1. Discusión sobre el estatuto moral del embrión o feto y la configuración de persona**

En el discurso de un médico internista del Comité de Ética de una clínica religiosa, nos plantea el problema que se genera al determinar el carácter de persona a través del criterio del sistema nervioso central.

En este sentido, existen personas que se encuentran con diversas afecciones que ponen en juego su capacidad de voluntad y de autoconciencia, por lo que no es posible que puedan tener intereses propios. En estos casos nos preguntamos sobre cómo opera el concepto de persona en estos casos y cuáles son los parámetros que se debieran seguir.

Para el profesional resulta complejo establecer el sistema nervioso central como el órgano responsable de la vida humana de la no humana –que se relaciona con los criterios de muerte biológica que operan en la actualidad-, cuestionando sobre qué sucede con las personas que tienen ciertas patologías que implican problemas en dicho órgano. De esta manera lo ejemplifica con las personas en estado vegetal donde por su estado, bajo estos criterios, no serían persona o bien serían menos personas.

“Por qué entonces para eso todas las personas que tienen algún grado de retraso mental o que tengan alguna alteración neurológica o personas que estén en estado vegetal y que no puedan ejercer sus acciones cerebrales normales entonces para eso no podría no considerarlos personas, entonces es también, es reducir a una visión bastante reduccionista atribuir la calidad que ser persona sólo puede ser con sistema nervioso central, entonces y por lo mismo es como, encuentro yo que es, es algo demasiado utilitarista (...) pero acá lo estoy viendo desde un punto de vista biológico, por qué vamos a hacer la distinción si estamos hablando de un ser que en su continuo es un ser humano, podríamos decir ya pero no es una persona, porque no tiene sistema nervioso central, ah entonces todas las personas que tengan problemas al sistema nervioso central no son personas o son menos personas, porque le estamos atribuyendo la calidad de ser personas, de derechos a netamente a un órgano, al sistema nervioso central, entonces insisto no podría decir ya pero si, entonces si es así las personas con retraso mental no son tan personas, son medias personas, cosa que es encuentro yo que es inverosímil” (Médico internista, Cuidados paliativos, Clínica Religiosa).

Desde otra vereda, un matrn de ginecología y obstetricia de un hospital, cuestiona el hecho de que los seres humanos/as sean un continuo, en el sentido de que pueden existir patologías o

dificultades en la gestación que generen que dicha continuidad no sea tal. Asimismo, el profesional plantea el tema de los plazos destacando que considera que un aborto se debería poder realizar sólo hasta la semana 12, debido a que posterior a esto se da un proceso de desarrollo del sistema nervioso central, al mismo tiempo de definirse la forma humana del feto o del embrión.

“Aborto en caso de violación totalmente de acuerdo, totalmente de acuerdo, ahí tengo un problema sí, por ejemplo yo estoy a favor del aborto pero hasta las 12 semanas ¿ya? Porque yo entiendo también todo esto de cuando consideras persona a una persona o alguien a un ser vivo, entonces ahí también bueno desde el punto de vista qué se yo, de cada uno, de ciencia espiritual y todo eso yo creo que lo baso a veces claro no son viables, uno se puede encontrar con sí, si hay unión entre un óvulo y un espermio pero es una potencial personal, el hecho de que se unan no significa necesariamente que vaya a ser un embrión o una persona en el futuro ya no sé cómo tantas patologías y algunas malformación, alguna mola, eh alguna otra condición que tenga deformaciones severas entonces en ese sentido me complica pero sólo estoy a favor con el aborto hasta las 12 semanas ¿ya? (...) Después con la parte formativa y todo lo que es tubo neural y sistema nervioso central me complica y con la configuración que tiene porque a esa altura ya tiene una configuración de mini persona, ya sabemos que hay una formación con rasgos de formación humana qué se yo porque ya está como toda la parte formativa independiente” (Matrón 1, Ginecología y obstetricia, Hospital).

Nos parece interesante señalar que en el discurso del profesional se habla de persona, de “mini persona”, en la medida que el producto de la gestación –en este caso el feto- va alcanzando forma humana y su corporalidad va tomando dicho modelo, es decir, mientras más humano es, más persona es, y por lo mismo existe un mayor reconocimiento y una mayor valoración de la idea de protección.

Frente a estos planteamientos referidos al continuo de la construcción de “la persona” así como el cuestionamiento o la afirmación del Sistema Nervioso Central como el órgano responsable de determinar el comienzo o no de la persona, podemos destacar los planteamientos de Warren (1995), quien realiza una revisión de distintos argumentos en torno al estatuto moral del feto.

De este modo, la autora comienza planteando que existen derechos morales básicos de las personas. Como veíamos anteriormente, estos son el derecho a la vida, a la libertad, a la autodeterminación y a estar libre de daño corporal (Warren, 1995). De este modo, citando a Judith Thomson (1971), Warren (1995) destaca que no hay caso, como el aborto, en que la ley exija a una persona, en este caso a las mujeres, desistir de todos sus derechos morales. En consecuencia, para las autoras la prohibición del aborto, implica la renuncia de los derechos morales básicos por parte de las mujeres.

En este contexto, resulta interesante retomar la discusión en torno al estatuto moral del embrión o del feto con el objetivo de dilucidar en qué medida las mujeres deberían estar en condiciones de negar todos sus derechos, según que este feto o embrión, tenga o no un reconocido estatuto moral.

De acuerdo a Warren, “se han propuesto muchos criterios de estatuto moral. El más común incluye la vida, la sensibilidad (la capacidad de tener experiencias, incluida el dolor), la humanidad genética y la personalidad” (1995: 422).

De este modo, los argumentos que ha planteado en contra del aborto el médico internista recientemente citado, los podemos analizar a la luz de estos 4 componentes del estatuto moral del feto o del embrión.

Respecto del criterio en torno a la vida, la autora (Warren, 1995), tomando las palabras de Leopold, destaca que no hay que matar a ningún ser vivo sin una buena razón evitando así que el matar se transforme en un deporte o una diversión. En este caso, si tomamos el criterio de vida, los fetos son seres vivos al igual que los óvulos no fecundados o los espermios, lo que nos viene a indicar que este criterio por sí solo no da cuenta del estatuto moral del embrión o feto.

Asimismo, respecto del criterio de la humanidad genética, Warren (1995) destaca que “sostener que la sola especie proporciona una base para el estatuto moral superior es arbitraria e inútil” (1995: 424). En dicho contexto, la autora destaca que existiría una visión en contra del aborto que se basaría en la superioridad de la especie humana, sin considerar la relevancia de las otras especies, lo que podría también constituir, por ejemplo, bases para argumentos de las supremacías raciales, por ejemplo.

Otro criterio que establece la autora (Warren, 1995), y nos parece fundamental debido a que se vincula con los argumentos en contra del aborto y en contra de establecer el Sistema Nervioso Central como base para el establecimiento de “la persona”, es el referido al criterio de la sensibilidad.

Al respecto la autora plantea que en el primer trimestre de gestación el producto de la gestación no sentiría placer ni dolor, debido a que no estaría desarrollado el Sistema Nervioso Central. Este

es uno de los motivos centrales por los que se plantean plazos en las distintas legislaciones, cercanos al primer trimestre, en la medida que se intenta evitar el dolor.

Sin embargo Warren (1995) frente a este argumento destaca que si nos guiáramos sólo por el criterio de la sensibilidad, no sería posible matar ni si quiera una mosca, lo que lleva a pensar que este criterio por sí solo, no se sostiene.

El cuarto criterio que la autora plantea es aquel vinculado con la personalidad moral y los derechos morales. En este contexto se destaca la consciencia de sí y la racionalidad como elementos constituyentes de la personalidad. De este modo, además de la relevancia de estos elementos resulta fundamental la reciprocidad en el sentido de que sea posible reconocer en el otro/a sus derechos morales.

Para Warren “si la capacidad para la reciprocidad moral es esencial para la personalidad moral es el criterio de igualdad moral, el feto humano no satisface este criterio” (1995: 427). De esta manera para la autora el feto no tiene ni consciencia de sí ni racionalidad, lo que implica que no puede ser un igual, es decir, no se puede poner en el mismo sitio de igualdad el estatuto moral del feto que el de la mujer.

Al mismo tiempo, este argumento nos lleva a plantear que por ejemplo es posible, en determinadas ocasiones, que se den abortos en contextos de mayor número de semanas de gestación en tanto dicho feto, como mencionábamos anteriormente, no tiene desarrollada su personalidad moral. Ahora bien, este tema nos plantea el conflicto respecto de aquellas personas con problemas mentales, por ejemplo.

Sin embargo, la autora destaca que independiente de esto lo relevante es que nunca el feto o el embrión deben estar por encima de los derechos morales de las mujeres, es decir, en el momento de decidir entre un feto y una mujer es relevante que sea por la segunda en la medida que ya tiene sus derechos morales en ejercicio.

## 7.6. Recapitulando

Como síntesis de este capítulo podemos mencionar que lo que hemos intentado realizar es, además de identificar concepciones fundamentales para comprender los argumentos en torno al aborto y a la eutanasia, conectados al debate de la vida y muerte, generar un proceso de distinción que nos permita comprender los diferentes componentes que se entrecruzan en el debate.

De esta manera hemos comenzado por revisar “lo humano”. En este contexto hemos podido confirmar que tanto aborto como eutanasia constituyen temáticas relevantes en cuanto al reconocimiento de los/as sujetos/as como humanos/as, al mismo tiempo de constatar que quienes se encuentran en estas situaciones, en el marco de sociedades donde no existen legislaciones al respecto, se acercan a lo no humano, o bien son menos humanos en el sentido de que no es posible que sus deseos de reconocimiento sean satisfechos en términos políticos y concretos de la vida misma.

También en el marco de ambas problemáticas –aborto y eutanasia- podemos dar cuenta de posiciones sociales que ocupan los/as sujetos que les sitúan como menos humanos/as. De esta manera, por ejemplo, mujeres de escasos recursos, migrantes, etc. tendrán menos posibilidades de abortar –o lo harán en la clandestinidad con directas consecuencias en su salud y sus vidas-, no sólo porque exista una legislación específica que lo prohíba, sino también porque sus condiciones materiales de existencia generan barreras que las posicionan socialmente como menos humanas.

De este modo, la falta de reconocimiento como humanos/as, nos plantea la cuestión sobre quién entrega dicho reconocimiento, ¿es el Estado?, ¿es la sociedad en general?, ¿son las relaciones que se establecen? también reflexionamos sobre cómo a las personas que se encuentran con el deseo de abortar o de adelantar sus muertes, de determinadas posiciones sociales, se ven enfrentadas a una doble limitación del reconocimiento como humanas. Por un lado a nivel legislativo y por otro a un nivel social, lo que también nos hace pensar sobre cómo se estructuran las relaciones de poder cristalizadas en el ámbito sanitario, donde también existe la posibilidad/imposibilidad de reconocimiento.

Conectado a esto, hemos debatido en torno al concepto de vida, comprendiéndola, como veíamos con Butler, que existe una concepción de vida biológica y otra concepción de vida

habitable o viable. Ambas concepciones se encuentran conectadas a los debates de aborto y a la solicitud de adelantar la muerte, en la medida que se plantean argumentos sobre los comienzos de la vida biológica pero al mismo tiempo se formulan cuestionamientos acerca de la vida habitable, tanto para las mujeres que se enfrentan a la necesidad de practicarse un aborto como a aquellas personas que desean morir porque sus vidas ya no son habitables.

En este contexto los discursos de los/as profesionales cuestionan y matizan estos temas generando un debate que muchas veces se polariza entre la concepción de la vida, conectada a la sacralidad de la vida y a la objeción de carácter autónomo y la muerte. Sin embargo, si vamos un poco más allá podemos ver que la trama argumentativa es mucho más densa develando que muchas veces lo científico está entrecruzado con argumentos religiosos, morales, de derechos, entre otros.

También, cuando hablamos de vida habitable, lo podemos conectar con concepciones de vida digna y de muerte digna, si tomamos ésta última como parte de la primera y no de manera dicotómica. En este sentido nos parece importante destacar que cuando nos referimos a dignidad, volcamos nuestra mirada principalmente a la concepción ilustrada y laica, que tiene sus bases en la comprensión de que dicha dignidad se establece en los cimientos de lo que no es transable, así como la conexión con la autonomía y las necesidades particulares de los/as sujetos/as. En este sentido, esta visión de dignidad haría el reconocimiento de las diferencias entre los/as sujetos, reconocimiento de sus propias autodeterminaciones.

En este contexto, las distintas concepciones de vida digna que tienen los/as profesionales producen actuaciones específicas en el marco de las relaciones sanitarias. Así, por ejemplo, concebir la vida digna como el “hacer todo lo posible” para que la persona viva, omitiendo o poniendo en juego una vida habitable para la persona usuaria, da cuenta de una relación de poder donde, el/la profesional se posiciona asimétricamente en la medida que es quien sabe qué es lo mejor para la persona usuaria.

Como contrapartida, si consideramos las visiones respecto a la dignidad conectadas a considerar las necesidades específicas de las personas usuarias, podemos plantear que existe una concepción que plantea la relación sanitaria de una manera horizontal. Con esto no queremos decir que no existan relaciones de poder en dicho marco, pero si se estructura una relación de mayor simetría.

Por otra parte, como pudimos ver en los discursos y, a través de la teoría, existe una dignidad religiosa, principalmente judeocristiana, que reconoce que todos/as somos “iguales ante Dios”, ya que nos hicieron a su imagen y semejanza, y al mismo tiempo somos libres, debido a que Jesucristo murió en la cruz por el perdón de todos nuestros pecados, sin embargo en esta mirada el reconocimiento de la autonomía frente a las decisiones de la vida y de la muerte no están presentes, debido a que depende de la voluntad divina.

Los fundamentos de una dignidad judeo cristiana, se encuentran conectados con los planteamientos de la sacralidad de la vida y al mismo tiempo nos llevan a pensar en las consecuencias que estas concepciones tienen en la construcción subjetiva. De esta manera pudimos revisar sobre cómo, en el marco del discursos del personal sanitario proveniente principalmente de la institución privada religiosa, se construye la imagen de “la asesina” en el caso del aborto, contraponiéndolo a la eutanasia, donde dicha construcción no se encuentra presente en torno a los/as profesionales de la salud.

Finalmente, pensamos que es interesante destacar el debate que hemos desarrollado en torno al concepto de persona, donde pudimos constatar que no es posible otorgarle dicho estatus al feto o al embrión. En este sentido si bien existían discursos que le otorgaban al producto de gestación el carácter de “humano”, “persona”, “niño/a indefenso/a”, al hacer la distinción teórica podemos ver que no estamos hablando de lo mismo, son conceptos que hacen referencia a elementos diferenciales y por lo mismo tienen distintas consecuencias en su tratamiento.

Como contraparte, para el caso de la eutanasia, emergieron interrogantes interesantes en esta dirección ¿podemos llamar “persona” a quien se encuentra con determinadas patologías que le impiden tener voluntad, conciencia y de este modo manifestar sus intereses propios? Pensamos que esto último es relevante ya que pone una encrucijada no sólo al concepto de persona sino también a las posibilidades de decisiones en torno a la vida y a la muerte.

## **8. Aproximaciones a la autonomía: indagaciones sobre quién decide, los derechos y las herramientas para su ejercicio en el ámbito sanitario**

Cuando hablamos de autonomía, la consideramos anclada a construcciones de subjetividad y corporalidades que permiten ejercerla en mayor o menor medida, dependiendo de los marcos sociales, culturales y políticos. De esta manera, al referirnos a la autonomía, necesariamente estamos pensando en personas, que son más o menos capaces de tomar decisiones en torno a sus vidas y llevar adelante un ejercicio de derechos en torno a sus corporalidades.

Asimismo, cuando nos remitimos al aborto y a la solicitud de adelantar la muerte y lo conectamos a la autonomía, estamos remitiéndonos a mujeres y hombres que, en un contexto legal específico, tienen más o menos capacidad de agencia.

Dicho de otra manera, estamos abordando realidades de personas que se enfrentan a problemáticas complejas que pueden resolverlas considerando en mayor o en menor medida su autonomía corporal.

En este escenario emerge la pregunta sobre quién decide, es decir, quién finalmente tiene la voz para direccionar el rumbo de su cuerpo, y que sin duda tendrá una repercusión en el debate de la vida y de la muerte propia.

Considerando lo anterior podemos visualizar que se presentan tensiones entre mandatos tradicionales y modernos. Entre algunos mandatos tradicionales se encuentra, apoyada por una idea de dignidad judeo cristiana, la sacralidad de la vida, como fin en sí mismo. En estos casos la



subjetividad queda sin capacidad de agencia, debido a que quien decide sobre la vida y la muerte es Dios o la naturaleza.

En la otra vereda vemos una construcción subjetiva moderna, asociada al culto del individuo, donde emerge la idea de autonomía liberal basada en el individualismo. En este escenario podemos visualizar una agencia desanclada del contexto y de la comunidad.

Frente a estos mandatos podemos comenzar por asumirnos como seres frágiles y vulnerables, en el marco del aborto y frente a la petición de adelantar la muerte, quienes requerimos, para nuestra construcción subjetiva y para nuestra capacidad de agencia en la autonomía, el reconocimiento de nuestros deseos traducidos en el ejercicio de nuestros derechos<sup>23</sup>.

Conceptualmente, nos apoyaremos de la discusión teórica que hemos desarrollado en el capítulo de Ejes Conceptuales referida a los abordajes de la autonomía, con el objetivo de conectarlo con las visiones y propuestas del personal sanitario.

El capítulo que desarrollamos a continuación se estructura en base a cinco (5) partes: inicialmente (8.1) revisaremos los discursos sanitarios asociados a los derechos y a los contextos sociales donde se desenvuelven las posibilidades autonómicas de las personas que se encuentra frente al aborto o frente al deseo de adelantar la muerte; en la segunda parte (8.2) revisamos los elementos que, según los profesionales, son necesarios considerar a la hora de hablar de autonomía en estos contextos, generando así una visión que supera la noción de autonomía liberal. En la tercera parte de este capítulo (8.3) nos hacemos la pregunta sobre quién decide, es decir, sobre quién recae la decisión en torno a la vida y a la muerte; en la cuarta parte (8.4) revisamos en detalle lo que sucede en el ámbito sanitario en relación al aborto y autonomía, considerando elementos que emergen en los discursos tales como la responsabilidad. Finalmente, en la quinta parte (8.5) del presente capítulo, revisamos algunas herramientas y mecanismos que eventualmente podrían facilitar el ejercicio de la autonomía en el ámbito sanitario, tales como: uso de misopostrol, las voluntades anticipadas y la limitación del esfuerzo terapéutico.

---

<sup>23</sup> Al comenzar el capítulo preferimos hablar de derechos en términos generales, ya que su uso es genérico en el discurso del personal sanitario, donde en determinadas oportunidades se concretiza más, haciendo referencia, por ejemplo, a los derechos sociales, humanos o derechos sexuales y reproductivos..

## **8.1. Las posibilidades de autonomía en el aborto y en la petición de adelantar la muerte, consideraciones de los contextos y los distintos derechos en juego**

No podemos pensar la autonomía desajustada del marco sociopolítico, sino más bien ésta se encuentra vinculada a las condiciones de posibilidad que se dan en el contexto, y por lo mismo requiere, para su desarrollo, de los derechos sociales y de sus garantías.

En este escenario, para comprender aquellas situaciones por las que atraviesan las personas, en el marco de un aborto o bien en el deseo de terminar adelantadamente con sus vidas, resulta fundamental, en palabras de los/as profesionales de la salud, comprender los contextos.

Es decir, existen marcos específicos que dan sentido a las experiencias de los/as sujetos/as, y son sólo quienes atraviesan dichas experiencias, quienes pueden o deberían poder tomar decisiones al respecto. Así, la mayoría de las hablas que reconocen la autonomía de las mujeres, con excepción del siguiente caso, son de mujeres profesionales de clínicas no religiosas.

También, destacamos que el matrn que realiza su planteamiento a continuación, es de un hospital, es decir, no existe en esta sección planteamientos que provengan de profesionales de la clínica religiosa que hemos analizado, lo que da cuenta sobre cómo permea la cultura institucional en las hablas de los y las profesionales.

En el discurso del matrn se puede observar que da cuenta de los contextos en los que las mujeres se embarazan, los cuales no siempre son óptimos o deseados. También señala que los accidentes pueden suceder, es decir, existen probabilidades de que las mujeres se embaracen sin que lo hayan buscado y no por eso se les va a culpar o establecer responsabilidades individuales.

“Estoy de acuerdo porque encuentro que son meramente despreocupaciones o accidentes que pueden pasar por la mujer porque es como cliché escuchar pero claro porque no te cuidaste, es típico escuchar eso, ¿por qué andas abriendo las piernas?, son cosas que escuchas de la gente de salud que no debería ser así. Puede haber sido un accidente, un error, nadie está en los zapatos del otro, entonces en ese sentido la empatía en mí, es distinto, porque a lo mejor, y conociendo nuestro sistema entiendo también, por ejemplo, que no existen las redes de apoyo y una le dice claro va a venir esto, esto, otro te vamos a ayudar, pero después se olvidan. En estos momentos todos protegiendo la ley de aborto, sin embargo tenemos cuántos niños abandonados, cuántos niños que cuesta un mundo poder adoptarlos, porque ponen un montón de requerimientos que son casi imposibles para las familias. Entonces yo estoy de acuerdo porque encuentro que hay que ser empático y estar en el lugar del otro, sé que hay condiciones que a lo mejor pueden darse por gusto, a lo mejor quedó embarazada porque no se cuidó adecuadamente, pero también encuentro

que es factible tener la opción así como lo tenemos con la pastilla del día después, de que a lo mejor no quiere llevar ese embarazo y encuentro mucho más valorable de que ella diga no yo no puedo o no puedo más porque tengo 5 o 6 hijos y no voy a poder dar la condición. Te aseguro que es mucho más valorable eso, a que esté después no sé, en un centro de SENAME<sup>24</sup> o abandonado por ahí sufriendo todas las condiciones que tiene entonces en ese sentido, yo creo que es mucho mejor el aborto” (Matrón 1 Ginecología y Obstetricia, Hospital).

Este profesional también plantea que existen situaciones donde hay abandono de niños/as que no siempre el sistema de adopción puede entregarles una solución. Por este motivo establece que el aborto no debiese estar penalizado ya que existen muchas situaciones límites donde es necesario tener acceso a éste.

En el discurso se plantean algunas reacciones del personal sanitario, que tienen que ver con el “retar” o el “impugnar” una culpa a las mujeres que se encuentran en estado de gestación. Es decir, se responsabiliza completamente el actuar de las mujeres quienes son responsables de la situación en la que se encuentran.

Al respecto el profesional se encuentra en desacuerdo, en la medida que destaca que pudo haber existido un accidente. Es decir, son consecuencias indeseadas que se pueden dar en la realidad. En esta dirección el releva la empatía, como capacidad de ponerse en el lugar de la otra, comprender su situación y sus necesidades. Asimismo pone el ejemplo de las mujeres que se encuentran con un gran número de hijos/as y que necesitan frenar las gestaciones.

En el discurso de una médica oncóloga de una Clínica no Religiosa podemos observar el posicionamiento de apoyo frente al aborto. En este caso nos plantea que se está de acuerdo con todo tipo de aborto debido a que es necesario considerar las condiciones en las cuales se encuentran las mujeres que están en dicha situación.

“(Entrevistadora: Claro, claro. ¿Cuál es tu opinión sobre el aborto?) Yo creo que... dependiendo de las condiciones evidentemente, yo creo que es un derecho de las mujeres (Entrevistadora: El aborto inducido, el aborto terapéutico) Sí, todos” (Médica Oncóloga, Comité de ética, Clínica no religiosa).

En este contexto la profesional, además de plantear la necesidad de considerar las condiciones, establece el aborto como un derecho de las mujeres. Según López y Carril (2010), en estas posiciones vinculadas con los derechos sexuales y reproductivos, es necesario poner en el centro

---

<sup>24</sup> Servicio Nacional de Menores de Chile.

de la escena a las mujeres con el objetivo de asociar el aborto a un ejercicio de libertad. En dicho escenario las autoras plantean que el aborto es un ejercicio contra cultural, en el sentido de que rompe con las estructuras de dominación y las normas patriarcales.

Asimismo Araujo (2009) plantea que cuando se concibe a las mujeres como sujetas de derecho, se está reconociendo al mismo tiempo su autonomía y reflexividad. En esta dirección González (2018) destaca los planteamientos de la anarquista Emma Goldman (1869- 1940) quien, entre otras feministas, “lucharon y teorizaron sobre el proyecto de la maternidad libre o libre maternidad, que requería como mínimo acceso a anticoncepción, la necesidad de diferenciar matrimonio y amor y la afirmación del trabajo como espacio de creatividad, desarrollo y también como aquel que posibilita liberarse de la situación parasitaria y dependiente dada por el matrimonio burgués” (2018: 35).

De este modo, este planteamiento tiene relación con poder observar la natalidad de manera más amplia, conectándola a procesos sociales, económicos, políticos y culturales. Así, en estos contextos no sólo está en juego la vida de las mujeres, sino también elementos tales como la división sexual del trabajo, la economía, la estructura familiar, entre otros. De esta manera, para considerar la maternidad como “libre”, resulta fundamental que el Estado brinde garantías sobre los derechos que posibilitan dicha libertad.

Ahora bien, el discurso de los derechos humanos, según González (2018), corre peligro de caer en letra muerta cuando no está anclado en una transformación de las relaciones de poder, además de la necesidad de ser acompañados por políticas redistributivas, que pongan fin a los privilegios y que produzcan una transformación sustantiva en cuanto a modelos de producción, acumulación y distribución.

El aborto es significado como un proceso frente al cual las mujeres deben ser capaces de decidir, debido a que se las concibe como sujetas de derecho. Por lo mismo, atendiendo a sus contextos y posibilidades, tienen la última palabra respecto a lo que pueden o quieren hacer con sus cuerpos y con su destino.

Sin embargo, tenemos que tener presente el “mito de la posibilidad de elección absoluta”, del cual nos habla Donath (2016), en el sentido de que debemos considerar que existen elementos de

coacción en las mismas sociedades que muchas veces nos plantean barreras para llevar adelante la libre elección, los derechos y la autonomía.

También es interesante la visión que plantea Zaikoski (2015), en el sentido que, realizando una revisión teórica, desarrolla las nociones de derechos sexuales por una parte, y derechos reproductivos por otra. De este modo la autora plantea que “los derechos reproductivos hacen referencia a las decisiones y libertades que un sujeto debe gozar sobre sus capacidades reproductivas. Abarcan aspectos positivos y negativos: el derecho de reproducirse o no. Por su parte, los derechos sexuales se orientan más específicamente a la libertad para ejercer la sexualidad sin peligro de abuso, violencia o discriminación (Bonaccorsi y Reybet, 2008 y Ciriza, 2002)”. (Zaikoski, 2015: 3).

De este modo, en el fenómeno del aborto se entrecruzan los derechos sexuales y reproductivos, en la medida que, por ejemplo, las mujeres deben tener libertades para sus decisiones respecto a sus capacidades reproductivas, y al mismo deben tener derechos para ejercer sus sexualidades libremente.

Por ejemplo, cuando existen eventos donde mujeres o niñas son sexualmente abusadas o violadas, vivencian una sexualidad violenta y coercitiva donde se rompe la posibilidad de ejercer sus derechos sexuales, y al mismo tiempo, bajo una normativa como la chilena, no pueden abortar –a excepción de las tres causales<sup>25</sup>–, y por ende se genera una segunda vulneración, a sus derechos sexuales y reproductivos.

La situación relacionada con la eutanasia y la autonomía es un tanto distinta a lo que ocurre con el aborto. Podemos ver en el relato de una psicóloga de cuidados paliativos de un hospital, las experiencias relacionadas con la petición de adelantar la muerte, donde la respuesta, por lo

---

<sup>25</sup> La ley 21030 de interrupción voluntaria del embarazo en Chile, plantea tres causales:

“1) La mujer se encuentre en riesgo vital, de modo que la interrupción del embarazo evite un peligro para su vida.

2) El embrión o feto padezca una patología congénita adquirida o genética, incompatible con la vida extrauterina independiente, en todo caso de carácter letal.

3) Sea resultado de una violación, siempre que no hayan transcurrido más de doce semanas de gestación. Tratándose de una niña menor de 14 años, la interrupción del embarazo podrá realizarse siempre que no hayan transcurrido más de catorce semanas de gestación” (Ley 21030: Artículo 1).

general, se sitúa en la vía de buscar tratamiento o soluciones médicas a la cuestión del dolor - considerando que la eutanasia en Chile no está permitida-

En el contexto de esta problemática, la cuestión de la autonomía y los derechos queda subsumida bajo el tema del dolor y del sufrimiento, conectados a los tratamientos y cuidados que se deben propiciar a la persona enferma. Sin embargo, pese a lo anterior, las peticiones de adelantar la muerte persisten, como un llamado sin respuesta en el país.

“Sí me lo han dicho, me hacen la aclaración no es que me quiera suicidar pero la manera que estoy viviendo no es digna y cuando dicen me gustaría que me pongan una inyección, algo que yo pueda descansar de verdad si voy a estar muerta voy a estar tranquila es lo que quiero porque voy a estar más tranquila yo y va a estar más tranquila mi familia y si yo me muero si van a sufrir mucho pero ellos están sufriendo más viéndome así que si estuviera muerta entonces en realidad no te están diciendo quiero la eutanasia pero si lo están diciendo en otras palabras que es casi lo mismo, no es que se quieran matar sino que quieren descansar (...) Había un usuario que tenía dolor a los riñones y se hacía así a cada rato y eran unos dolores que gritaba y el sistema nervioso se le estaba como contrayendo y decía ¿dígame es vida estar así? Y todo el rato me hablaba que el dolor era tan fuerte que... (...) me decía yo no quiero estar así, lo que más quería era dormir con su señora abrazado pero la empujaba todo el rato, la despierta todo el rato, al final se tuvieron que cambiar de cama pero la señora no dormía tranquila porque estaba viéndolo, estaba todo el rato... que cada vez que se mueve era un dolor. Se tuvo que ir de la pieza y se echaban de menos y además sabían que iba a morir y querían aprovechar todo el tiempo y no podían, entonces en esos casos es (suspiro) súper entendible pero ya y nos dan la oportunidad y el ver que de repente va pasando, es como pucha te imaginai hubiesen hecho algo, hospitalizado y ahí es cuando comienza el cuestionamiento pero por eso te digo cuando ya realmente los médicos no se pudo hacer nada yo estaría de acuerdo en ese caso ” (Psicóloga, Cuidados paliativos, Hospital).

De esta manera, en el discurso de la profesional se puede ver que refleja, explicando su experiencia, un deseo dubitativo del/la usuario/a de salud, es decir, éstos/as aclaran que no desean suicidarse, lo que podemos vincular al fuerte estigma social que tiene el suicidio en nuestras sociedades, pero al mismo tiempo desean que les pongan “algo” que les permita “descansar”. ¿Por qué nuestras comillas?, principalmente porque consideramos que existe un ir y venir del deseo de muerte, no se reconoce explícitamente el querer morir pero si se expresa a través del deseo de descansar de una vida que se torna invivible.

En este sentido, la profesional destaca que la petición muchas veces tiene relación con un reconocimiento de que la vida que se está viviendo ya no es digna y existe un deseo por descansar, es decir, dejar de vivir la vida que se ha tornado insoportable, para amainar el sufrimiento que produce la situación tanto para la persona como para sus familiares.

En el relato de la profesional también nos muestra el caso de un usuario que se encuentra con fuertes dolores y que por lo mismo no puede dormir con su pareja, teniendo claro que le queda un tiempo acotado de vida. En este sentido la vivencia de una enfermedad terminal conlleva, evidentemente, a una interferencia en la vida cotidiana, es decir, el cotidiano se vuelve problemático en la medida que no es posible seguir realizando lo que habitualmente se hacía.

Dicha interferencia en el cotidiano, asociada a la petición de adelantar la muerte, también la podemos vincular con la experiencia de los abortos. Esto debido a que tanto aborto como eutanasia constituyen quiebres significativos en las vidas cotidianas de las personas, gestándose así experiencias que salen de lo recurrente, siendo excepcionales y que, en mayor o menor medida, marcan la trayectoria de vida de la persona.

Así, se juega la vida y la muerte, las que en Occidente consideramos como duales. Siendo siempre la vida mejor a la muerte -pese a las historias sobre la vida eterna que podamos haber escuchado-. En ese sentido tanto las experiencias de aborto como las de eutanasias (o por lo menos la solicitud o el deseo de eutanasia, considerando que en Chile no es legal), constituyen fisuras que dejan marcas que reflejan nuestras vulnerabilidades. Aunque también constituyen oportunidades para el ejercicio de la autonomía, en particular la autonomía corporal.

Una profesional delegada de técnicos de ginecología y obstetricia de un hospital, destaca que existe una voluntad en los/as usuarios/as para decidir hasta qué punto llegar con sus vidas. De esta manera la profesional conecta dicha voluntariedad con un derecho, el derecho a decidir que se relaciona con los derechos morales básicos donde se encuentra presente la libertad y la autodeterminación.

“Yo creo que está, yo creo que está bien, sí, porque sobre todo cuando una persona está (leyendo) voluntariamente, pero yo lo que intento es que cuando una persona es la opción de la paciente si yo quiero estoy enferma y que no hagan nada por mí y morirme es mi derecho yo, independiente de lo que diga el médico o la familia, si yo quiero hasta aquí no más, hasta aquí no más, eso es lo que pienso yo no sé si respondo a tu pregunta” (Delegada de técnicos, Ginecología y obstetricia, Hospital).

La profesional asocia voluntariedad con derechos, aunque pone como ejemplo, en el caso de determinados/as usuarios/as de salud, el resistir a continuar con un determinado tratamiento. Esto se liga a la noción de dejar de realizar esfuerzos activos para que la persona se mantenga con vida, lo que se conecta con la limitación del esfuerzo terapéutico –LET-. En este caso, no se hace alusión directamente a medidas activas para adelantar la muerte, siendo que dicha alternativa se

encuentra silenciada, al mismo tiempo que se valora la autonomía pero en los marcos ya descritos.

También en el discurso de un fisiatra de cuidados paliativos de una clínica no religiosa se encuentra presente el planteamiento sobre el derecho a decidir. De este modo el profesional legitima dicha posición planteando la necesidad de reglamentarse.

“Yo creo que es un derecho de la persona decidir si quiere seguir viviendo o no, yo creo que sí, sí. Debiera reglarse, obviamente, como en todas partes ¿ya?” (Fisiatra, Cuidados paliativos, Clínica no religiosa).

De este modo, podemos apreciar la necesidad de un reconocimiento legislativo en el cual se debería enmarcar la posibilidad de decidir sobre la muerte propia. Es decir, la persona que se encuentra en determinados contextos sanitarios debiese, por medio de la autonomía corporal, tener garantías sobre su derecho a decidir.

En ese sentido, dicho derecho debiese estar reconocido por el Estado Chileno por medio de una ley. Es interesante este punto en la medida que se releva la responsabilidad social que tiene el Estado frente a estas situaciones.

Cabe destacar que ponemos sobre el tapete la cuestión de los derechos sobre la posibilidad de decidir en torno a la muerte, haciendo la distinción con un posible “derecho a morir”. En este sentido consideramos que existe un matiz interesante en este punto, ya que los derechos, en este escenario, más que mostrar un camino específico, debiesen generar condiciones de elección de las personas.

Así, podríamos establecer que sólo es la persona quien tiene la capacidad de comprender el contexto por el que se encuentra atravesando, y por lo mismo sólo es la persona la que debería poder tomar decisiones en torno a su autonomía corporal. Para esto resulta fundamental que existan garantías sociales y políticas que permitan dicha decisión.



## 8.2. Integrando nuevos elementos para la superación de la autonomía liberal

En relación con la solicitud de adelantar la muerte, una enfermera de cuidados paliativos de una clínica no religiosa destaca la relevancia de ponerse en el lugar del/la otra, en el sentido de conectar con la vivencia de dolor por la que está pasando la persona. En este contexto la profesional menciona que sólo la persona es la capacitada para tomar esa decisión.

Al respecto se puede vincular esta postura con los planteamientos de autonomía relacional (Rodríguez, 2012), en la medida que si bien existe el reconocimiento de que las decisiones se toman por sí mismo/a, dichas decisiones se conectan a otras relaciones, a los afectos y emociones. Por ende es necesaria una determinada distancia con el objetivo de abordar de una mejor manera dichas relaciones.

Esto se conecta también con una ética del cuidado según lo planteado Gilligan (1985) y luego por Kohen (2005), que constituye una ética que nace desde la esfera privada, reconociendo la interdependencia y la vulnerabilidad humana, el cuidado y la respuesta al otro/a, evitando el daño.

Esta ética se ubica en la satisfacción de las necesidades, situadas en función de las características específicas de cada sujeto/a. Asimismo esta ética sitúa la noción de red, de mayor complejidad junto con las habilidades para identificarse con otros/as en sostener relaciones variadas.

En este sentido el discurso de la profesional aludida lo podríamos conectar con dicha ética en la medida que plantea la necesidad de ponerse en “los pantalones del otro”. Es decir, tratar de realizar el ejercicio de comprensión de la situación por la que se atraviesa y las necesidades específicas que se requieren. Sin duda estos elementos también los podemos vincular con un reconocimiento de la autonomía, pero una autonomía inserta en relaciones sociales.

“Siento mucho respeto por la decisión, te juro, mucho respeto, porque creo que, y así lo he aprendido, creo que uno tiene que estar en los pantalones del otro, porque yo jamás voy a poder lograr, puedo entender lo que tú estás diciendo, puedo entender lo que tú estás sintiendo, pero en la vida puedo poder, puedo poder lograr entender así al 100%, si tú me dices, “sabís que estoy aburrido de sentir dolor, ya no quiero porque yo vivo todas las 24 horas de mi día con dolor y la única manera de no sentir dolor es yéndome pa la chucha [ríe], quiero ponerme esta inyección, porque realmente no, no puedo”” (Enfermera, Cuidados paliativos, Clínica no religiosa).

Conectado a la autonomía también se puede evidenciar una postura favorable que pone a la razón por sobre todas las cosas, es decir, en el discurso de un tecnólogo médico, presidente del comité de ética de un hospital, se establece una validación de la eutanasia siempre cuando exista una capacidad mental, por parte de la/el usuario/a para decidir.

Esta noción se conecta con la concepción de una eutanasia voluntaria más que una eutanasia involuntaria<sup>26</sup>, así como con los conceptos de “persona” relacionados con la voluntad y con la razón, que revisábamos en el capítulo anterior.

Vinculamos estos elementos con la idea de una noción de autonomía liberal en el sentido que se pone a la razón en el centro del debate. En este punto es necesario destacar que la teoría política liberal tradicional reconoce las ideas de igualdad y libertad, mientras que la ética de la justicia se basa en la autonomía individual, derechos ciudadanos y aplicación de reglas abstractas y generales que establecen jerarquías, individuo “universal” (Kohen, 2005). En este contexto, el modelo ciudadano que corresponde con esta visión liberal de la ciudadanía es preponderantemente el varón blanco, de clase media y heterosexual.

“Tiene que ver con la autonomía, totalmente legítimo siempre cuando uno tenga la capacidad mental para decidir, bueno tiene que ver con el buen morir” (Tecnólogo médico, Pdte Comité de ética, Hospital).

Vinculado a la autonomía liberal y a la ética de la justicia (Kohen, 2005), se encuentra el discurso de una abogada de un comité de ética de una clínica religiosa, quien detalla la potestad de la misma en manos del imaginario de un hombre blanco, quien toda su vida ha actuado en función de sus propias decisiones y que por ende, en el momento cercano de su muerte, también se considera habilitado para decidir en torno a su propia vida y muerte.

“Entonces, cuando un hombre, por eso le digo, uno sobre todo, yo digo ‘hombre blanco’. Y que la autonomía es, es ha sido, ellos, como, yo digo ‘el motor de su vida’, son los que ponen las reglas, las condiciones, etc. ve mermada su autonomía que dice ‘no, yo no quiero ser de los otros, de los dependientes, no, no, no, no, denme la posibilidad, hasta eso, de decidir’, ¿ya?. Y eso es complicado. (Abogada, Comité de ética, Clínica religiosa).

---

<sup>26</sup> Es importante destacar que existen visiones teóricas que no reconocen la existencia de la “eutanasia involuntaria” sino que la ligan directamente al homicidio, al no existir voluntad de la persona.

Así, en el discurso de la profesional se constata una construcción subjetiva referida al hombre blanco autónomo quien, dada su trayectoria de vida, pone reglas y condiciones, es “dueño” de su vida.

En esta dirección la ética de la justicia y esta idea de la autonomía liberal también la podemos conectar a la construcción de una masculinidad hegemónica occidental (Olavarría 2001), donde los hombres, en sus funciones de proveedores, y habiendo desarrollado procesos de autodeterminación en sus vidas, se presentarían, en estos casos, más proclives a solicitar adelantar sus muertes, en la medida que ven mermadas sus condiciones de libertad que anteriormente se encontraban resueltas.

Al respecto es interesante destacar una investigación que indagó, por medio de la aplicación de una encuesta a estudiantes de medicina en Perú, cuáles eran los factores asociados a estar de acuerdo con la eutanasia.

En este contexto, entre los resultados de la encuesta se destaca que “el género masculino, así como el agnosticismo, fueron los únicos factores asociados con una percepción a favor” (García y Guevara, 2014: 6). De esta manera el estudio destaca que la construcción de género tiene incidencia en los posicionamientos en torno a la eutanasia donde, ser varón, en el marco de estar estudiando medicina, produciría, entre otros factores, un posicionamiento más favorable hacia la eutanasia.

Conectado a lo anterior, de acuerdo a cifras entregadas por el DEIS del MINSAL, podemos observar que para el año 2017 existió un mayor número de hombres que se suicidaron (1570) en comparación a las mujeres (309), relación que se mantiene estable a través de los años. Si bien el foco de esta investigación es la eutanasia y la petición de adelantar la muerte, consideramos que existe una conexión directa con el fenómeno del suicidio, y sin lugar a dudas existen elementos relacionados con la construcción de género que inciden en dichos fenómenos.

Asimismo, podemos ver que el suicidio en el país, además de estar cruzado por variables de género, se encuentra conectado a factores etéreos que se conjugan con malas condiciones de vida y sentimientos de soledad. Así lo señaló el estudio de “Estadísticas vitales” (2015) del Ministerio de Salud –MINSAL- y del Instituto Nacional de Estadísticas –INE- donde, recopilando información entre el año 2012 y 2015, se arribó a que los adultos/as mayores de 80 años

presentan una tasa de suicidio de 17,7 por cada 1000 habitantes, mientras que el segmento que le sigue es de 70 a 79 años, con una tasa de 15,4.

Asimismo, se evidenció que los varones mayores de 80 años pertenecen al segmento que más decide quitarse la vida en Chile, con una tasa de 13,6 suicidios por cada 100.000 personas; una de la más altas del continente.

Ahora bien, en el marco del discurso de la profesional aludida, ésta nos plantea una fuerte crítica al concepto de autonomía, estableciendo que dicha autonomía – de corte liberal- es ficticia, ya que no existen personas que sean realmente autónomas debido a que todos/as dependemos de otros/as.

De este modo la profesional critica la separación y segregación que ha existido en nuestras sociedades, que produce una ruptura del sentido de comunidad. En esta línea, si bien la profesional critica la autonomía liberal, nos parece que su discurso se acerca bastante a lo mencionado por Rodríguez (2012) en torno a una autonomía relacional.

En este contexto nos parece interesante plantear una distinción que realizo en torno a la autonomía, que me parece permite comprender de una manera un poco más compleja una materia que en determinadas oportunidades, sólo se asocia a la toma de decisiones en un momento particular.

Según mi propia perspectiva, el tema de la autonomía “puede concebirse bajo dos dimensiones: como proceso y como fin último a alcanzar. El/la sujeto/a en sociedad vive procesos de incorporación de la autonomía, en la medida que utiliza recursos del medio para agenciarse a sí mismo/a, incluyendo en su propia subjetividad, elementos que le permiten ser autónomo/a - en mayor o menor medida-. Ahora bien, estos procesos son constantes y no sólo recaen en las herramientas individuales del sujeto, sino que también se conecta con las condiciones de posibilidad que el medio le otorga para lograr dicha autonomía. Es decir, la autonomía tiene un componente individual /subjetivo y otro social/institucional los que se encuentran plenamente interconectados. El componente individual/subjetivo hace referencia a los procesos de incorporación de la autonomía como producción del ser, mientras que el componente social /institucional se asocia a los elementos que impiden (brechas y barreras) o facilitan (ejercicio de derechos) el logro de la autonomía” (Etcheberry, 2018: 6). De esta manera, la

autonomía además de ser personal estaría vinculada a un contexto social específico, planteándose en un proceso de construcción de la persona así como un fin normativo que alcanzar.

“La autonomía es un, es como un sueño, es como ¿cuándo hemos sido autónomos si necesitamos a los demás pa todo? Vivimos interconectados. Yo creo en una comunidad de inter, de una relación intergeneracional, jóvenes y viejos, ricos y pobres, ¿por qué estamos en esa famosa autonomía? propiamente los liberales es que dejaron separados los ricos por un lados los pobres por otro, cuando por lo menos en mi generación, si bien vivíamos en Las Condes, vivíamos al lado vivía la señora Leontina, el jardinero, éramos comunidad, como son en otros países más desarrollados que en uno viven los ricos con los pobres y todos vivimos juntos y los viejos con los jóvenes, los desvalidos con los, ná, esto de, de, de institucionalizar a los viejos, de institucionalizar a los, los enfermos, de institucionalizar, entonces, ¿por qué?, por la famosa, se supone, son discapacitados, perdieron su autonomía o nunca lo tuvieron, ¿de dónde sacaron esa burrá? Liberalismo puro. Cuando, en serio, para vivir nos necesitamos todos. O sea, para mí es tan fundamental los jóvenes, los viejos, los enfermos, los enfermos tanto nos enseñan (...) aquí están los enfermos, aquí se están, fíjese que en medicina parten, no parten del ideal, del sano, no, parten del, de la realidad, de la enfermedad, de la limitación, de la discapacidad, de la dolencia, del dolor, eso es el campo que se trabaja y ese es mi campo también. No del ideal, autónoma, ¿usted conoce a alguien autónomo? Yo no lo conozco, ya sea porque ese autónomo tiene un jefe, porque ese autónomo es pobre, porque ese autónomo no tiene las condiciones, porque ese autónomo es enfermo, ¿dónde están esos autónomos si todos dependemos unos de otros? ¿Usted tiene el derecho de hacer lo que quiera? Si pa, de, de estudiar tiene una serie de limitante y así es la vida. Sino volvemos al pacto social de Locke y de que vivimos por el derecho de propiedad para no matarnos unos a otros. Eso es mentira, fue una eh, un desvarío para tratar de explicar lo que es la sociedad. Yo cuando preguntan del aborto y de la autonomía pregunto también ¿qué tipo de sociedad ustedes quieren? Por lo menos pa mí es una sociedad inclusiva, una so, una sociedad en que todos tengamos un espacio y basada en la solidaridad, en el amor a otro y en una, una opción muy preferencial por el que está más desva, desvalido en algún momento porque no lo va a estar siempre. Eso es lo que yo creo, entonces, la primera, tanto, la primera desde cuando uno nace hasta cuando uno está en situación de muerte están solo los dos polos en que tenemos que ponerle más, más corazón, más cabeza, etc. pa cuidarlo”(Abogada, Comité de ética, Clínica religiosa).

En el discurso de la profesional podemos ver cómo se realiza un cuestionamiento hacia un modelo de sociedad donde no existe cuidado ni preocupación por el/la otro/a. En este sentido pareciera que se asocia a la visión liberal de la autonomía como una visión ligada al egoísmo y a la falta de vínculo social.

Al respecto nos parece que, como hemos ido revisando, y coincidiendo con la crítica hacia la mirada liberal de la autonomía, es preciso integrar otras miradas al concepto, que se vinculan con una visión no desanclada de la sociedad ni de los vínculos sociales.

En este contexto la visión feminista comunitaria hace eco en proponer la idea de cuerpo-territorio bajo el cual se construye una noción de autonomía asociada a las comunidades.

Asimismo es interesante reconocer el vínculo de la autonomía con el ejercicio de los derechos, lo que nos posibilita también nuestra condición de humanos/as según Butler (2006).

Por otra parte también compartimos que en esta visión de autonomía, resulta de relevancia considerar la ética del cuidado (Kohen, 2005), en la medida que el reconocimiento de las necesidades de otros/as y lo vincular, también es condición de posibilidad de una autonomía contextual, que considere, además de los vínculos las construcciones históricas y la mirada a un futuro compartido. Por último, nos parece que también es preciso considerar la autonomía como proceso subjetivo de construcción conectado a contextos sociales que la posibilitan o la inhiben (Etcheberry, 2018).

### **8.3. La pregunta sobre quién decide y las posibilidades de autonomía**

También relacionado a los temas de autonomía, podemos destacar la experiencia mexicana, que según Lamas (2009), gracias a la acción de las feministas de dicho país lograron trasladar el discurso sobre el aborto, que inicialmente estaba polarizado en posiciones a favor y en contra, hacia la interrogante sobre a quién le corresponde decidir.

Así, el aborto se constituye en un nuevo dilema que corresponde en entregar reconocimientos o no de derechos a quienes están pasando por la situación, es decir, constituye el debate por el ejercicio de derecho y autonomía al cual estarían apeladas las mujeres.

Por dicho motivo el aborto, según Bessone (2012) corresponde también a un empoderamiento por parte de las mujeres en la medida que pueden decidir y por medio de la reflexión, ubicarse en igualdad de condiciones que los hombres. De este modo se generaría una resignificación de la diferencia entre un ellos y un ellas que ha establecido el poder eclesiástico históricamente. Así, el uso de la maternidad también tiene una connotación política y discursiva.

En el discurso de una médica neonatóloga del Comité de ética de un hospital podemos observar su apoyo al aborto por considerarlo un derecho de las mujeres, principalmente es un derecho a decidir el destino de la gestación por la cual está atravesando.

“yo creo que una mujer tiene derechos a decidir la vida, o sea, derecho a decidir si quiere tener un hijo o no” (Médica Neonatóloga Comité de ética, Hospital).

De este modo, pareciera ser que la problemática del aborto, nos plantea una cuestión ligada al reconocimiento de derechos y al reconocimiento de la capacidad de decidir por parte de las mujeres. Ligado a esto, el discurso de un médico gineco obstetra de una clínica no religiosa plantea el tema del poder decidir por uno/a mismo/a, en el sentido de no sentirse coartado/a frente a decisiones que debiesen ser a nivel personal.

Así, el profesional plantea una visión negativa frente a la coacción, destacando la relevancia que tienen el hecho de debatir como sociedad las temáticas en cuestión. En este sentido el profesional advierte que cuando no se discuten socialmente estos temas, se desarrolla una mirada dicotómica en torno a lo bueno y a lo malo. Asimismo el profesional hace una fuerte crítica a la visión política partidista en torno a estas materias señalando que muchas veces se utilizan de manera instrumental.

“Pero en la práctica me revelo al hecho de que la otra gente decida por lo que yo tengo que hacer, eso no me gusta, pero si se ponen de acuerdo o no es un tema que hay que discutir y en Chile no lo discutimos entonces pasamos siempre en los dos polos donde todo es malo y todo es bueno entonces nunca se ponen de acuerdo, yo creo que hay más gente que piensa normal que los dos extremos lo que pasa es que los dos extremos son los que hablan y como alguien dijo que es un tema político los políticos lo usan como quieran, hay un médico que lleva adelante el proyecto y no tiene ni idea de lo que está hablando entonces te das cuenta de que es un tema instrumental” (Médico Gineco Obstetra, Jefe de Ginecología y obstetricia, Clínica no religiosa).

También, es posible constatar en el discurso de una profesional con alto cargo en el Colegio de Matronas y Matrones de Chile, que existe una decisión de abortar por parte de las mujeres, que no puede ser cuestionada.

En este sentido, cuando a la profesional se le preguntó por el proceso de acompañamiento en el contexto del proyecto de ley de interrupción voluntaria del embarazo en tres causales en Chile, ella destacó que muchas veces dicho acompañamiento era persuasivo, es decir, intentaba cambiar las decisiones de abortar de las mujeres.

Sin embargo, la profesional destaca que independiente del objetivo de persuasión, las mujeres, y poniendo énfasis en aquellas de mayor edad, cuando toman una decisión en torno al aborto es para llevarla a cabo. Es decir, no es una decisión que se pueda revocar fácilmente dado que sólo las mujeres conocen los efectos que el posible embarazo conllevará en sus vidas.

En ese sentido podemos conectar dicha decisión con los elementos de autonomía, en cuanto a su ejercicio, pese a las condiciones desfavorables o de ilegalidad que puedan existir. Asimismo, el Colegio de Matronas y Matrones de Chile apoyaba el proyecto de ley de interrupción del embarazo en tres causales<sup>27</sup>, porque reconocía la autonomía y las decisiones de las mujeres. Todo esto desde una perspectiva del ámbito sanitario, promoviendo la seguridad en el aborto.

De esta manera, y desde un espacio político (el Colegio de Matronas y Matrones) podemos evidenciar que existe un reconocimiento en cuanto a derechos y autonomía en las decisiones de las mujeres que se encuentran en el marco de las tres causales discutidas en el proyecto de ley.

“Por un lado agüita de las carmelitas porque en el fondo el acompañamiento fue puesto como para persuadir a la mujer a que no aborte pero eso es imposible en una mujer que está decidida, yo desde mi experiencia personal te digo cuando una mujer está decidida no hay nada que revoque su decisión, muy raro, quizás una niña muy chica pero en una mujer mayor no, yo he conversado con muchas mujeres que han llegado abortando y una comete la falta de respeto de tratar de preguntarse si hay otra salida y en el fondo le aumenta su dolor, su pena, su presión a su decisión así que hace muchos años no pregunto, si la mujer tomó la decisión y por algo llegó al hospital donde trabajo, acompáñalo en lo que va el proceso pero en la segunda causal, cuando esta mujer decide interrumpir porque no quiere llegar hasta el final no me queda más que respetar su decisión porque si yo le digo no mire la verdad es que en Chile está penalizado sigue adelante, sigue siendo una discriminación por ingreso, porque la mujer que toma esa decisión se lo va a hacer como sea con o sin seguridad sanitaria, entonces la lógica del proyecto es que va a haber seguridad sanitaria para todas, así lo veo y así lo hemos dicho siempre porque yo parto de la base de que la decisión de interrupción del embarazo cuando y un poco lo que tú decías, es como el suicidio, la mujer que se quiere suicidar no avisa, se suicida, la mujer que quiere abortar no lo dice a los 4 vientos llega a la mitad de la maternidad con el hecho de la causa y esas ha sido otra de las lógicas del colegio para defender el proyecto” (Alto cargo del Colegio de Matronas de Chile).

El tema de la autonomía y la pregunta por el quién decide, además de estar presente en los debates sobre aborto, se encuentra presente en la eutanasia, en la solicitud de adelantar la muerte y más específicamente, en la limitación del esfuerzo terapéutico LET.

De esta manera, una enfermera del Comité de Ética de una clínica no religiosa, en el marco de la petición de adelantar la muerte, destaca un caso emblemático en el ámbito nacional donde un joven de 15 años, tras haber pasado por distintas terapias e intervenciones decidió dejar de tratarse, cuestión que fue apoyada también por su madre.

En este caso, a diferencia del de Valentina Maureira –explicando en los antecedentes de la investigación-, no se realizó una solicitud explícita en torno a la eutanasia sino más bien se acude

---

<sup>27</sup> Que se encontraba en discusión al momento de la realización de las entrevistas.



a la LET cuestión que en algunos artículos es planteada como “eutanasia pasiva”. Profundizaremos en este concepto más adelante.

“Y hubo un niño que también se negó en Punta Arenas, no sé si te contaron el caso, un niño, como, también, como de 15 años que creo, creo que le habían hecho, tenía un cáncer, lo habían tratado, le habían hecho así no sé cuántas cosas (...) y seguían y seguían hasta que un momento dijo que no quería más y la mamá estaba de acuerdo, que no quería que le hicieran más. No sé qué pasó con ese caso, pero también fue como bien mediático” (Enfermera, Comité de ética, Clínica no religiosa).

En este marco podemos ver la polaridad de la presencia de un deseo de muerte y un deseo de vida. Al respecto es interesante pensar sobre qué deseo es socialmente reconocido como válido o no válido.

Pensamos que existen ciertas convenciones, por ejemplo, en este caso, existe un deseo no explícito de muerte, pero si explícito en torno a dejar de recibir intervenciones médicas. En este contexto nos parece que dicho deseo se encuentra más validado y reconocido socialmente, incluso a través de leyes específicas. El hecho de no continuar recibiendo tratamiento médico independiente de que si ello produce un adelantamiento de la muerte.

De este modo podemos ver la existencia dicotómica del deseo de muerte y de vida, pero en sus recovecos podemos apreciar otros deseos, como el que se explica anteriormente, que quedan en un espacio gris, y que si son reconocidos por la sociedad debido también en el contexto de una situación extrema conectada con el sufrimiento.

Bajo este escenario nos preguntamos sobre quién decide, y consideramos que en este caso, si bien decide un joven con el apoyo de su madre, lo hace bajo determinados límites legales específicos, a través de elementos pasivos, es decir, por medio del cese de tratamientos, pero no por medio de elementos activos.

Frente a la solicitud de muerte anticipada, una médica anestesióloga de un comité de ética de un hospital, destaca que frecuentemente responde señalando que Dios es el único que puede quitar la vida.

De este modo se percibe una noción vinculada con la sacralidad de la vida, en el sentido de que la vida constituye un principio fundamental e inicial, y sólo, desde una perspectiva religiosa, Dios

puede detenerla (Chía, 2012; Serrano, 2013, Dworkin, 1994). En este caso quién decide es Dios, y es él quien tiene el reconocimiento para actuar sobre la vida de las personas, sobre sus comienzos y sus finales.

Asimismo, la profesional destaca que ella plantea sus posibilidades, en el sentido de señalar que puede hacer todos los esfuerzos para que el/la usuario/a viva el último período sin dolor, sin sufrimiento ni malestares asociados a la enfermedad.

“Si me ha tocado, he conversado con pacientes que me dicen doctora yo preferiría morirme por eso y esto y yo generalmente he conversado y he logrado revertir esa negatividad en los pacientes diciéndoles que en realidad uno no es dueño de la vida y que tienen que tener paciencia por un lado hasta que Dios disponga que tenga vida y por otro lado que se le garantice que tendrá las condiciones adecuadas para que no sufra, no tenga dolor, pueda dormir, no tenga asfixia, todas las dolencias pueden ser controladas, eso le puedo garantizar y he logrado revertir esa negatividad en los pacientes” (Médica anestesióloga Comité de ética Hospital).

De esta manera la profesional de salud menciona que cuando entrega este tipo de respuestas, la solicitud de muerte tiende a cambiar, destacando que la “negatividad se revierte”. También se plantea que por medio de la conversación es posible revertir las decisiones de los/as usuarios/as.

En el discurso de un médico gineco obstetra de una clínica no religiosa, destaca que el tema de la eutanasia, en comparación con el aborto, es mucho más complejo en el sentido de que es necesario brindar “dignidad al buen morir”.

Al respecto el profesional señala que existen determinados límites en la actuación médica, que dependen de las situaciones que viven los/as usuarios/as. De este modo, por ejemplo, el profesional precisa que es importante que la persona se encuentre alimentada, sin dolor y sin infecciones. Sin embargo, cuando ha existido un infarto o algún problema de ese tipo es necesario saber hasta dónde llegar, lo que se conecta bastante con la limitación del esfuerzo terapéutico – LET-.

“La eutanasia es mucho más complejo, el aborto lo tengo súper claro que no, ya a estas alturas yo creo que no hay nada más que conversar desde mi punto de vista, la eutanasia es mucho más complejo y lo que se ve es como la dignidad del buen morir, entonces yo creo que tú no debes dejar de hacer ninguna maniobra, ninguna cosa para mantener a la persona viva, siempre cuando sean cosas razonables, me explico, una persona que está muriéndose, tú lo tienes que mantener dándole alimentación por su puesto, si esa persona tiene dolor tienes que hacer que no le duela porque se va a morir y si tiene infección tienes que darle antibiótico, ahora si hace infarto y se va a morir tienes que dejar que se muera estás condicionando que después quede peor, esa es una cosa, es permitir, ayudar, hacer un soporte para que la persona muera lo mejor posible, pero algo

es súper distinto es tomar una acción para adelantar la muerte de alguien, yo tampoco estoy de acuerdo con eso, yo creo que hacer una inyección letal a alguien que está al borde de su vida yo creo que nosotros no tenemos la facultad de hacerlo y lo que es más increíble es que allí hay mucha gente que está en contra de la pena de muerte pero si está a favor del aborto y de la eutanasia, yo no entiendo, yo tampoco estoy a favor de la pena de muerte, yo no puedo decidir sobre la vida de nadie pero hay gente que está en contra de eso pero si en matar a alguien que quiere morirse o si matar una guagüita no entiendo yo” (Médico gineco obstetra, Ginecología y obstetricia, Clínica no religiosa).

El profesional menciona que es relevante la vida, en el sentido que las personas no deberíamos ser capaces de determinar la muerte. Desde su punto de vista, señala que es una paradoja el estar a favor del aborto y a favor de la eutanasia mientras se está en contra de la pena de muerte.

En este sentido el profesional equipara los fenómenos en función de la relevancia que le da a la vida por la vida o a la sacralidad de la vida (Chía, 2012; Serrano, 2013, Dworkin 1994). Asimismo podemos ver que, si bien en el discurso no está presente, en este caso la cuestión sobre quién decide se resuelve en torno a la naturaleza o bien supremo en la medida que no se plantea ninguna reflexión en torno a las posibilidades de autonomía de las personas en estos marcos.

Asimismo, el profesional señala un vínculo entre eutanasia y aborto, lo que podríamos conectar a ambos con el deseo de muerte y, bajo su concepción, una visión negativa sobre la misma. Destaca que está en contra del aborto, al mismo tiempo de plantear que no está a favor de la eutanasia aunque es importante reconocer la necesidad de brindar una buena muerte.

Una médica jefa de cuidados paliativos de un hospital señala que nunca ha tenido la experiencia de que un/a usuario/a le pida terminar con su vida. Sin embargo, la profesional poniéndose en esta situación, destaca que lo que haría es tratar de persuadir a la persona, es decir intentaría hacerla cambiar de parecer.

Al respecto es interesante poner en tensión el tema de la autonomía del/la usuario/a, en el sentido que, probablemente, el argumento de la decisión de persuadir se encuentra en el marco del reconocimiento de una autonomía limitada, supeditada a un rango mayor de jerarquía propuesto por el principio de la vida (Grupo de Estudios de Ética Clínica de la Sociedad Médica de Santiago, 2011).

“(Entrevistadora: Ya, perfecto, ¿y en el ejercicio de tu profesión te ha tocado alguna vez pedir, eh presenciar la petición de eutanasia?) En realidad a dios gracias no, ya, porque ahí vendría en cambio mí, bueno, mi como mi debate ético. Porque quizás en cierta medida yo trataría de

persuadir al paciente a que... trataría disuadirlo a él de su decisión ya? Nunca he pensado, nunca me lo he planteado sí que haría yo con un paciente que me lo pidiera, pero en realidad yo no lo practicaría y nunca me ha tocado presenciar algo de eso tampoco un aborto o algo así, tampoco” (Médica Jefa, Cuidados paliativos, Hospital).

Cabe señalar que la profesional plantea un “debate ético”, es decir, de qué modo afronta el escenario de la petición de adelantar la muerte considerando lo que es “bueno” y lo que es “malo”. En esta dirección para la profesional “lo bueno” radica en poner la vida, biológica, por sobre todas las cosas, apela a dios, agradeciéndole que no le haya tocado una situación de este tipo, y al mismo tiempo plantea la persuasión como camino.

También una abogada de un comité de ética de una clínica religiosa realiza la comparación entre eutanasia y aborto en términos de sobre quién recae dicha decisión. De este modo la profesional destaca que en el caso del aborto, son terceros/as quienes deciden sobre la “vida” del feto o el embrión, mientras que en el caso de la eutanasia es la misma persona quien decide sobre el destino de su vida.

Al respecto Dworkin señala que en ambos casos, en el aborto y en la eutanasia, se opta por la muerte “tanto el aborto, que significa matar deliberadamente a un embrión humano en desarrollo, como la eutanasia, que significa matar deliberadamente a una persona por benevolencia, son supuestos en los que se elige la muerte. En el primer caso se elige la muerte antes de que la vida en serio haya comenzado; en el segundo, después de que haya terminado. Cada una de estas elecciones ha sido condenada y defendida durante milenios” (1994: 9).

“La eutanasia, a ver, es distinta al aborto porque son terceros que deciden si vive o no. O sea, ya sea la madre, el padre o la, son los que deciden si vive o no una persona que ya ha sido engendrada (...) En el caso de la euta, de, del aborto, digo que no tiene, eh, es un tercero el que decide por mí. En el caso de la eutanasia o la buena muerte se supone que es una persona que le pide al sistema sanitario que lo ayude a morir” (Abogada. Comité de ética, Clínica religiosa).

Ahora bien, como vemos en la cita señalada, el “quién decide” se encuentra condicionado bajo una mirada de sacralidad de la vida, pero al mismo tiempo se hace la distinción entre aborto y eutanasia, en la medida que la diferencia radica en que en el primero son terceros los que deciden por el feto o el embrión, en cambio en el segundo es la propia persona quien decide.

En este sentido, el argumento podría estar conectado con la visión anglosajona de libertad, que plantea la necesidad de ejercerla siempre cuando no se afecte a otros/as. Bajo esta interpretación

las visiones de autonomía se verían mermadas en el caso del aborto debido a que se le estaría realizando un “daño” a un tercero/a, es decir, la autonomía tendría sus límites, pero, ¿qué características tiene este tercero? ¿lo podemos considerar equivalente a una mujer?

Al respecto nos parece adecuado acudir a los argumentos señalados en el capítulo anterior respecto al estatuto moral del embrión donde, si bien el embrión o el feto tienen, bajo normas constitucionales, protección, no por eso tienen derechos, es decir, no pueden ejercer derechos, y por lo mismo, no es posible supeditar los derechos de decidir de las mujeres a los derechos inexistentes de fetos o embriones sin voz.

Para MacKinnon “la elección de abortar debe existir y debe ser de la mujer, pero no porque el feto no sea una forma de vida ¿por qué no pueden las mujeres tomar decisiones de vida o muerte? El problema ha sido que si el feto tiene algún peso en el debate, es un peso mayor que el de la mujer” (1995: 332).

Pensamos que esta visión, relacionada con la presencia de un “tercero” (el feto, el embrión o en términos generales, el producto de la gestación) en la decisión del aborto, en comparación con la persona que por sí misma decide morir, se usa como uno de los fundamentos principales en materia de objeción de conciencia.

Comparativamente, respecto a aborto y a eutanasia en torno a la objeción de conciencia, es interesante señalar que en la encuesta del Colegio Médico de Chile (2019) se plantea que el 77% médicos/as colegiados/as se encuentra a favor de la eutanasia, mientras que si revisamos datos sobre objeción de conciencia en torno a la ley de interrupción voluntaria del embarazo en tres causales, nos daremos cuenta que en la causal de violación casi la mitad (47,2%) de los/as médicos/as obstetras son objetores/as (Minsal, 2019). Si bien las cifras no son del todo comparables, nos entregan indicios sobre posturas diferenciales respecto de la autonomía de las mujeres y las personas en general en ambas problemáticas. Esta cuestión nos sitúa en el debate en torno al reconocimiento de determinados derechos y a la cuestión en torno al quién decide y, al mismo tiempo nos hace pensar sobre los/as actores involucrados/as en ambas temáticas así como sus impactos en las decisiones.

#### **8.4. El aborto como un problema sanitario y como una cuestión de responsabilidad y autonomía de las mujeres**

En materia de aborto, los discursos del personal sanitario señalan la construcción de la autonomía de las mujeres conectada a una cuestión de responsabilidad. Asimismo podemos evidenciar que esta problemática se concibe como un tema de salud que tiene que ser resuelto por medio del accionar del aparato estatal en la medida de que sea éste el que garantice a las mujeres el ejercicio de sus autonomías.

Una matrona, jefa de una clínica no religiosa, destaca que históricamente las mujeres se han hecho abortos clandestinos, con los cuales muchas veces corren riesgos de salud importantes, por lo mismo resulta fundamental que exista una ley que ampare estos casos y que les de salida.

“Tú eres responsable yo te puedo decir a ti ¿sabes qué? Esta es tu situación de embarazo, esta es tu situación qué se yo, pero eres tú responsable, por lo tanto respeto lo que tú digas, esté o no esté de acuerdo y estoy de acuerdo en que de alguna manera haya una legislación al respecto, que le dé la libertad a las mujeres de poder elegir en consciencia. Piensa tú que hasta hace un par de años atrás la tasa de muerte de mujeres por aborto clandestino era altísima, la tasa de infección porque las mujeres iban donde las señoras de la esquina y les ponían no sé una cánula, un tallo de vegetal para producir aborto era altísima, eso hoy día a lo mejor se sigue haciendo y se oculta, el uso de ciertos medicamentos que son micro abortivos y que tú te metes en internet y los encuentras, se siguen usando, entonces es casi tapar algo que tú sabes de lo que estamos hablando si eso se hace, eso está, entonces, es decir, ok, hagámoslo bajo un marco regulatorio que permita que si tú en consciencia, si tú voluntariamente quieres realizarte un aborto es tú responsabilidad, no me voy a meter en tu vida pero hazlo con las condiciones sanitarias y de seguridad que requieres porque si es mi responsabilidad mantener tu salud, entonces si yo no te doy a ti ese espacio, de seguridad y de confianza, que tú digas, ¿sabes qué? Yo me practiqué un aborto, un aborto inducido qué se yo, todo lo que quiera y estaba dentro de un marco regulatorio tú vas a sentir que estás protegida porque a lo mejor vamos a evitar que mueras, que te infectes, porque o si no de lo contrario tú no vas a cambiar de opinión, lo vas a hacer igual, no es porque esté o no esté vas a pensar que lo quieres hacer, entonces vas a ir donde la señora de la esquina, te vas a hacer todo eso y tu situación de salud se va a ver mermada, se va a ver impactada porque se hace en un ambiente no sanitario, si eso mismo lo traslado a una seguridad yo te estoy protegiendo a ti. Aborto terapéutico en tres causales, cierto y todo eso” (Matrona jefa, Ginecología y obstetricia, Clínica no religiosa).

De esta manera, la cita nos plantea que el aborto constituye un problema sanitario además de estar conectado, como revisábamos anteriormente, a la autonomía de las mujeres sobre sus cuerpos. Asimismo, hay que considerar que la trayectoria del aborto en el país ha variado en función de elementos tales como la información y la disponibilidad, cada vez más, de métodos menos peligrosos. Según Dides et al. “tal como señala el Ministerio de Salud, en los años 60 más de 1/3 de la mortalidad materna eran causadas por aborto (302 muertes en 1960). Siendo el

grupo más vulnerable mujeres que tenían más de tres hijos y pertenecían al estrato socioeconómico bajo, además hay que considerar que existía una baja cobertura hospitalaria del parto (...) Entre 1990 y el 2003 hubo una disminución de la mortalidad materna y luego se mantiene constante entre el 2004 y el 2011” (2015: 154).

En este marco es posible plantear que si bien el aborto clandestino en Chile es un problema sanitario, a lo largo de la historia ha disminuido la cantidad de mujeres que mueren por dicha causa, esto principalmente por la incorporación del uso del misoprostol.

Sin embargo, hay que tener en consideración que no existe una democratización de la información, es decir, las mujeres más empobrecidas no necesariamente cuentan con un fácil acceso a la información lo que produce que la problemática del aborto en Chile sea también una cuestión de clase social.

La profesional también destaca el tema de la responsabilidad como un valor fundamental en el sentido de que quien se practica un aborto o bien, quien queda embarazada, es la mujer, por ende ella es responsable de decidir si quiere o no abortar. Sin embargo, frente a esta problemática, el Estado también tiene responsabilidad, frente a lo cual debe generar un resguardo para producir las condiciones óptimas para que esto ocurra en un ambiente sanitario adecuado.

Destacamos el tema de la responsabilidad de manera diferente a cómo se planteaba en los argumentos en contra del aborto. Es decir, es una responsabilidad no punitiva, ni culpabilizadora, sino más bien es una responsabilidad asociada con derechos y con una autonomía corporal.

De este modo, podemos identificar distintos niveles en torno a las responsabilidades aludidas por la profesional:

Una responsabilidad inicial, que es de la mujer en cuestión, en el sentido de que de ella y de sus decisiones depende si se pone en riesgo con un aborto clandestino o no; por otra parte, una responsabilidad secundaria, pero no menor, que tiene que ver con la actuación médica y con el hacer todo lo que esté al alcance para desarrollar procedimientos que se encuentran en el marco de lo sanitario; y quizás, podríamos identificar un tercer nivel de responsabilidad, que tiene que ver con el papel que juega el Estado al momento de garantizar los derechos sexuales y

reproductivos de las mujeres en el marco de aborto, al respecto, la profesional de la salud destaca el aborto en tres causales, pero va más allá en torno a lo que el Estado debiese garantizar.

Lo anterior nos parece relevante en la medida que en la concepción que plantea esta profesional respecto de la relación personal sanitario/a- usuaria, se encuentra imbuida una noción que tiene que ver con los derechos sexuales y reproductivos, la autonomía así como las responsabilidades en el marco de dichas autonomías.

El siguiente discurso proviene de una médica obstetra de ginecología y obstetricia de una clínica religiosa, quien si bien establece que para ella lo más importante es la vida humana, y por ende, considera al feto o al embrión como un ser portador/a de dicha vida, está de acuerdo con legalizar el aborto. Esto debido a que reconoce un respeto por las decisiones de las mujeres.

Dicha legalización la plantea no sólo en las tres causales, que se estaban debatiendo al momento de realizar las entrevistas en el país, sino que en términos generales y más amplios destacando que las tres causales se pueden prestar para ocultación de información.

Asimismo, la médica plantea que el problema del aborto existe y que por dicha existencia es necesario darle solución por medio de una regulación sanitaria clara. En dicha dirección la profesional destaca que en la actualidad, en instituciones sanitarias, no es complejo realizar abortos en la medida de que sólo es necesario tener una ecografía que establezca que el feto o embrión no tiene latidos. Ella lo menciona tratando de dar cuenta de que es mejor que estos eventos se den en un marco regulatorio legal que en la ilegalidad.

“(Entrevistadora: ¿No sólo las tres causales?) No, libre, no solamente las tres causales porque eso se va a dar al final para puro chanchullo, así como en Chile con los que hacen aborto pasan como porque a la larga en Chile lo único que se necesita para hacer un aborto es tener una ecografía diciendo que la guagua no tiene latidos y eso no es difícil, yo puedo hacer una ecografía y decir llegar e inventar y le hago un aborto a mi paciente porque lo necesita por lo tanto es algo que se hace y creo que esconder una realidad, tratar de tapar el sol con un dedo no está bien, hay una realidad que existe y que es mucho mejor legalizarlo, abrirlo, tener algo transparente que en vez que un médico le cobre a una paciente 5 millones de pesos por hacerle un legrado trucho, debería ser una práctica abierta que el que quiera hacerlo lo haga y quien quiera hacérselo se lo haga” (Médica obstetra, Ginecología y Obstetricia, Clínica religiosa).

Destacamos este discurso ya que es uno de los pocos que se encuentran a favor de la legalización, en términos amplios, y que al mismo tiempo proviene de una profesional que trabaja en una clínica religiosa. Por lo general, los discursos de los/as profesionales de este tipo de institución no



apoyan la legalización, debido a que plantean el argumento de la sacralidad de la vida, sin reconocer elementos sobre la autonomía de la decisión de las mujeres.

## **8.5. Herramientas y mecanismos que pueden facilitar el ejercicio de la autonomía**

En el discurso de los/as profesionales de la salud, pudimos identificar a lo menos tres procedimientos que a nuestro juicio constituyen herramientas para el ejercicio de la autonomía vinculadas con el fenómeno del aborto y de la solicitud para adelantar la muerte.

De este modo, en esta sección nos remitiremos principalmente al uso de misoprostol, en los casos de aborto, conectado con una visión de aborto seguro; por otra parte revisaremos elementos que tienen vinculación con las voluntades anticipadas, que se conectan tanto al fenómeno del aborto como de la solicitud de adelantar la muerte y; finalmente, revisaremos elementos, que tienen relación con la limitación del esfuerzo terapéutico - LET-.

### **8.5.1. Uso de misoprostol**

Podemos plantear el uso de misoprostol como mecanismo para generar un aborto, por ejemplo, como es el caso señalado más adelante, en los momentos donde existe gestación tubaria, es decir, un tipo de gestación que no es viable y que por ende puede generar la muerte de la mujer.

Así, una enfermera de Cuidados Paliativos de una Clínica no religiosa, destaca el uso de misoprostol. Cabe señalar que “el misoprostol es una droga para el tratamiento de úlceras gástricas que provoca contracciones al útero y de esta forma interrumpe la gestación. Este medicamento ha sido reconocido para uso ginecológico por la Organización Mundial de la Salud (OMS), ya sea para acelerar el parto o interrumpir un embarazo de hasta 12 semanas de gestación” (Casas et al, 2013: 74).

“En el aborto inducido... mm, lo que pasa es que [suspira] nos ha tocado y a mí alguna vez me tocó como tratante [ríe] de repente, estos embarazos tubarios (...)que son un peligro y que no, son inviábiles po (...) Que, en realidad, no, no sé si podemos considerar eso un aborto inducido, pero... hay ciertas cosas y ciertos medicamentos que se usan para poder facilitar el, que el bebé o el feto salga (...) Y... y a veces nos toca a nosotros poner ese, hay una pastilla que se llama Misotron (...) (Entrevistadora: Misoprostol) Sí” (Enfermera CP Clínica no religiosa).

La profesional no reconoce haber participado en un procedimiento de aborto inducido, aunque plantea otros tipos de procedimientos, tales como los abortos por embarazo tubario, donde ha sido necesario que los/as profesionales administren el misopostrol. Cabe destacar que en su discurso suspira, a ratos queda en silencio, dando cuenta que no es un tema fácil para ella.

Relacionado al uso de misoprostol, existen quienes señalan la diferencia de atender abortos inducidos con misoprostol en casos de gestaciones de pocas semanas y en caso de gestaciones ya avanzadas donde es posible visualizar el producto de la gestación ya formado. Cabe destacar que el uso de misoprostol posterior a la semana 12 de gestación, no se encuentra recomendado, ya que produce un alto riesgo para las mujeres.

“Yo creo que hay muchos abortos pero abortos espontáneos, esos abortos espontáneos suelen ser de 9 semanas, son embarazos muy chicos pero de repente han llegado abortos provocados y tú las examinas y ves al tiro las pastillas en la vagina entonces ahí como que me ha tocado de todo y abortos un poco más grandes, 14 o 16 semanas, que ya hay un feto formado, hay algunos que ya les puedes ver el sexo (Entrevistadora: ¿Y en eso casos qué han hecho?) Eh se dejan en evolución espontánea que le dicen, igual se les apoya con misoprostol pero en un ambiente hospitalario entonces porque por el tema de que todos conocen de que el misotrol ayuda la dilatación del cuello y posterior a eso, se les hace una ecografía y si queda con restos de aborto se les hace un raspado para eliminar toda la cavidad del útero” (Matrón 2 GO Hospital).

Sin embargo, como se detalla en la cita, el misoprostol, en un ambiente hospitalario, es de uso más seguro, y ayuda en los casos de abortos retenidos. Frente a estas situaciones el matrón destaca que se hace una ecografía, luego del procedimiento, para posteriormente, en caso de ser necesario, realizar un legrado o “raspado”.

Según Erdman (2012) el uso de misoprostol en los casos de aborto inducido ha tenido un efecto positivo y un fuerte impacto en el aborto inseguro, en la medida que ha “segurizado” la práctica auto inducida del aborto.

En este sentido también podemos conectar el uso de misoprostol como una posible herramienta en el ejercicio de la autonomía reproductiva de las mujeres en la medida que permite que sean actoras directas en el procedimiento, es decir, por medio de este fármaco las mujeres dejan de depender, aunque no siempre por completo, de la asistencia sanitaria. Sin embargo es importante matizar este planteamiento dado que el uso de este medicamento, fuera del ambiente sanitario, puede conllevar a riesgos para la salud de las mujeres.

Según Molina, en Chile, “han disminuido los abortos clandestinos sépticos practicados por terceros con maniobras sépticas y de alto riesgo, transformándolos en abortos de tipo farmacológico que han disminuido las consultas y egresos por estas causas. Los síntomas post aborto, en estos casos, no permiten sospechar clínicamente una interrupción voluntaria del embarazo u aborto, con lo cual quedan como abortos espontáneos con retención de restos ovulares o de los anexos embrionarios” (2014: 42).

En este contexto, “el método ha hecho que el aborto inseguro sea "más seguro" (...) Si bien mucha información sobre el uso seguro y efectivo de misoprostol está disponible, las mujeres a menudo carecen de acceso a esta información. Esto incluye información sobre la dosis y las vías de administración, rango de uso gestacional, posibles efectos secundarios y complicaciones” (Erdman, 2012: 84).

De este modo podemos evidenciar que ha existido una transformación, por lo menos en Chile, de la práctica abortiva, en la medida que ésta se realiza de manera más “autónoma” gracias al uso del misoprostol y tiene menos consecuencias negativas. Sin embargo como Erdman (2012) destaca, todavía es necesario avanzar en proporcionar mayores medios de comunicación sobre su uso. Frente a esto relevamos la existencia de una línea telefónica, en Chile, operada por colectivos/as feministas chilenos/as, donde el objetivo es entregar información sobre el uso del fármaco.

### **8.5.2. Voluntades anticipadas**

También, un tema de relevancia que emergió en el discurso de los/as profesionales fue el de las voluntades anticipadas o instrucciones previas. Cabe destacar que León señala que “el Convenio Europeo de Bioética se ocupa de las voluntades anticipadas (art 9º): “Serán tomados en consideración los deseos expresados anteriormente con respecto a una intervención médica por un usuarios/a que, en el momento de la intervención, no se encuentre en situación de expresar su voluntad”” (2008: 87).

Siguiendo al autor es posible destacar que las voluntades anticipadas emergieron en el contexto estadounidense en la década de los años 70, difundándose posteriormente en Europa y en menor medida en América Latina. Los principios que guían la construcción de las voluntades

anticipadas según León (2008), guardan relación con la autonomía de la persona, la beneficencia y justicia.

Asimismo, en el marco de la legislación chilena podemos destacar la ley que regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud, Ley 20.584, donde se establece en el artículo 18 lo siguiente “en el caso de que la persona, en virtud de los artículos anteriores, expresare su voluntad de no ser tratada, quisiere interrumpir el tratamiento o se negare a cumplir las prescripciones médicas, podrá solicitar el alta voluntaria. Asimismo, en estos casos, la Dirección del correspondiente establecimiento de salud, a propuesta del profesional tratante y previa consulta al comité de ética, podrá decretar el alta forzosa” (Biblioteca del Congreso nacional de Chile, 2012). De este modo, la ley establece la posibilidad de la LET a través del alta voluntaria, con previa autorización del comité de ética de la institución en particular.

Al mismo tiempo, es interesante destacar que si bien la ley reconoce la posibilidad de una alta voluntaria, actualmente en Chile, no existe un registro único de fichas clínicas, lo que impide por ejemplo, en términos prácticos, que las personas puedan establecer sus voluntades anticipadas. De este modo, dicha herramienta queda al alero de su utilización y administración dependiendo del establecimiento de salud.

En este marco una asistente social de un comité de ética de una clínica religiosa, relata una situación ocurrida con una mujer, quien había dejado establecido previamente que no quería que le hicieran un tratamiento de intubación. Sin embargo, tras un ataque cardiaco la mujer fue intubada lo que le produjo quedar sin voz por dificultades en las cuerdas vocales.

“Porque, ¿tú te acuerdas de otro caso de?, de una señora que quería, había manifestado, tenía escrito que ella no quería que la entubaran, no quería ninguna cosa extrema, ni de reanimación, quería morir en su casa. Vino, un ataque, no sé qué. Llegó la “Help”, hicieron, o sea, hicieron la pega que tenían que hacer, la entubaron laralaralá. La entubaron, quedó, entubaron permanencia. Le volaron las cuerdas vocales, quedó muda. Dos años en la cama, hasta que murió. Cuando ella está dispuesta a morir, ¿te fijas?, ella su deseo era tener una muerte digna, ¿no?” (Asistente Social, Comité de ética, Clínica religiosa).

Sin lugar a dudas esta situación da cuenta de un desconocimiento frente a las voluntades anticipadas desde el personal sanitario, pero también ponen en cuestión sobre la vida y la muerte digna. Asimismo, esta cuestión nos hace preguntarnos sobre la aplicabilidad en Chile, de las

voluntades anticipadas y su conexión con las posibilidades de autonomía de los/as usuarios de salud en cuenta a sus tratamientos.

### **8.5.3. Limitación del esfuerzo terapéutico –LET-**

En relación a la LET, vinculada a dejar de realizar determinados procedimientos médicos a voluntad del/la usuaria/o o de sus familias, una enfermera de cuidados paliativos de una clínica no religiosa destaca que son las familias, o el/la usuario/a, en caso de estar en condiciones, quienes deciden sobre la LET. En ésta no se toman medidas activas en cuanto a acelerar la muerte, sino más bien se dejan de realizar tratamientos que se conciben como una escalada en este ámbito.

“(Entrevistadora: Y eso lo hacen a petición de la familia o decisión de...) Claro, claro, o del paciente si es competente o de la familia. Pero no se hace nada activo, que es la eutanasia. O sea, tú dejas de hacer, así como si un paciente no se quiere dializar ponte tú, o paciente que, que, que toda su vida dijo que no, como negarse al tratamiento, o un paciente que no, que no va a salir, que está muy, muy limitado y es no escalar, o sea, no ponerle sonda nasogástrica ¿te fijas?” (Enfermera CE Clínica no religiosa).

La profesional también destaca que son vivencias personales en el sentido de que la persona puede establecer el camino que quiera en torno a la vida y la muerte, haciendo notar el reconocimiento de una autonomía frente a no querer seguir sufriendo o sintiendo dolor. En este caso la profesional menciona el sinsentido de seguir alargando la vida artificialmente planteando que no puede estar presente sólo el argumento de “la vida por la vida” sino que es también necesario considerar los contextos de la persona en cuestión.

## **8.6. Recapitulando**

En el presente capítulo hemos podido constatar que, a la hora de hablar de autonomía, se plantea la relevancia de considerar los contextos sociales por los que se encuentran atravesando las personas. Si bien no se profundiza explícitamente sobre cuáles son dichos contextos, consideramos que es importante ponerse en el lugar del/la otro/a, en el sentido de reconocer otras subjetividades y deseos como válidos.

También, en el discurso de los/as profesionales se concibe la autonomía asociada a derechos, ya sea en términos de derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, en el caso de aborto; o derechos para decidir cuándo terminar con la vida de la persona que desea adelantar su muerte.

Así, nos parece que cobra vital relevancia, en el marco de los discursos analizados, concebir una autonomía conectada con lo comunitario, una autonomía relacional que, al mismo tiempo de reconocer al cuerpo como medio para su ejercicio, sea comprendida desde el ámbito de la razón y la reflexividad, pero también desde las emociones y los deseos.

En este sentido González destaca que “la vindicación de un derecho de propiedad sobre el cuerpo resulta además limitada, por insistir en la división cartesiana cuerpo- mente: la idea del cuerpo como algo separado de la subjetividad que se alojaría entre “la mente” y el “alma”. Si por el contrario consideramos que *somos cuerpo*, que el cuerpo no es un objeto inerte y separado de nuestra existencia, la propiedad sobre el mismo no parece declarable. Tal derecho sólo puede pronunciarse sobre una otredad, cosa/sujeto que *no se es*, sino que *se adquiere*” (2018: 104). De esta manera, cuando hablamos de autonomía, hablamos desde una visión de lo encarnado corporalmente, que se deslinda de una visión de propiedad de nuestro cuerpo. En este sentido, somos cuerpo y con este cuerpo que somos ejercemos nuestras autonomías.

En esta línea también consideramos que las visiones aportadas por el personal de salud sobre la autonomía, ayudan a generar una visión que supera la mirada liberal de la misma. Como ya lo hemos planteado, al momento de concebir una autonomía interconectada y relacional, podemos concebir también un cuerpo que no es sólo propiedad sino que va más allá, en la comprensión de un cuerpo social que integra todos los demás ámbitos de la vida.

Asimismo, se plantea la cuestión sobre quién decide, en el marco del aborto y de la eutanasia. Al respecto es interesante destacar que, desde la visión de algunos/as profesionales, la decisión no se encuentra en la persona en juego, sino más bien depende de la naturaleza o de Dios, lo que se conecta con el argumento de la sacralidad de la vida.

También, podemos ver el quién decide condicionado por los efectos que se producen o no en otro/a. De este modo, en el marco de la eutanasia, se establece que la acción de adelantar la muerte recaerá en la misma persona, mientras que en el caso del aborto, la acción recaerá en el producto de la gestación. Esto nos hace reflexionar desde una mirada de género, sobre cómo los

cuerpos de las mujeres se encuentran más coaccionados que los de los hombres, si ponemos en comparación aborto y eutanasia.

Al respecto es interesante visualizar cómo se construyen las subjetividades desde la mirada de los/as profesionales sanitarios, en la medida que los derechos de las mujeres que abortan son equiparados a derechos inexistentes de los fetos y de los embriones. Esto nos remite a que la construcción subjetiva de las mujeres que abortan sea reconocida con menos derechos en comparación con aquellas personas que se encuentran en el marco de la solicitud de una muerte adelantada. Esta cuestión nos plantea desafíos en término del reconocimiento de la autonomía y los derechos de las mujeres que se encuentran en situación de aborto.

En esta dirección podemos dar cuenta de que las construcciones subjetivas que desarrolla el personal sanitario sobre las personas usuarias, inciden en la constitución subjetiva de éstas últimas. Siguiendo a Butler (2001), quien desarrolla una mirada foucaultiana, podemos establecer que en el marco de las relaciones de poder, los/as sujetos se construyen y, más allá de los procesos de disciplinamiento, elaboran la trayectoria de sus deseos y de sus autonomías.

En este contexto nos preguntamos sobre cómo en estos escenarios las personas usuarias, tanto para el caso del aborto como de la eutanasia, producen subjetividades disidentes, construidas en la misma relación de poder pero que apelan al mismo tiempo a la libertad. Pensamos que en el marco de este capítulo hemos podido delinear esta cuestión, en la medida que hemos conectado la autonomía a los derechos que no sólo implica una construcción subjetiva sino que también apela a un reconocimiento social.

Por último, es importante destacar que en el ámbito sanitario podemos ver herramientas que consideramos como favorables al desarrollo de la autonomía en el marco del aborto y de la eutanasia en cuanto a las decisiones de vida y muerte. Tales herramientas, como el uso de misoprostol, LET y voluntades anticipadas, han emergido recientemente y pensamos que se conectan también con una mirada distinta de la práctica y de la relación sanitaria que posiciona más el foco en las decisiones de la persona usuaria del sistema de salud y frente a su propia salud.

## **9. Las relaciones de cuidado y de servicio como respuestas a la vulnerabilidad humana**

El aborto y la eutanasia, y las personas que se encuentran en dichas situaciones, ya sea mujeres que quieren abortar o que han abortado, así como personas que piden poner fin adelantadamente a sus propias vidas, nos plantean desafíos en torno al reconocimiento de sus condiciones y deseos.

En dicho contexto consideramos que la vulnerabilidad se expresa notablemente en estas situaciones, ya sea por un sentimiento de pérdida o la pérdida de la vida misma. Frente a dicha vulnerabilidad, consideramos relevante la cuestión de los cuidados y los servicios que se pueden brindar en el ámbito sanitario. Teniendo en cuenta que existen, de acuerdo a los discursos de los/as profesionales, distintas maneras de cuidar o de proporcionar servicios, así como objetivos divergentes que se pueden enmarcar en función de visiones ideológicas institucionales particulares.

De esta manera, los/as profesionales de la salud, cuando desarrollan sus argumentos en torno al aborto y a la eutanasia plantean la relevancia de considerar los cuidados dado que las personas se encuentran en estados de vulnerabilidad en torno a sus vidas y posibles muertes. Asimismo, es importante destacar que cuando hablamos de cuidados por lo general los/as profesionales lo asocian con los cuidados paliativos, en el caso de la persona que solicita adelantar la muerte y, en el caso del aborto lo asocian con el mandato maternal que instaura la figura de la mujer madre como hegemónicamente construida en la función de cuidados de otros/as.

En este contexto, la labor sanitaria no se configura sólo desde el ámbito orgánico o técnico sino también incluye argumentos de nivel ético e ideológico. Asimismo, estas situaciones conllevan la



toma de decisiones sobre procedimientos que son de difícil resolución y que plantean desafíos para los/as profesionales, en torno a lo afectivo y comunicacional.

A lo largo de este capítulo iremos revisando el análisis del discurso del personal sanitario, en torno a los cuidados y los servicios en el marco del aborto y la eutanasia, lo que también iremos conectando con visiones teóricas de estos conceptos. De este modo la invitación es a lograr visualizar lo que soporta estas acciones y relaciones, en términos ideológicos, morales y políticos, para comprender el marco argumentativo que existe por parte de los/as profesionales y los posicionamientos que realizan.

En este contexto, para comprender el discurso del personal sanitario, acudiremos al desarrollo teórico que hemos elaborado en el Capítulo de Ejes Conceptuales, en torno a las consideraciones sobre la vulnerabilidad humana, los cuidados y servicio.

Cabe señalar que cuando realizamos las entrevistas al personal sanitario, el proyecto de ley de interrupción voluntaria del embarazo se encontraba en discusión. Esto lo consideramos relevante dado que los argumentos y debates se desarrollan en mayor medida en este ámbito que en el de eutanasia. Así, hemos estructurado este capítulo en tres partes: Inicialmente (9.1) presentamos un apartado sobre cuidados y aborto, donde incorporamos elementos que tienen relación con la prevención de la gestación, los mandatos sociales de la maternidad, así como también la construcción subjetiva del “niño/a enfermo/a” en el marco de la inviabilidad fetal con carácter letal.

En la segunda parte (9.2) revisamos elementos vinculados a los cuidados paliativos, explicando la relevancia de dichos cuidados en el ámbito sanitario como respuesta a aquellas personas que se encuentran con enfermedades incurables. Finalmente, en la tercera parte (9.3), revisamos distintos tipos de acompañamientos que son resaltados por el personal sanitario, intentando indagar en sus objetivos y características.

## **9.1. Cuidados y servicios frente a situaciones de aborto**

Al momento de analizar los discursos sanitarios podemos evidenciar una fuerte conexión entre cuidados y aborto. De este modo los cuidados no sólo son situados en las mujeres que abortan sino también son posicionados como estrategia de prevención del embarazo.

Asimismo, conectamos los argumentos sobre aborto con las construcciones que se hacen en torno a la maternidad, poniendo foco en la figura hegemónica de “la madre” en nuestras sociedades occidentales. Esto también lo podemos relacionar con lo que nos dicen los/as profesionales sobre la culpa que genera el aborto y cómo, según estas visiones, es posible redimirla.

Finalmente indagaremos en esta sección sobre las concepciones emergentes sobre “el/la niño/a enfermo/a” que algunos/as profesionales realizan en el marco de las gestaciones con inviabilidad fetal con carácter letal y que sirve de argumento de oposición al aborto en estos casos.

### **9.1.1. El cuidado y el servicio en la prevención del embarazo**

Al momento de analizar los discursos de los/as profesionales sanitarios en torno al aborto, podemos evidenciar que las posturas tienen matices. En este sentido, por ejemplo, existen posiciones que están en contra del aborto en términos generales, es decir, apoyan las tres causales del proyecto de ley pero desaprueban el aborto libre, señalando que es una práctica que no debiese ocurrir ya que la sociedad “no está preparada”.

Esta inmadurez societal a la que se refieren hace alusión a que las personas no cuentan con información sobre métodos anticonceptivos. De este modo en el discurso de un matrn de ginecología y obstetricia de un hospital se señala que las herramientas están, pero no se utilizan. Así, se plantea que no se debiera llegar al punto de la necesidad de aborto libre, en la medida de que existen herramientas anticonceptivas que pueden evitar esta situación.

“Mira, yo estoy a favor del aborto, sobre el típico tema, las 3 causales, pero mira en verdad no he leído mucho el tema de la ley en sí, pero lo que sí yo no estoy de acuerdo es con el aborto libre, eso ya yo me quiero hacer un aborto y listo, porque eso siento yo que la sociedad no está educada para tomar consciencia real de lo que es el tema del aborto, ¿me entiendes? Porque es como que obviamente sobre todo ahora que existe mucho embarazo adolescente, porque están las

herramientas de anticoncepción y aun así la gente no le toma el peso o se hacen los desentendidos y dicen a mí nadie me explicó, porque las herramientas están, entonces para mí el tema del aborto libre, no, ahí como que tengo un poco de discrepancia por eso porque se pueden dar el lujo, la libertad, de que digan ah ya no me cuido, tengo la opción de abortar, me entiendes?” (Matrón 2, Ginecología y obstetricia, Hospital).

Destacamos que el profesional señala que las mujeres se pueden “dar el lujo” de abortar en casos de no haber usado métodos anticonceptivos. El “lujo” al cual refiere tiene que ver con una mirada punitiva del asunto, es decir, la culpa la tiene la mujer quien no utilizó los métodos adecuados para prevenir, y por ende es ella quien no debería tener acceso al aborto libre pues fue su responsabilidad.

Así, esta mirada nos sitúa en una visión que es particularmente individual y patriarcal, en la medida que sólo se plantean responsabilidades individuales para las mujeres, sin ponerse en el lugar de la otra, ya que pueden ser diversos los motivos para abortar, y existe, una responsabilidad social. Es decir, qué hace el Estado, por ejemplo, para lograr que las personas efectivamente se informen para prevenir una gestación.

Asimismo, este modo de construir la problemática del aborto remite a las configuraciones en torno a lo femenino y a lo masculino, en el sentido que el primero remite a un mandato, el de la procreación, que una vez ya comenzado no hay vuelta atrás. Es decir, en la configuración femenina, asociada a la idea del cuidado y a la responsabilidad por los/as demás, existe un mandato a preservar la vida, por lo que la maternidad, en caso de no utilizar métodos anticonceptivos, viene a constituir un castigo asociado a la maternidad forzada.

En el discurso de una kinesióloga de cuidados paliativos de la clínica religiosa es posible apreciar la resistencia respecto del aborto en términos generales. De esta manera esta mujer plantea que es necesario generar educación sexual anticonceptiva con el objetivo de prevenir los abortos. Asimismo destaca el uso de la píldora del día después, en casos de emergencia, la que permitiría también prevenir dicha situación.

“No soy partidaria del aborto, no sé, soy partidaria de la educación de la píldora del día después, muy partidaria de eso, pero por sobre todo de la educación o sea no soy mojigata si lo pasas bien una noche y se te olvidó tomar la pastilla, no tuviste protección, tómate la pastilla del día después, soy partidaria de que no pongan trabas en el consultorio aunque tú puedes ir a una farmacia y conseguirla” (Kinesióloga, Cuidados paliativos, Clínica religiosa).

A través del discurso podemos observar que existe una concepción de la sexualidad escindida de la reproducción, en el sentido de que se plantea la necesidad de autogestionar la propia sexualidad para evitar la gestación. Esto para Giddens (1992), implica el desarrollo de una autonomía personal, en la medida que se separa sexualidad de la reproducción permitiendo así una transformación de la intimidad y el surgimiento de una plasticidad sexual.

Conectamos estos elementos que tienen que ver con la anticoncepción, con la responsabilidad social que tiene el Estado de informar y generar las condiciones para que las mujeres puedan planificar sus posibles o no maternidades.

En esta dirección nos parece que dicha responsabilidad está asociada a una noción de servicios y de cuidados, de acuerdo a la categorización propuesta por Mora y Pujal (2018). En este sentido consideramos que es una tarea de servicios en la medida que las mujeres, si bien pueden buscar maneras de gestionar la anticoncepción, el Estado debiese ser el garante de proporcionar todos los medios adecuados para que éstas tengan acceso a métodos anticonceptivos efectivos.

Sin embargo, cuando pensamos en estas situaciones desde una mirada de las desigualdades de clases, podemos evidenciar que existen mujeres, principalmente de sectores más desfavorecidos, que por sí mismas, no tienen acceso a información o a métodos de anticoncepción efectivos. En dichos escenarios consideramos que el Estado debiese cumplir un rol de cuidado en términos de garantizar la satisfacción de necesidades específicas en torno a la anticoncepción y a la promoción del respecto de los proyectos de vida.

### **9.1.2. Disyuntivas en torno a la identidad materna en el marco del aborto: dicha social frente a los proyectos de vida de las mujeres**

López y Carril destacan que “para muchas mujeres un embarazo no es sinónimo de deseo de hijo, sino todo lo contrario. El momento supuestamente pleno, se transforma en una situación crítica que obliga a tomar una decisión en un plazo acotado. Sorpresa, estupor, indignación y miedo son las reacciones más frecuentes frente a un embarazo no esperado y que no se desea continuar. Estas reacciones no parecen depender de la edad, si se tienen o no hijos o del nivel educativo. Se significa como un hecho inesperado, conscientemente no buscado y muchas veces queda sin comprensión cómo se llegó a estar en esa situación. Las mujeres no pueden dar sentido a un embarazo que no buscaron y que no quieren continuar. Es así que el embarazo irrumpe en sus

existencias cotidianas subvirtiéndose su continuidad actual, generando montos de ansiedad muy grandes y desorganizando el proceso normal de pensamiento. Estos embarazos imprevistos, hacen a las mujeres un jaque mate a su omnipotencia, a la certeza en sus previsiones y a la fantasía de controlar el cuerpo. Es por eso que a través de las reacciones, se confirma que la soldadura embarazo - deseo de hijo, no es siempre espontánea, automática y natural” (López y Carril, 2010: 12).

Así, la gestación, de acuerdo a lo planteado por López y Carril (2010) para algunas mujeres es una experiencia de ruptura de lo cotidiano, una experiencia que rompe con la rutina y que trae consigo bastante angustia al no desear dicho estado. De este modo parece una experiencia contradictoria, en el sentido que todos los mensajes sociales en torno a la maternidad construyen un deseo hacia ésta, en el sentido de que la mujer, por ser mujer, debe desear ser madre, lo que choca frente a las experiencias de las mujeres que no desean serlo. Asimismo esta experiencia connotada negativamente, como señalan las autoras, puede ser transversal a las edades y contextos de las mujeres, es decir, una gestación no deseada puede ser vivida por mujeres de distintas edades, clases sociales, etnias, etc.

Vemos en el discurso de una enfermera de un comité de ética de una clínica no religiosa, que plantea que no se puede establecer la vida por la vida, sobre todas las cosas, sino más bien es necesario considerar contextos en los que se ven envueltas las mujeres.

“(Entrevistadora ¿Cuál es tu opinión sobre el aborto?) Encuentro que es una situación súper difícil, eh..., pero creo que [silencio] que no puede ser penalizado el aborto, o sea, yo creo que tiene que haber, en ese sentido, algo de apertura. No puede ser la vida por la vida por sobre todas las cosas siempre, porque si fuera así ¿te fijas o no? Esa cosa como tan... dogmática, eh... yo creo que no, no estoy de acuerdo y creo que el aborto sí, de repente, sí las mujeres tienen derecho, que son las que van a ser las madres y todo, a, a de repente interrumpir el embarazo sin, sin que sea un asesinato, o sea ¿te fijai o no? O sea, yo creo que en las causales y los tiempos tienen, es importante, sí, pero... pero sí, yo estoy de acuerdo con el aborto, sí” (Enfermera, Comité de ética, Clínica no religiosa).

En este sentido se establece la capacidad de decidir como un derecho, es decir, como portadoras de la capacidad de decisión de si quieren o no ser madres. Lo anterior se conecta bastante con el intento de no llevar adelante una maternidad impuesta, sino que resulta necesario que las decisiones sean tomadas en libertad.

Según el estudio de López y Carril “de acuerdo a los profesionales entrevistados, lo “esperable” es que la mujer reaccione positivamente ante la constatación del embarazo. Esta percepción es más

frecuente en los ginecólogos, (varones) que en las otras profesiones. El rechazo o la ambivalencia frente al mismo, descoloca al profesional. Lo pone delante de una situación que no desearía enfrentar en su práctica. Son habitualmente las profesionales mujeres y en particular, las profesionales de enfermería quienes reportan una mayor capacidad emocional para establecer empatía y rapport con estas situaciones lo cual favorece sus posibilidades de “ponerse en el lugar de la mujer”. Esta actitud es especialmente observable en aquellas mujeres profesionales que experimentaron en sus propias vidas, la decisión de abortar” (López y Carril, 2010: 16).

Así, lo “esperable” por la sociedad, se conjuga con la construcción del deseo personal, y la suposición de que las mujeres tienen exclusivamente el deseo de ser madres, en función a los patrones sociales anteriormente mencionados. En esta línea, negar la maternidad constituye una “desviación”.

Si bien Donath (2016) plantea el tema del arrepentimiento en mujeres que ya han tenido hijos/as, dicha emoción puede ser trasladable para analizar los deseos de no ser madres de las mujeres que abortan, al mismo tiempo de comprender que existen algunos/as profesionales que logran comprender estos deseos, mientras que existen otros (en especial varones o personas que tienen una construcción tradicional) que manteniendo una visión en torno a la dicotomía de “mala madre” y “buena madre” juzgan a las mujeres que desean o que han abortado.

De esta manera, pareciera que algunas de las mujeres profesionales tienen una mayor empatía para comprender el proceso por el cual están pasando ciertas mujeres que se enfrentan a una gestación no deseada. Nos aventuramos a plantear que el hecho de haber pasado por alguna situación relacionada con la gestación puede producir que, por parte de las mujeres profesionales, exista mayor cercanía y comprensión de las experiencias por las que atraviesan otras mujeres.

También, estos elementos se pueden vincular bastante al modo de abordar la situación por parte del/la profesional de la salud, en el sentido que, probablemente, el involucramiento emocional, la escucha activa, entre otros elementos, son fundamentales en la práctica profesional.

Asimismo, esta visión se conecta bastante con las nociones de la ética del cuidado que nos proporciona Gilligan (1985), donde existiría, por parte de las enfermeras –como es el caso de la

cita analizada-, una mayor disposición a comprender las necesidades específicas y los contextos de las mujeres en un marco de interrelación y conexión.

A continuación se señala la experiencia de un médico gineco obstetra de una clínica no religiosa, quien plantea que se ha enfrentado a varias peticiones de aborto. Sin embargo, destaca que la mayoría de las mujeres que finalmente deciden llevar a término la gestación, se encuentran felices con sus hijos/as en el sentido de no existir arrepentimiento.

Esto lo podemos conectar bastante con la impronta cultural de una feminidad hegemónica basada en el marianismo latinoamericano que plantea la maternidad y el sacrificio como destino final al cual llegar. En este marco, se genera una identidad femenina que se condice con lo socialmente aceptable generándose, socialmente una sanción social y moral frente a las mujeres que no quieren ser madres, cuestión que se vería reflejada en lo que plantea este médico.

Para comprender mejor el concepto de marianismo, de acuerdo a Fuller (1995), haciendo una lectura de Stevens (1977) “acuña el término Marianismo para designar el culto a la superioridad espiritual femenina que predica que las mujeres son moralmente superiores y más fuertes que los hombres. El culto a la virgen María proporciona un patrón de creencias y prácticas (cuyas manifestaciones conductuales son la fortaleza espiritual de la mujer, paciencia con el hombre pecador, y respeto por la sagrada figura de la madre)” (1995: 2).

Sin embargo, podemos destacar que desde la década de los 80 en adelante, en la mayoría de las sociedades occidentales, el patrón de la maternidad, o mejor dicho de la “buena madre” ha cambiado. De este modo “si bien en el pasado una “buena madre” debía personificar a la Virgen, es decir, a una persona asexual, pura y sagrada, desde los 80 el modelo mitológico ha intensificado su representación de las madres –sobre todo de las madres de clase media, blancas y jóvenes- como seres sexuales y objetos eróticos (...) pero por una parte las hace cada vez más deseables como objeto de fantasía sexuales, mientras que por otra fomenta en ellas otras fantasías o mitos, regalándoles la idea de que las madres “lo tienen todo”” (Donath, 2016).

“(Entrevistadora: ¿Te ha tocado en el ejercicio de tu profesión enfrentarte a una situación de aborto?) Sí, muchas veces y las pacientes lo que siempre les explico y nunca ha sido distinto, cuando hacen el diagnóstico es un abismo, o sea uno ve un abismo, un hoyo negro, y aquellas pacientes que deciden seguir con su embarazo cuando nace están felices, no hay ninguna que no esté feliz, a lo mejor no tenía que ver con la violación que puede tener otro efecto importante en la mujer pero todas las mujeres están felices con sus hijos, nunca me ha tocado al revés, que digan

¿sabes qué más? Yo no debería haber tenido este hijo. También me tocó en la especialidad una mujer que no quiso quedárselo y lo dio en adopción” (Médico Gineco Obstetra Jefe de Ginecología y obstetricia, Clínica no religiosa).

El profesional aludido hace referencia al primer momento, en el cual se les da la noticia a las mujeres sobre sus embarazos. En este contexto el profesional destaca el momento con gran complejidad, un “hoyo negro”. En otras palabras, una situación sin salida donde las mujeres no ven alternativa.

Posterior a esto el profesional hace una intervención, no queda claro qué les dice, pero al parecer va en la dirección de tratar de persuadirlas respecto a llevar a fin el embarazo. De esta manera el médico destaca sobre cómo, tras el nacimiento del/la bebé, las mujeres cambian su actitud.

Destaca que “no hay ninguna que no esté feliz”, aunque al final de la cita se menciona un caso de una mujer que dio en adopción a su bebé, lo que cuestiona su aseveración inicial en torno a la felicidad.

En este contexto nos resulta de interés mostrar cómo, en el discurso del especialista, en ningún momento se hace referencia al proyecto de vida de las mujeres, es decir, el nacimiento del/la bebé inunda toda posibilidad de generación de un proyecto propio, situando la vida por la vida, al mismo tiempo de mostrar una esencialización femenina en torno a la maternidad.

Al respecto Tubert destaca que “las representaciones que configuran el imaginario social de la maternidad tienen un enorme poder reductor – todos los posibles deseos de las mujeres son sustituidos por uno: el de tener un hijo – y uniformador- en tanto la maternidad crearía una identidad homogénea de todas las mujeres” (1996: 9). En ese contexto podemos comprender las palabras del médico obstetra en el sentido que, bajo su interpretación de las experiencias sanitarias, da cuenta de una homogenización de la experiencia, un “todas están felices con sus hijos/as”, trasladando dicha experiencia a una homogenización del deseo, que implica una reducción para Tubert (1996). Dicha reducción creemos que guarda relación con la invisibilización de los contextos sociales de aquellas mujeres, así como también de sus posibles proyectos de vida.

En este contexto nos preguntamos sobre qué papel juega el cuidado en estas construcciones homogéneas de lo femenino. Al respecto nos parece que más allá de coincidir con la



categorización de Mora y Pujal (2018), la noción de cuidado que subyace a estos discursos guarda relación con la construcción mujer/madre, asociado a un aspecto afectivo del mismo.

En este sentido si bien Bubeck (1995) plantea que el cuidado no necesariamente conlleva afectividad, en estas construcciones de la “buena madre” lo deseable es la construcción de afecto. En este escenario, cuando se hace referencia a la felicidad que provoca hegemonicamente la noticia de la maternidad, no se habla del poco sueño, de las labores domésticas intensivas, de los cambios de pañales, etc. sino más bien se exagera una felicidad construida en función de un vínculo afectivo madre- hijo/a que sería totalizador.

### **9.1.3. Culpa y arrepentimiento tras abortar por la impronta materna**

En el discurso de una asistente social del comité de ética de una clínica religiosa se puede apreciar cómo se vincula el aborto con la muerte y como consecuencia, se produce una “muerte de nosotros mismos”, es decir, existe un daño en nuestra existencia producto del aborto.

“Y nosotros como seres estamos creados para la vida, no para la muerte. Y cuando nosotros nos arrogamos el derecho de matar a otro, nos matamos a nosotros mismos” (Asist. Social, Comité de ética, Clínica religiosa).

Nos plantea que existe a posteriori un arrepentimiento por parte de las mujeres que abortan, el cual está conectado a la ignorancia que vivían al momento de abortar, en el sentido de no saber qué hacían.

De este modo esta asistente social plantea el tema de la culpa que viven las mujeres que se han enfrentado al aborto, que llegan a revivir varios años luego del evento. La experiencia es planteada como un destino final por la profesional, en el sentido de sentenciar, de alguna manera, que la culpa y el arrepentimiento se harán presentes en la medida que reconocemos el mandato social de nosotras, las mujeres, de ser madres.

Sin embargo, como mencionábamos anteriormente, Donath (2016) nos presenta la otra cara de la moneda, en la medida que estudia el arrepentimiento de mujeres que tienen hijos/as, y cómo éste se constituye en un tabú pero, al mismo tiempo, establece una experiencia real. De este modo, la propuesta de la autora pone en jaque la idealización de la maternidad en la medida que reconoce un arrepentimiento en este marco.

Así, podríamos establecer que las experiencias son diversas y que posiblemente existan mujeres que abortan y se arrepienten pero, sin lugar a dudas, también existen mujeres que no viven dicha experiencia en la medida que la pueden significar como reivindicativa, portadora de derechos y de autonomía, al mismo tiempo de evitar el arrepentimiento posterior.

“Entonces, cuando yo veo, a ver... una mujer que aborta, aborta por ignorancia, porque muchas veces no ha dimensionado lo que es. Y el problema, yo te digo, mujeres de noventa años, angustiadísimas al morir, no perdonarse nunca por un aborto que hicieron a los treinta, que fue porque no sabían si iban a tener plata para criarlo, por lo que sea” (Asist. Social, Comité de ética, Clínica religiosa).

De este modo, siguiendo el discurso de la asistente social, se establece cómo la culpa emerge luego de varios años de haber sucedido el aborto. Ella plantea que los abortos se dan en el marco del desconocimiento y la ignorancia en la medida que la mujer no dimensionaría las causas que este accionar conllevaría.

En un estudio realizado por López y Carril, “se identificaron un conjunto de significaciones asociadas al aborto: a) asesinato y acto de desamor/un acto antinatural; b) mal necesario producto del descuido y la irresponsabilidad y c) como acto de libertad y un derecho. La representación del aborto como un asesinato, proviene fundamentalmente de quienes se identifican con y/o practican alguna religión. Las mujeres que así lo vivieron son aquellas que reportaron un mayor sufrimiento psíquico durante el proceso de decisión y posteriormente al aborto. Son las mujeres que se autorreprocharon por la decisión tomada, que se sintieron culpables y “malas mujeres”. Los sentimientos de culpa no tienen una única génesis, sino que son producto de diferentes y complejos procesos subjetivos. En algunos casos, expresión de un conflicto entre el(los) deseo(s) y el mandato prohibitivo, en otros la convicción de estar transgrediendo un ideal o una norma” (2010: 18).

Así, vemos que existe una construcción social en torno a la culpa, la que proviene de una idea de destino de una feminidad hegemónica de las mujeres, por medio de la maternidad, y que por ende plantea el aborto como un asesinato, produciendo que éstas, que tienen dicha construcción social de manera subjetivizada, vivan el proceso con culpa y arrepentimiento debido al no cumplimiento de un mandato.

Según Tubert (2010) el concepto de feminidad no es universal ni fijo, lo que produce un cierto malestar (tomando la idea de malestar de Freud) y ansiedad, pues no existe una manera unívoca de ser mujer. Frente a esto se han producido construcciones teóricas o mitos que generan modelos ideales que impactan en la construcción psíquica de las personas.

De este modo, la autora nos plantea que estas construcciones son socializadas por medio de las familias y otras fuentes de socialización, al mismo tiempo que se integran en las personas en la construcción de sus propios Yo. Así, la autoestima dependerá de que tan cerca (satisfacción narcisista) o lejos (sufrimiento narcisista) se encuentre la construcción subjetiva.

Cabe destacar que Tubert (2010) nos plantea que estas construcciones identitarias femeninas tienen una incidencia importante en la subordinación de las mujeres, en términos legales, sociales, económicos y familiares. Al mismo tiempo nosotras, las mujeres, al intentar responder a dichos ideales de feminidad tenemos que, necesariamente, recortar algo de nosotras mismas, en cuanto a necesidades, deseos, aspiraciones, potencialidades.

De esta manera, siguiendo a la autora, quien cita a Freud, la alienación, renuncia y represión de estos ideales se paga con neurosis u otro tipo de patologías. En este marco las mujeres se encuentran, en este tipo de construcción subjetiva, en estados de mayor vulnerabilidad (Butler, 2004, 2006, 2017), donde no existe un reconocimiento de sus deseos y en el que el sentimiento de pérdida está conectado también con una pérdida de derechos y la ambivalencia de la condición de humanas.

Uno de los ideales o mandatos sociales respecto a la feminidad, como ya lo hemos dicho, tiene que ver con la construcción de la maternidad como destino final al que debemos llegar todas las mujeres. En este sentido Tubert destaca la problemática relación entre sexualidad y mujer, donde, por medio de la construcción de la idea de maternidad se niega la sexualidad de las mujeres.

De este modo Tubert destaca que “una sola operación, la ecuación mujer=madre, reduce la sexualidad femenina representada como capacidad de un goce absoluto y, al tiempo, desvaloriza la maternidad al definirla como natural, mientras la paternidad se concibe como simbólica” (2010: 169). Sin embargo nos parece necesario destacar que, como mencionábamos anteriormente, revisando los planteamientos de Donath (2016), esta figura de madre asexuada que no siente

placer se ha ido transformando con el tiempo, en la medida que se ha significado el cuerpo de las mujeres madres también como objeto de deseo para los hombres, en un marco heteronormativo.

Independiente de lo anterior nos parece importante destacar que existe una esencialización del deseo de maternidad, el cual no se pone en jaque y muchas veces, cuando es cuestionado, se producen tabúes o acciones de cierre frente a deseos divergentes al hegemónico. En este sentido Tubert (2010) destaca que la maternidad propone una homogenización del deseo, es decir, “todas las mujeres” desearían ser madres, como regla o norma, mientras que quienes no, serían casos especiales y rechazados por el mandato social.

También se plantea que las mujeres que pasan por un aborto se enfrentan a la ruptura de uno de los vínculos más primarios de las personas, que tiene que ver con el vínculo “madre hijo/a”. En dicho contexto se perpetúa esta ruptura en la medida que se plantea que por dicho motivo las mujeres no logran, posteriormente, establecer vínculos fuertes y que esto tiene impacto incluso en las relaciones que tendrían las mujeres con sus futuros/as hijos/as.

“El vínculo más primario que nosotros tenemos, el más gratuito, el más natural es el vínculo madre e hijo. Cuando se rompe ese vínculo arbitrariamente, que es la relación de amor más, más gratuita, ¿tú crees que una mujer va a estar capacitada para tener buenas y sanas relaciones de amor con otro par? Si fue capaz de, no estoy juzgando, estoy hablando así, frío, capaz de matar un hijo, las relaciones afectivas como que, como que cortó su capacidad de amar en la maternidad, las relaciones de pareja que tengan después o permanezcan van a estar dañadas, van a ser de sometimiento o de masoquismo, pero un amor sano crece el doble, porque rompe su vinculación gratuita. Entonces no solo se destruye el niño sino se destruyen sus relaciones amorosas. De hecho hay estudios que dicen que mujeres que han abortado y tiene hijos vivos, empiezan a maltratar a los vivos” (Asist. Social, Comité de ética, Clínica religiosa).

En el discurso de la asistente social aludida, se hace referencia a un vínculo natural, esencial, que permea la relación entre las mujeres y el producto de la gestación, configurando una vinculación madre- Hijo/a. En este contexto, se plantea que “matar” a dicho/a hijo/a por medio del aborto, produce a futuro una ruptura en las relaciones de la mujer con sus posibles nuevos/as hijos/as, debido al quiebre originario del vínculo afectivo.

De esta manera, nuevamente se esencializa el vínculo madre e hijo, en la medida que se reconoce que el destino final de ser mujer es ser madre, cuestión que implica alegría y gozo, y por ende, no cumplir con dicho mandato, constituye no sólo una fuente de sufrimiento, sino también, genera una imposibilidad de establecer, posteriormente, relaciones y vínculos afectivos. Es decir, de acuerdo al discurso de esta profesional de la salud, el aborto también generaría la prohibición de

generar afecto por parte de las mujeres a futuros/as hijos/as o relaciones, estableciéndose, de este modo, relaciones de maltrato.

Reva Siegel (2009) en Palma y Moreno (2015) plantea que los argumentos que tienen que ver con el daño sobre las mismas mujeres, se conecta con nociones vinculadas a la construcción social de una supuesta naturaleza femenina. Es decir, si nos paramos desde una postura que esencializa el rol y la identidad de las mujeres en la sociedad, estableciendo que su destino natural es la maternidad, seguramente, romper con dicho destino generará sufrimiento y frustración.

#### **9.1.4. Visión del “niño/a enfermo/a” y la necesidad de cuidado**

En el discurso de un profesional, médico general, presidente de un Comité de Ética de una clínica religiosa, destaca la significación del bebé con inviabilidad fetal con carácter letal como un “niño enfermo”. De esta manera el profesional plantea que en el caso de un niño enfermo, que se sabe que morirá, nadie pretendería adelantar el proceso de muerte. De este modo el profesional significa la interrupción del embarazo en esta causal como un asesinato, dar muerte a un “bebé (embrión o feto, ya sea el caso)” que está muy enfermo y que requiere cuidados.

“Claro. Yo no estaría de acuerdo en matar al niño anticipadamente aunque uno supiera que se va a morir, de la misma manera que uno no mata a un niño con leucemia, por ejemplo, que ya no respondió al tratamiento para adelantarle su muerte aunque sepa que se va a morir, o un niño con un cáncer avanzado. Nadie pensaría en matarlo porque no va a vivir en tres meses más, como adelantar la muerte. No nos corresponde adelantar la muerte a la gente. La muerte tiene un momento que va a llegar. Ese es el concepto general. Ahora, pero además hay una razón podríamos decir antropológica muy profunda para la madre, para el padre y para el niño mismo. Eh, aun cuando el niño no vaya a vivir, es un niño enfermo, es el hijo de esos padres o de esa madre, digamos. Es su hijo que viene gravemente enfermo, entonces, nosotros acá tenemos un proyecto en la institución que se llama Cuidados Paliativos Prenatales que lo que quiere lograr es que se dé el proceso de acoger a ese niño como un niño enfermo aunque sea por unas pocas horas o días y que los papás lo puedan acoger, lo puedan poner un nombre y los que tienen alguna religión católica o de cualquier otra religión, por ejemplo, lo puedan bautizar o puedan incorporarlo según los ritos de su religión, a su religión, puedan después enterrarlo como cualquier niño que se les hubiera muerto a los dos, tres, cuatro años. Esa forma de llevar el proceso es muy distinta en la vida de esa madre, en la vida del papá, que decir ‘bueno, yo supe que mi hijo venía mal y decidimos eliminarlo, por si no lo vi, no le puede poner un nombre’ no sé, hay algo que es muy distinto y que probablemente velando por la, el equilibrio psicológico, por el haberlo hecho de determinada manera y no de otra. Es una, es una propuesta que nosotros tenemos que creemos que es mucho más humana, mucho más respetuosa, no solo del niño que viene muy mal sino que también de la relación que se debiera establecer entre todo hijo enfermo y sus padres” (Médico general Pdte. Comité de ética, Clínica religiosa).

Podemos apreciar que se establece previamente el rol de la madre y del padre. Es decir, se significa al hombre como padre y a la mujer como madre en el momento que tienen un producto de la gestación inviable, a quien se le nombre como niño/a= hijo/a.

En este sentido se construye un argumento sobre tales roles y las implicancias en el vínculo emocional que se da en este contexto. Así, al niño/a =hijo/a se le reconoce como gravemente enfermo/a, y por lo mismo la madre y el padre deben responder ante esta enfermedad, en el sentido de generar las mejores condiciones para que aquel “hijo/a” viva o muera.

Asimismo el profesional destaca que en su institución existen cuidados específicos prenatales, en el sentido paliativo, y que por lo mismo se entrega una visión más humana del asunto, dejando a la madre y al padre vivir el proceso. Incluso, el profesional plantea que dicha experiencia es diametralmente distinta a los casos donde se “elimina” el feto, debido a que no existió oportunidad de ponerle nombre, sin dejar que su existencia se expresara.

Desde los cuidados paliativos de una clínica religiosa, un profesional médico internista realiza la analogía entre el feto con inviabilidad fetal de carácter letal con los/as usuarios/as de cuidados paliativos, en el sentido de que en ambos casos son pacientes que están con una esperanza de vida limitada, no siendo posible determinar el momento de su muerte. Al respecto el profesional señala que es necesario entregar una oportunidad a la familia, en el sentido de que puedan vivir el proceso en interacción con el futuro bebé que morirá.

“Exacto en malformación incompatible con la vida que bueno, como te comentaba en realidad también siento que es ver a ese niño que igual nace y pueden tener algún momento de vida, sabemos que van a fallecer igual, no sabemos en cuánto tiempo pero probablemente es algo corto, de repente lo que me pasa con mis pacientes paliativos que sabemos que van a fallecer pero no sabemos el tiempo exacto pero sabemos que será corto, es darle una oportunidad a esa familia siento yo, de hacer un buen cierre, de acompañarlos, de vestirlo, de verlo, de tocarlo y de hacer un cierre, yo siento que esto de querer como ya acabemos rápido con esto es una visión tan utilitarista, tan minimalista, que creo yo en realidad, no me ha tocado vivir una situación así, pero creo yo que no permite hacer un cierre, si me tocara una situación así, familiarmente hablando o sea tal vez tener un hijo que pudiera fallecer yo siento que a mí me gustaría conocerlo, despedirme de él, tocarlo, de vestirlo, como para hacer un cierre, pero esto así como tan, ver a un ser vivo que igual es un niño, que algo tan utilitarista” (Médico internista, Cuidados paliativos, Clínica Religiosa).

Al mismo tiempo, el profesional destaca una visión utilitarista y minimalista entre quienes apoyan la causal de inviabilidad fetal con carácter letal, en la medida que dicha posición imposibilita vivir el proceso por completo. Así, llama la atención la omisión sobre el dolor y el sufrimiento, en el

sentido que el profesional no da cuenta de elementos contextuales que pueden existir en la experiencia vivida por las mujeres en estas situaciones.

De esta manera, nos preguntamos sobre qué se entiende por cuidados. Es decir, al momento de identificar al feto o al embrión como un/a “niño/a enfermo/a” de alguna manera se le otorgan propiedades que tienen que ver con la constitución de persona y con la necesidad de interacción social. De acuerdo a la distinción que hace Mora y Pujal (2018) y Bubeck (1995) en torno a los cuidados, estos refieren a dar respuesta a necesidades que la otra persona no se puede dispensarse por sí misma.

En este caso, cuando pensamos en un feto o en un embrión y nos preguntamos ¿es posible, por ejemplo, identificar necesidades en la medida que reconocemos que éstas no se visualizan en la interacción social? Probablemente la respuesta es no. Es decir, no es posible interactuar con un feto o un embrión para así comprender las necesidades específicas que tiene.

Ahora bien, lo que es posible es identificar necesidades que guardan relación con elementos del desarrollo biológico en la medida que reconocemos que dicha vida es vida biológica pero no necesariamente social. Sin lugar a duda estos elementos nos llevan a cuestionarnos sobre qué entendemos por la satisfacción de necesidades, en qué planos las estamos proponiendo y a qué apuntan.

## **9.2. Relevancia y tensiones en torno a los cuidados paliativos -CP-**

Al momento de entregar el diagnóstico de la enfermedad existen distintas maneras de asumirlo por parte de los/as usuarios/as de salud. De esta forma, una kinesióloga de cuidados paliativos de una clínica religiosa, destaca que existen personas que reaccionan contrariadas, con rabia o con mucha emocionalidad frente a la noticia, lo que se conecta también con la angustia de no saber el momento en que llegará la muerte.

“Hay gente que me ha dicho, “por qué está huea no se puede acabar rápido”, sobre todos los más conscientes, te dicen así de la guata, esta cuestión debería acabarse luego, es como los presos diciendo un día más, un día más, y no sabes cuántos días más son, pero sigo siendo creyente de que cuando las personas conocen los CP, conocen cómo se maneja por lo menos mi unidad de CP eso se acaba, eso uno lo encuentra como en las primeras sesiones y cuando vemos que los pacientes están muy lábiles o están viviendo como este proceso muy enojados o con un periodo prolongado de emociones, le pedimos ayuda a la psico oncológica, tenemos psico oncológica una que

hace visita a domicilio, no tenemos mucho apoyo ahí, pero en el hospital sí y es para el paciente y la familia” (Kinesióloga, Cuidados paliativos, Clínica religiosa).

Frente a dicha situación la profesional menciona que los cuidados paliativos son esenciales, en la medida que permiten que la persona continúe su vivencia de una manera tranquila. Asimismo, la profesional señala la importancia de que exista algún/a psico-oncóloga en el equipo, quien atienda a los/as usuarios/as que se encuentran en estas situaciones.

Los cuidados paliativos –CP-, según la Organización Mundial de la Salud (OMS) “constituyen un planteamiento que mejora la calidad de vida de los/as usuarios/as (adultos y niños) y sus allegados cuando afrontan problemas inherentes a una enfermedad potencialmente mortal. Previenen y alivian el sufrimiento a través de la identificación temprana, la evaluación y el tratamiento correctos del dolor y otros problemas, sean estos de orden físico, psicosocial o espiritual” (OMS, 2018).

De este modo podemos plantear que el concepto de cuidados es vincular en materia de aborto y de eutanasia, aunque en el primer caso lo conectamos con la impronta materna principalmente y con los cuidados prenatales –como lo revisábamos anteriormente-, mientras que en el segundo caso, el de eutanasia o el deseo de adelantar la muerte, se ve más vinculado a la satisfacción de necesidades específicas relacionadas con el dolor y el sufrimiento.

En este caso, podemos constatar que los cuidados paliativos buscan dar respuesta a necesidades que las personas que no pueden satisfacer por sí mismas, por ejemplo en el caso de la aplicación de un fármaco para calmar un dolor específico.

Asimismo, de acuerdo a estimaciones de la OMS, anualmente “40 millones de personas necesitan cuidados paliativos; el 78% de ellas viven en países de ingreso bajo e ingreso mediano”, mientras que “a nivel mundial, tan solo un 14% de las personas que necesitan asistencia paliativa la reciben” (OMS, 2018). En este sentido hay que destacar que la cobertura a cuidados paliativos en Chile se limita a usuarios/as oncológicos/as, dejando fuera de la cobertura a usuarios/as con otro tipos de patologías (Ahumada et al., 2012).

Cabe señalar que la OMS reconoce diversas patologías que debiesen ser cubiertas por los cuidados paliativos, como “enfermedades crónicas tales como enfermedades cardiovasculares (38,5%), cáncer (34 %), enfermedades respiratorias crónicas (10,3%), sida (5,7%) y diabetes



(4,6%). Muchas otras afecciones pueden requerir asistencia paliativa; por ejemplo, insuficiencia renal, enfermedades hepáticas crónicas, esclerosis múltiple, enfermedad de Parkinson, artritis reumatoide, enfermedades neurológicas, demencia, anomalías congénitas y tuberculosis resistente a los medicamentos” (OMS, 2018).

Es necesario destacar que los orígenes de los cuidados paliativos se remontan al inicio del Movimiento de Hospicios Modernos que comienza por la fundación del St Christopher’s Hospice en Londres, en 1967. Al respecto Del Río y Palma señalan que “los resultados obtenidos en esta institución lograron demostrar que un buen control de síntomas, una adecuada comunicación y el acompañamiento emocional, social y espiritual logran mejorar significativamente la calidad de vida de los enfermos terminales y de sus familias. Este fue el primer Hospicio en el que, además de dar atención a usuarios/as terminales, se realizó investigación, docencia y apoyo dirigido a las familias, tanto durante la enfermedad como en el proceso de duelo” (2007: 16). Cabe mencionar que su fundadora fue Cicely Saunders quien es considerada pionera en este ámbito.

Una profesional al momento de hablar de eutanasia, comienza señalando que ella no se encuentra de acuerdo con este procedimiento. En realidad no entrega más argumentos sobre su rechazo frente a la medida, sin embargo plantea el tema de los cuidados paliativos y sobre cómo opera en usuarios/as que se encuentran con atención domiciliaria.

“Yo no soy partidaria de la eutanasia por lo que me cuesta pensar en eso, en un lugar donde se pudiera aplicar la eutanasia, tal como dicen que el aborto se hace en clínicas privadas, me cuesta pensarlo, sí puedo pensar de objetivos mal implementados de personas que no tienen conocimiento o bien en el fondo anticipar una muerte por medicamentos mal utilizados, creo que podría pasar, sobre todo si en el servicio público el programa de CP se dedicara a pacientes postrados, son dos enfoques súper diferentes (Entrevistadora: ¿Por qué son tan distintos?) CP cuando tiene pacientes domiciliarios eh los médicos no hacen visitas a domicilio, sólo en el programa de postrado, y lo hacen médicos sin especialidad que difícilmente tienen conocimientos (Entrevistadora: ¿Van a la casa?) Van a la casa desde el consultorio (Entrevistadora: ¿Y es un programa distinto al tuyo?, ¿ven pacientes postrados?) Esa es como la postura del servicio público, no hay un programa de pacientes paliativos entonces lo que se les hace es educarlos como se pinchan, les dejan una vía puesta, pero les dejan ponte tú 100 dosis de morfina y les dicen esto se ocupa así (Entrevistadora: Pero más rudimentario) Claro, pero si me preguntas a mí puede pasar que un familiar en su condición viendo al paciente ahogado le dé una dosis mayor de morfina o un médico que no sabe cuánta dosis tiene que usar diaria o parches de morfina para aliviar el dolor, ocupan solo morfina subcutánea en dosis superiores a las ideales, podría pasar, que no quiere decir que lo hagan intencional (Kinesióloga, Cuidados paliativos, Clínica religiosa).

De esta manera, la profesional además de destacar que no está de acuerdo con la eutanasia, señala que esto se podría dar sólo en espacios donde existen determinados problemas o dificultades que interfieren en que se hagan bien los procedimientos.

Éste es el caso del programa postrados de CP de un hospital, cabe señalar que la profesional que releva este elemento pertenece a una clínica privada religiosa. De este modo la profesional manifiesta que en dichos espacios no existen médicos/as especialistas y se les deja determinadas dosis de medicación para que los/as mismos/as usuarios/as las administren. Estos elementos son vistos de manera negativa dado que pueden generar dificultades, o bien situaciones de muerte adelantada.

Asimismo, podemos contraponer el discurso frente a lo que sucede en otros países tales como Bélgica donde, por ejemplo, la consideración de la eutanasia es al alero de los CP, es decir, la eutanasia viene a constituir una herramienta más de la práctica paliativa. En palabras de Simón y Barrios “quizás lo más importante es señalar que entre el mundo de los paliativistas belgas y el de los impulsores de la legalización de la eutanasia no ha existido nunca la confrontación que cabría esperar, vistas las posiciones que en los años 90 tenía la Asociación Europea de Cuidados Paliativos. Más bien ha existido interrelación y cooperación” (2012: 14). Cabe señalar que países tales como Bélgica y Holanda, son permanentemente señalados en el discurso de los/as profesionales de la salud, en la medida que los podemos considerar como casos de referencia en materia de eutanasia.

En palabras de un médico internista de cuidados paliativos de una clínica religiosa podemos visualizar la noción escindida entre eutanasia y CP en la medida que el profesional reconoce ambos elementos por separado, señalando que la posibilidad de eutanasia coarta la acción médica en el tratamiento sintomatológico, en particular en el tratamiento del dolor y el logro de la calidad de vida del/la usuario/a.

“Encuentro que se contrapone un poco, no un poco, como que es una línea muy distinta a lo que es la visión de los CP con esto de dar la mejor calidad de vida hasta el momento que fallezca porque incluso yo no puedo asegurarme de que el paciente haya tenido una buena calidad de vida si lo estoy matando antes, puede ser que el paciente esté pidiendo eutanasia y que lo esté haciendo porque tiene mucho dolor, por ejemplo, yo no quiero seguir viviendo, quiero morir porque tengo mucho dolor, pero no le hemos dado la oportunidad de aliviarle ese dolor, quizás efectivamente el paciente fallece y ya está tranquilo, le aliviamos su sufrimiento, pero lo pasó súper mal hasta el momento de fallecer porque no se dio la oportunidad de poder ayudar en el control de síntomas. Pero si tal vez, esa misma situación uno dijera tenemos herramientas para poder apalea los síntomas y efectivamente controlamos los síntomas y el paciente fallece igual porque tiene que fallecer pero le ayudamos a que tuviera una buena calidad de vida hasta el momento que fallece, también yo siento que la eutanasia coarta la posibilidad de que los pacientes tengan una buena calidad de vida hasta que fallezcan” (Médico internista CP Clínica Religiosa).

De este modo podemos constatar la relevancia que se le da a la idea de calidad de vida, en el sentido de mantener un control sintomatológico asociado fundamentalmente al control de dolor. En este contexto el profesional destaca que adelantar la muerte puede impedir generar esa calidad de vida en los momentos previos a la muerte, por lo mismo se encuentra en contra de la eutanasia, valiéndose de los recursos principalmente establecidos en la medicina para aplacar el dolor.

Sin embargo nos preguntamos sobre qué sucede con aquellas personas que, pese a tener dicha alternativa, requieren adelantar sus muertes, ¿no es acaso sobreponer los mandatos del juramento hipocrático desde una visión única del bienestar que no considera necesariamente la disposición y la autonomía del/la usuaria/o de salud?

Por otra parte, cuando hablamos de calidad de vida ¿sólo nos estamos remitiendo al control sintomatológico o vamos más allá, en el sentido de comprender también que dicha calidad de vida está relacionada con las concepciones de vida digna que tiene la persona enferma? Sin duda alguna, son cuestionamientos transversales a las problemáticas de cuidados en la medida que también juegan un papel fundamental los deseos y la autonomía de las personas que se encuentran en estas situaciones.

En este contexto ¿qué pasa si la persona rechaza los cuidados? ¿Está rechazando también la idea de calidad de vida o bien está buscando, bajo sus parámetros, lo que significa por calidad de vida?

### **9.3. Acompañamiento en los proceso de fin de vida**

Los procesos de acompañamiento, tanto institucionales como interpersonales son necesarios para dar respuesta a las vulnerabilidades por las que atraviesan las personas en el ámbito sanitario, en particular en las problemáticas de aborto y frente a la petición de adelantar la muerte. Sin embargo hay que considerar que dichos acompañamientos tienen distintos tipos de objetivos lo que podemos relacionar con divergentes intenciones y posiciones ideológicas.

En este sentido es de relevancia preguntarse el para qué de dichos acompañamientos, qué papel juegan en el abordaje de la vulnerabilidad y qué relación tienen con concepciones de cuidados y servicios.

### **9.3.1. La relevancia del acompañamiento psicológico en el marco del aborto por inviabilidad fetal de carácter letal**

Respecto a los desafíos que plantea el acompañamiento de mujeres que se han practicado abortos, un médico gineco obstetra de una clínica no religiosa plantea que existen dos ámbitos, el del tratamiento propiamente tal y el psicológico. Frente al último, su discurso cobra mayor distancia planteando que como médico no se puede hacer cargo de este ámbito, y que por ende es necesario que exista un equipo con psicólogos y psiquiatras para dicho acompañamiento.

“Lo que pasa es que cuando tú haces el tratamiento, estás como trabajando en tu labor profesional y la parte que a uno le falta o que tiene que agregar es el apoyo y la acogida psicológica que a veces uno por ser un poco más frío y tratar el evento te pones casi una venda y trabaja desde el punto de vista orgánico y no desde el punto de vista psicológico, entonces desde ese punto de vista yo creo que hay una brecha que tenemos si de repente en los temas relacionados con el aborto se trabajara más en las brechas de apoyo psicológico quizás la mirada podría ser distinta, nosotros aquí en la clínica hemos creado un grupo de psicólogas con psiquiatras que van a apoyar especialmente por nuestra legislación a todas las pacientes que tienen duelos de pérdida espontáneo de fetos incompatibles con la vida, porque es indudable que tienen su duelo, y si uno solo se ocupa de lo orgánico se te queda una tremenda área coja, por lo tanto uno, yo siempre le digo a las pacientes que la parte física es la más simple, pero la parte psicológica es la más compleja” (Médico Gineco Obstetra Jefe de Ginecología y obstetricia, Clínica no religiosa).

De esta manera, el médico hace la distinción entre el trabajo orgánico y el psicológico que se da en el marco de la atención sanitaria. Centra su discurso principalmente en los casos de mujeres que han tenido un aborto producto de una inviabilidad fetal de carácter letal, destacando que resulta necesario realizar un acompañamiento psicológico con un equipo especializado.

En este punto nos preguntamos si dicho acompañamiento constituye una labor de cuidados o servicios. Siguiendo la caracterización de dichos conceptos que hacen Mora y Pujal (2018) posiblemente nos inclinaríamos a decir que esta labor es de servicios, no porque sea remunerada o parte de un trabajo con salario, sino más bien porque dichas mujeres, que se encuentran en situaciones, probablemente podrían elaborar un duelo de manera personal, sin requerir apoyo.

Aunque también tenemos que considerar que los contextos son diversos, generando interacciones donde se establecen distintas necesidades, y probablemente existan mujeres que requieran, ya que no pueden hacerlo por sí mismas, un acompañamiento que les permita vivir el proceso de duelo frente a sus pérdidas.

De esta manera consideramos que frente a esta situación no podemos homogenizar la experiencia debido a que las vivencias y las necesidades pueden ser divergentes, al mismo tiempo que es posible que las mujeres en cuestión tengan distintos recursos emocionales para abordar la pérdida.

También, en este espacio nos preguntamos sobre qué sucede con las mujeres que tienen aborto de otras características, por ejemplo qué sucede con aquellas mujeres que llevaron adelante un aborto ilegal voluntario, ¿acaso dichas mujeres no requieren también un proceso de acompañamiento psicológico, independiente de que el foco sea el duelo u otro elemento a elaborar en el marco de la terapia?

Sin lugar a dudas consideramos que las intervenciones sanitarias, en estos escenarios, deben considerar tanto los procedimientos orgánicos como el apoyo y acompañamiento psicológico, que no sea persuasivo, sino más bien apunte a que las personas puedan elaborar sus procesos particulares.

### **9.3.2. Acompañamiento para el arrepentimiento y la resignificación del aborto**

En el marco del acompañamiento también, los/as profesionales de la salud mencionaron determinadas instituciones que constituyen un espacio de acogida para aquellas mujeres que han pasado por el proceso de aborto.

De este modo, una asistente social destaca un proyecto que busca generar un proceso de resignificación de la experiencia, por ejemplo poniéndole nombre al producto del aborto y/o realizando un bautismo, entre otros elementos, que permiten, según la entrevistada, generar un proceso de reconciliación con la experiencia.

“Se dedica justamente al tratamiento del acompañamiento y hacen, muy lindo (...) En el niño que abortaron hace quince años atrás, hacen todo un acompañamiento, una reconciliación de la relación, un cierre de, de, poniéndole nombre. Ni siquiera tienen la intuición de que eran mujeres o eran hombres, se le pone un nombre. Hay un cierto bautismo de deseo, una reconciliación con ellas mismas y con el niño que le quitaron la vida y una sanación así, postaborto” (Asist. Social, Comité de ética, Clínica religiosa).

Al analizar el discurso de la profesional (quien además es consagrada) podemos ver que existe una sanción punitiva hacia la mujer, en el sentido de que se trabaja con el arrepentimiento, reconociendo que se ha cometido un crimen, es decir, se “ha matado a un hijo/a”.

Bajo esta perspectiva estas instituciones realizan un acompañamiento que trabaja sobre la base de la culpa de las mujeres. Una culpa judeo cristiana por la cual deben arrepentirse de sus actos, lo que implica al mismo tiempo, dejar de ser ciudadanas activas que reclaman derechos sino más bien mujeres pasivas que asumen una culpa por un crimen que han cometido y que por ende, el arrepentimiento sirve para redimirse.

Como contraparte podemos ver la construcción de subjetividades femeninas disidentes, es decir, aquellas mujeres que frente al aborto no manifiestan la culpa debido a que consideran una mirada de reivindicación de derechos. Esta construcción se opone a la construcción femenina eclesiástica, domesticada en función de un rol histórico asociado a la procreación, docilidad y suavidad, que se contraponen a otros tipos de feminidades que emergen en el espacio social.

La Iglesia Católica en el país cumple un rol fundamental al momento de acompañar a las mujeres que están en situaciones complejas o que han abortado. Cabe mencionar que este hecho es relevante en la medida que se plasma una visión hegemónica sobre cómo entender el aborto, en el sentido que se plantea como un acto heroico el no abortar, en los casos de inviabilidad fetal con carácter letal, donde las mujeres, producto de una legislación, no tienen –o no tenían, hasta el año 2017- otra opción legal. Nos parece que estos tipos de acompañamientos, basados en una visión punitiva del aborto, buscan homogenizar la experiencia, es decir, por medio de la culpa generar en las mujeres un proceso de arrepentimiento y de resignificación de la experiencia a través de un discurso unificador.

### **9.3.3. Acompañamiento en la lucha por un nacimiento**

El personal sanitario muchas veces se ve enfrentado a situaciones donde es necesario tomar decisiones sobre realizar o no una interrupción de la gestación. Si bien en el momento de realizar las entrevistas, la ley de interrupción del embarazo bajo tres causales en Chile no estaba aprobada, existen situaciones complejas en términos éticos donde al personal sanitario les toca tomar una decisión y tienen un margen de acción en cuanto a la interrupción de la gestación propiamente tal.

Este es el caso, por ejemplo, de una abogada de un comité de ética de una clínica religiosa, donde tuvieron la situación de una mujer, con su pareja, que pese a tener un cáncer avanzado querían ser padre y madre. De este modo, el Comité de Ética planteó la posibilidad de ingresar a la usuaria de salud para que recibiera los cuidados paliativos pertinentes. Ella se encontraba con tres meses de gestación y logró sobrellevar el proceso hasta que su bebé nació. Alcanzó a vivir tres meses para compartir con su bebé.

“No. No hemos tenido casos de aborto. Eh, no. Ninguna de esos, pero sí de vidas que han estado en la primera causal. Y se han seguido y hemos tenido experiencias pero maravillosas. Le doy un ejemplo, y un ejemplo que me cambió la vida (...). Eh, llega una niña de veintidós años, eh, que estaba estudiando cursando...música, con su pareja que también de la misma edad, artista, ella estaba en proceso de cuidados paliativos, un cáncer avanzado pero ya con metástasis por todo el cuerpo. Llega, estaba en el sistema público, y en el sistema público, eh, eh, cómo se llama, le dicen “hasta aquí nosotros podemos ayudarla; usted está en cuidados paliativos, usted está muriendo”. Y ella con su pareja decidieron embarazarse. Se embarazan y, eh, cómo se llama, lo único que quieren es dar a luz a un hijo. Entonces llegan aquí, y dicen “hemos visto por todos lados que ustedes luchan por la vida; nosotros queremos ser padres” y llega al Comité y la primera pregunta que se hacen es, esta niña tiene tres meses de embarazo, si le da, si empezamos con una quimio, que, que sería una quimio que se ha usado en otros lados, que lo único que podría producir es lentizar la enfermedad, eh, ¿la hacemos o no la hacemos? Y si ella no responde a la segunda cura, se suspende. Eh, nació la guagua. La guagua no tiene ningún problema y ella alcanzó a disfrutar su guagua tres meses (...) nosotros le ofrecimos esta quimio, le ofrecimos cuidados especialísimos y ella disfrutó de su guagua, la guagua el papá la tiene y están viviendo con los papás de, con los abuelos y muy feliz. Y se ocupó todos los medios para que esto pasara. Yo creo que esto es un milagro” (Abogada, Comité de ética, Clínica religiosa).

En este contexto nos parece interesante resaltar sobre cómo se significa el hecho, la historia en sí, como un milagro, en el sentido de que se concibe el nacimiento del bebé, según la profesional, como un triunfo de la vida.

En ningún momento se cuestiona la decisión sobre por qué dos jóvenes deciden embarazarse en dichas circunstancias, contemplando los posibles riesgos que podían acarrear. Sin embargo se plantea la lucha por la vida, y cómo se afronta por parte de una familia, es decir, no se habla de una mujer sola, sino que se hace referencia a una pareja, a unos abuelos/as que se hacen cargo posteriormente de la vida del bebé, se hace referencia a la mujer que logra vivir tres meses para conocer a su hijo/a.

Sin lugar a dudas estas apreciaciones se pueden considerar en el marco de una institucionalidad cristiana que pone la vida como centro de su fundamento, a toda costa, independiente de los

resultados adversos. Asimismo se contraponen esta encrucijada con lo vivido en el sistema público donde se plantea que ya no tienen nada que hacer.

Asimismo resulta interesante preguntarse sobre qué sucede con la figura de la madre en este caso, dado que es una mujer que fallece en poco tiempo, lo que implica una reorganización de los cuidados del bebé los cuales posiblemente recaerán en el resto de la familia, en el mejor de los casos, o si bien existiendo una feminización de los cuidados, como hemos visto anteriormente, la responsabilidad principal será de la abuela o de otra imagen femenina.

#### **9.3.4. Acompañamiento de las familias**

Una profesional nos plantea la relevancia del componente afectivo en la medida que reconoce que los/as usuarios/as en determinadas circunstancias se encuentran solos/as sin recibir afecto de sus familiares y/o amigos/as. De esta manera la profesional menciona que el componente afectivo, de cobijo es necesario en estas circunstancias.

Al respecto Goel et al (2014) destaca que el papel del/la médico/a en el proceso de fin de vida es complejo y multifacético en la medida que se deben abordar numerosos desafíos no médicos que enfrentan los/as usuarios/as y sus seres queridos, en torno a temas físicos, emocionales, sociales, culturales y espirituales.

“Si conversas con ellos es fácil la posibilidad de revertir, una palabra de aliento a esta gente que quizás nunca recibió de sus familias o amigos, puede hacer mucho” (Médica anestesióloga, Comité de ética, Hospital).

Así, la profesional plantea la posibilidad de revertir la situación o el deseo del/la paciente, por medio de palabras colmadas de afecto. En esta dirección destaca que existen situaciones donde las personas se han encontrado faltas de afecto y de contención, y en esa medida, en los procesos de fin de vida, estos componentes se tornan esenciales.

Una kinesióloga de cuidados paliativos de una clínica religiosa, también plantea el tema de la relación con la familia y su manera de reaccionar frente a situaciones de vida limitada. De este modo la profesional destaca que existen familias que al conocer el diagnóstico, detienen su funcionamiento cotidiano para volcarse completamente al cuidado de su pariente asumiendo una



posición activa de cuidado, junto con asumir la atención a las necesidades, y muchas veces a la entrega de afecto.

Sin embargo la profesional también menciona situaciones en las que las familias no se pueden hacer cargo del cuidado del/la usuarios/a. Si bien los motivos aducidos son diversos, la profesional plantea el desconocimiento de cómo cuidar a la persona que se encuentra enferma.

“(Entrevistadora: ¿En esos casos qué hace la familia? ¿Cómo reaccionan?) De distintas formas, hay familias que se desesperan, paran su vida y se vuelcan al completo cuidado de su ser querido, y hay familias al revés, hay familias que se sobrepasan, por ejemplo yo no me puedo llevar a mi mamá a mi casa porque no sé qué hacer con ella, no sé cómo cuidarla ni darle los medicamentos y es una respuesta válida. En el fondo cuando los usuarios están hospitalizados y no tienen expectativas muy largas y el familiar no se siente en condiciones de cuidarlo, existe un lugar llamado clínica familia y ellos a veces reciben usuarios (Entrevistadora: ¿Hospis? ¿Y qué significa hospis?) Es un sistema de cuidado a través de voluntarios que no tiene costo para el usuario ni su familia, están como institucionalizados todos los cuidados que requiere, funciona a través de donaciones, entonces si la familia quiere puede hacer una donación, de cualquier tipo, no solamente tiene que ser monetaria, y cuenta con médicos, de hecho el director de la clínica familia pertenece a nuestro equipo” (Kinesióloga, Cuidados palitavos, Clínica religiosa).

En los casos en que la familia no se puede hacer cargo del cuidado de la persona enferma, la profesional destaca que existen los “hospis” que son espacios donde se reciben a quienes se encuentran enfermos/as y que funcionan por medio de donaciones.

Sin lugar a dudas estas formas de resolver los últimos momentos de vida las podemos conectar con lo que destaca Aries (1983) en torno a la muerte en la modernidad, en el sentido de que el hogar deja de ser el lugar privilegiado para la muerte, situándola principalmente en centros de salud especializados. En estos escenarios la medicina irrumpe higiénicamente no sólo en la cura de enfermedades sino también como respuesta a los últimos momentos de vida.

Asimismo hacemos la distinción entre cuidados especializados, cuidados generales y servicios, en términos de que posiblemente las familias mantienen un conocimiento, en especial las mujeres por los procesos de socialización y por la feminización de cuidado, que están dirigidos a proporcionar determinados cuidados que se relacionan con las necesidades que las personas no pueden satisfacer por sí mismas, tales como alimentación, vestimenta, entre otros.

En estos casos, remitidos al ámbito familiar, también podemos observar que el cuidado adquiere un carácter ético, debido a que existe una responsabilidad que asumir, por un/a integrante de la familia, frente a la persona enferma.

Las instituciones sanitarias, si bien cubren dichas labores, también consideran otras acciones que son más especializadas y que probablemente las familias no pueden proveer en el marco de la atención de la persona enferma. Asimismo, siguiendo a Mora y Pujal (2018), nos preguntamos si en estas instituciones existe este carácter ético del cuidado. Frente a esto consideramos que lo que existe en realidad es más bien una configuración del servicio en función del ejercicio de una labor profesional.

#### **9.4. Recapitulando**

Si bien podemos apreciar, como nos dice Butler (2004, 2006, 2017) que la vulnerabilidad es un componente ontológico de lo humano, es decir, constituye un elemento constitutivo en su conformación, consideramos que existen situaciones específicas donde dicha vulnerabilidad se expresa en mayor medida –considerando también condicionantes sociales tales como la clase social, el género, origen étnico, situación migratoria, entre otros-.

De este modo las situaciones que nos convocan en este espacio, nos plantean contextos de dolor y de sufrimiento que configuran vulnerabilidades, ya sea en el plano de aquellas mujeres que están con embarazos inviables, o en situaciones de no desear dichos embarazos, o personas en general, que se enfrentan a una enfermedad terminal y que desean terminar adelantadamente sus vidas. Consideramos que en estas situaciones se pueden visualizar pérdidas en torno a la salud, en torno a los proyectos de vida, en torno a la vida habitable, o bien en torno a los deseos.

Los/as profesionales de la salud se enfrentan cotidianamente a estas situaciones, lo que hace emerger desde sus voces posicionamientos y argumentos que se encuentran a favor o en contra de estos procedimientos. Sin embargo, consideramos que el reconocimiento de la dependencia (Carrasco, Borderías y Torns, 2011) de las personas que se encuentran en estas situaciones resulta fundamental, principalmente para establecer relaciones de cuidado o de servicio que permitan mantener una buena calidad de vida.

En este escenario cobraron relevancia las cuestiones relacionadas con el cuidado en función de la construcción simbólica de la mujer madre, asociada a las ideas dicotómicas de “buena madre” y “mala madre” los que configuran la elaboración de lo femenino hegemónico, relacionándose con los deseos en torno a la maternidad. También, ocuparon un lugar importante los cuidados

paliativos, que constituyen procedimientos principalmente orientados a aplacar el dolor en el marco de enfermedades terminales, tales como el cáncer en sus estados más avanzados.

De esta manera, nos cuestionamos en este marco, sobre cómo se configuran las relaciones de poder en los cuidados y los servicios. Si partimos de la premisa de la existencia de una relación de dependencia ¿cómo se pueden configurar relaciones que superen la estructuración jerárquica y vertical para dar paso a construcciones de relaciones horizontales?, ¿cómo se puede superar, en el contexto de la relación de dependencia, la construcción de una relación de poder? Al respecto nos parece, como veíamos en el capítulo anterior, que el reconocimiento de la autonomía, independiente de la condición de dependencia, resulta sustancial, ya que posibilita su ejercicio.

También, consideramos que la labor de los/as profesionales de la salud, va más allá de la atención en términos de lo orgánico, debido a que muchas veces las personas requieren atención en cuanto a elementos que tienen que ver con necesidades psicológicas y emocionales.

En este marco hemos ido analizando sobre cómo se ajustan las nociones de cuidados y servicios, de Mora y Pujal (2018), para lograr comprender el carácter de las relaciones que se dan en determinadas situaciones. De esta manera han existido, a lo largo del capítulo, momentos más fáciles que otros para este ejercicio, ya que ha dependido de las características que pueden dar los/as profesionales de la salud a dichas relaciones sociales.

Asimismo, contemplamos en este capítulo elementos que tienen que ver con el acompañamiento tanto en situaciones de aborto como en las situaciones que enfrentan las personas que se encuentran al final de sus vidas. En este contexto hemos podido identificar sobre cómo se articulan estos acompañamientos en el marco de los cuidados y servicio, al mismo tiempo de problematizar sus objetivos tratando de develar que estructura de género subyace en ellos.

## **10. La muerte prohibida: expresiones del dolor y del sufrimiento en el marco de los discursos del personal sanitario**

Sin lugar a dudas el fenómeno del aborto y de la eutanasia nos hace enfrentarnos a cuestiones relacionadas con el morir, en tanto que ambos fenómenos hacen referencia a dicho proceso, que si bien es de carácter biológico, reviste elementos socioculturales de relevancia en términos de nuestra relación y concepciones sobre la muerte.

La cultura popular occidental tiende a realizar una dicotomía entre la vida y la muerte, la cual deviene en un binarismo, en la medida que se concibe la vida como lo bueno, que está sobre la muerte, dejándola desterrada en un espacio oculto.

En esta dirección la muerte sólo ha sido definida por vivos/as y por dicho motivo constituye un misterio (García, 2004). Sin embargo, al momento de revisar lecturas provenientes de Oriente, como es el caso de “El Libro de los tibetanos de la vida y la muerte”, en el prólogo del Dalai Lama nos plantea que “en mi condición de budista, contemplo la muerte como un proceso normal, una realidad que acepto ha de ocurrir en tanto permanezca en esta existencia terrenal. Sabiendo que no puedo eludirla, no veo que tenga sentido preocuparme por ella. Tiendo a figurarme la muerte como un cambio de ropa cuando la que llevo está vieja y gastada, no como un final definitivo. Pero la muerte es imprevisible: ignoramos cuándo o cómo ocurrirá. Así pues, resulta sensato tomar ciertas precauciones antes de que se produzca realmente”. En esta dirección, desde una visión budista, resulta relevante prepararse para la muerte en la medida que es concebida como un paso, por medio del bardo hacia la reencarnación.

Así, podemos señalar que la muerte y la relación de las personas con ella, está condicionada por los contextos socioculturales, es decir, no es lo mismo morir en Occidente que en Oriente, y no es lo mismo morir en Chile que en España, en la medida que existen construcciones sociales, que

producen connotaciones y significaciones distintas. Además, las significaciones y connotaciones dependen de los momentos históricos donde se desarrolla la muerte.

Por ejemplo Morin (1999), Seale (1998), Aries (1983) y Elias (1987), nos entregan elementos donde podemos identificar el proceso de desarrollo de la relación con la muerte a través de la historia. Asimismo, de acuerdo a Seale (1998), comprender el fenómeno de la muerte, inserto en cada cultura y grupo social, nos habla del tipo de vida social que se mantiene en dichos espacios.

Según Gómez (2006) una de las definiciones clásicas que podemos encontrar sobre la muerte es aquella que nos proporciona Hipócrates (500 AdC) que se desarrolló en el De Morbis, 2º libro, sección 5: “Frente arrugada y adusta, ojos hundidos, nariz puntiaguda bordeada por un color negruzco, sienes hundidas, huecas y arrugadas, mentón arrugado y contraído, piel seca, lívida y plomiza, pelos de las ventanas de la nariz y pestañas salpicados de una especie de un polvo de un blanco mate, rostro, por otra parte, fuertemente deformado e irreconocible” (en Gómez, 2006: 46). Nos resulta interesante esta definición, en la medida que hace referencia al cuerpo y a su proceso de deterioro y descomposición.

Asimismo, según García, Platón también proporciona una definición de muerte que tiene que ver con la separación del alma del cuerpo, lo que también podemos vincular con una ruptura de la continuidad de la vida, “saca al hombre del tiempo y el cosmos. La muerte desmundaniza y destemporaliza al ser humano” (García, 2004: 306).

El autor (García, 2004) nos plantea que antiguamente se dejaba a los cuerpos muertos, sin ser enterrados, durante tres días, período que se demoraba el alma en dejar el cuerpo. Esto sirvió de argumento para comprender por qué en la Biblia se relata la resurrección de Jesucristo al tercer día de haber muerto.

Sin embargo estas concepciones han cambiado con el tiempo y, como veremos más adelante, el proceso de medicalización de la muerte ha generado que existan en la actualidad principalmente criterios médicos para establecer el momento de la muerte. Asociados inicialmente con el cese de la función cardio respiratoria y posteriormente vinculados al criterio de la muerte cerebral.

Cabe destacar que la muerte es considerada como un advenir, en el sentido que tiene un carácter de sorpresa, no puede ser asida, “tomado por uno y disponible para sí, sino que ese advenir se

vuelve sobre sobre nosotros y nos domina” (García, 2004: 314- 315). Al mismo tiempo, frente a la muerte, Seale (1998) señala que nos enfrentamos al menos a dos fenómenos: por un lado la vivimos como una amenaza del sentido de vida, pero por otro como una motivación basal de la actividad cultural. Estos elementos los podemos conectar con el deseo de pertenencia a una comunidad imaginada de la cual nos habla el autor, y que se ve amenazado por la experiencia de la muerte, es decir, dejamos de pertenecer.

En este punto nos preguntamos sobre qué sucede con el aborto y la eutanasia, en la medida que ambos fenómenos se enfrentan a este advenir, poniendo la voluntad de las personas por sobre dicho advenir mortuorio. Asimismo nos preguntamos sobre cómo se elabora este sentimiento de amenaza o de motor de vida, que genera la propia muerte.

Es decir, por razones diversas, existen personas que piden adelantar sus muertes, determinarlas, programarlas, revertiendo así la construcción del sentido común occidental sobre la muerte. Mientras que por otra parte, existen mujeres que ponen fin a sus embarazos, delimitando un posible proyecto de vida y que en dicho proceso luchan con el mismo tiempo acotado que tienen para eso.

Como el/la lector/a podrá apreciar, este capítulo resulta más extenso que los otros capítulos de esta tesis doctoral, lo que podemos relacionar con el peso o importancia que el personal sanitario le da a la cuestión de la muerte, el dolor, el sufrimiento y el trauma en el marco del aborto y de la eutanasia o en el deseo de adelantar la muerte.

De este modo, a lo largo de esta sección, iremos revisando estos elementos, considerando experiencias y posicionamientos que nos permitirán hacernos una idea en torno a lo que el personal sanitario concibe como muerte y cómo se entrecruzan las experiencias de dolor, sufrimiento y trauma en las personas que se encuentran con el deseo de morir adelantadamente o de detener una gestación.

Los conceptos que se encuentran como trasfondo para comprender los discursos sanitarios están desarrollados en el capítulo de Ejes Conceptuales, aludiendo principalmente a los debates en torno a la muerte y concepciones en torno al sufrimiento, al dolor y al trauma.

Hemos estructurado este capítulo en cinco partes. Inicialmente (10.1) presentamos algunas situaciones, tanto del ámbito nacional como del espacio más familiar o íntimo del personal sanitario, relacionadas con el deseo de adelantar la muerte. Luego (10.2), presentamos las principales motivaciones que reconoce el personal sanitario en el deseo de adelantar la muerte; de esta manera, en la tercera (10.3) sección damos cuenta de las experiencias de dolor, sufrimiento y trauma como transversales a las problemáticas de aborto y a la petición de adelantar la muerte; en la cuarta (10.4) sección indagamos, más específicamente, en el aborto y en cómo el personal sanitario lo relaciona con el dolor, sufrimiento y trauma, deteniéndonos en algunas situaciones relacionadas con las causales contempladas en el proyecto de ley; finalmente, en la quinta sección (10.5) profundizamos sobre algunos dilemas a los que se ven enfrentados/as los/as profesionales/as respecto de la muerte y del dolor y el sufrimiento.

## **10.1. Experiencias de casos explicitando el deseo de adelantar la muerte**

El deseo de muerte, que constituye un tabú en nuestras sociedades, se construye en función de diversos elementos. De este modo podemos revisar distintas causas a través de las cuales se elabora el deseo de muerte en las personas que se encuentran en situación de enfermedades terminales o bien en función de lo que desean las mujeres frente al hecho terminar con sus gestaciones.

Asimismo, en el discurso del personal sanitario pudimos evidenciar que existen experiencias marcadoras, rememoradas como aquellas que tuvieron impacto en sus vidas personales o bien en la escena nacional, donde se manifestaba de manera explícita el deseo de adelantar la muerte. De esta manera, en la siguiente sección revisaremos estos elementos que son constitutivos de los posicionamientos que los/as profesionales realizan en torno al debate de la vida y de la muerte.

### **10.1.1. Casos emblemáticos en la escena nacional**

Un caso reciente y altamente mediatizado en el contexto chileno, fue el de Valentina Maureira, joven chilena que padecía fibrosis quística y que el año 2015 grabó un video para publicarlo en YouTube con el objetivo de hacerle una petición a la entonces presidenta de la república, Michel Bachelet.

El video señalaba “soy Valentina Maureira, tengo 14 años, sufro de fibrosis quística, solicito hablar urgente con la Presidenta, porque estoy cansada de vivir con esta enfermedad y ella me puede autorizar la inyección para quedarme dormida para siempre” (BBC Mundo, 2015). Frente a esta situación, los/as profesionales de la salud generan interpretaciones del hecho, en el sentido de entregar elementos de contexto que permiten comprender el caso.

Es así por ejemplo, como una abogada del Comité de Ética de una Clínica Religiosa, destaca que la situación de Valentina estuvo presente en el Comité de Ética de dicha institución. En ese contexto señala que la joven tenía en un comienzo un eslogan o frase de “quiero vivir”, pero nadie, en la escena nacional, consideraba dicha petición. Sin embargo, la abogada relata que cuando Valentina cambia el eslogan a un “quiero morir”, los medios de comunicación toman su discurso para ser instalado en el ámbito público.

En ese sentido pareciera ser que la petición, que expresa el deseo de adelantar la muerte, en el contexto chileno, vendría a ser un “salirse de la norma” en el sentido de que existe un *statu quo* en el deseo de “quiero vivir” que cobra vigencia en la medida que cruza el ámbito de la cotidianidad instalándose como noticia.

Según Del Río y Palma, coincidiendo con Elías (1987) y Aries (1983), “con la I guerra mundial comienza un proceso llamado “muerte prohibida”, en el que la muerte es apartada de la vida cotidiana. En este periodo la muerte es eliminada del lenguaje, arrinconada como un fenómeno lejano, extraño y vergonzoso. La muerte deja de ser esa muerte esperada, acompañada y aceptada de los siglos precedentes” (Del Río y Palma, 2007:16). En este contexto es posible comprender por qué el mensaje de Valentina cobra fuerza al hacer presente el deseo de muerte en un contexto donde dicho fenómeno se trata de invisibilizar.

“El único caso de Valentina que ella decía, que también lo vimos en el Comité, pero ella quería vivir. Ella muchos años... (Entrevistadora: Por qué ella estaba con mucho dolor, ¿no?) No, no. No estaba con mucho dolor. La enfermedad misma le producía eh, cómo se llama, mucha insuficiencia respiratoria, tocía, estaba llena de flemas y todo lo demás. Murió aquí tranquilamente. La tuvimos aquí, fue parte del Comité, pero ella muchos años tuvo la, la, el eslogan ‘quiero...’, cómo se llama, ‘...morir’, eh, ‘quiero vivir’, y nadie la pescaba. Y cuando empezó a decir ‘quiero morir’ hizo un tremendo eslogan por diferente, fue derivada acá (...) Es más, ella tenía... (Entrevistadora: Salió en un reportaje, bueno, en un video en YouTube diciendo que, pidiéndole a la Presidente, no es cierto, la pastillita para dormir para siempre) Pero, pero no era tan así. Eso, eso es lo que decía, pero la Presidenta mandaba un médico, ella vino como tres veces, mandaba un médico todos los días pa saber cómo estaba, y es tanto que Valentina pidió que dice, que le diseñaran un vestido porque ella quería celebrar sus quince años. Ella tenía toda una perspectiva. Eh, recibía muchas visitas, y uno la veía y ella quería vivir. O sea, tenía justo (baluceo) eh, estaba con los cuidados, la



compañía, con todo y ella quería vivir. Nunca pidió aquí de nuevo la pastillita ni nada, sino que le dieran todos los cuidados, etc.” (Abogada, Comité de ética, Clínica religiosa).

Asimismo la profesional pone en tela de juicio la voluntad expresada por Valentina en el deseo de que le dieran la “inyección para dormir para siempre” señalando que prontamente se celebraría su cumpleaños y la joven estaba preparándose para eso. Es decir, existía un trazo de proyección hacia el futuro.

De este modo la profesional también destaca que la joven recibía con regularidad al médico y que no sentía necesariamente dolor, sino que vivía con problemas respiratorios asociados a su enfermedad. También, en este contexto, el caso de Valentina se vuelve emblemático en la medida que es una menor de edad quien solicita asistencia para morir, quebrando de este modo, lo esperable en torno a la vida.

Una profesional de la misma institución, Asistente Social del Comité de Ética de una Clínica Religiosa, también apoya la interpretación de que en el caso de Valentina la joven no quería morir. En este sentido la profesional destaca un llamado de atención, un llamado para darle sentido a su vida. Incluso la profesional relaciona el caso con lo que ocurre con los/as niños/as pequeños cuando realizan peticiones que no son directas con lo que se encuentran sintiendo.

“Es grito de sufrimien... es grito de atención, de amor o grito por darle sentido. Entonces hay que, que, es como cuando un niño dice: “mamá te odio”, en el fondo el ‘te odio’ del niño no es real, literal el ‘te odio mamá’, sino que ‘siento que fuiste injusta’, ‘no me diste la hora’, o es otro el grito o ‘necesito que me pesquen’ o es otr, entonces hay que descubrir la, cuál es la real necesidad detrás del grito de primera, hay que ir a cuál es la necesidad de fondo detrás de ese grito a que te maten o morir ya” (Asist. Social, Comité de ética, Clínica religiosa).

Frente a la situación, la profesional menciona que es necesario poner atención a la necesidad propiamente tal. Ahora bien, nos preguntamos sobre cuál es la necesidad que existía en este caso en particular, ya que las profesionales lo relacionan con un llamado de atención, pero si consideráramos justamente las palabras de la joven, sin interpretarlas, podría decirse que es un llamado para acabar con el sufrimiento que siente por una enfermedad incurable, que si bien puede que el dolor esté controlado, probablemente existen otros elementos que redunden en una experiencia de sufrimiento que configura el deseo de muerte. Hay que destacar que el hermano mayor de Valentina también había padecido la misma enfermedad y había fallecido tiempo atrás.

### 10.1.2. Casos en el ámbito íntimo o familiar

Los casos familiares o en el espacio íntimo muchas veces generan cercanía, comprensión de los contextos al mismo tiempo de abrir la posibilidad de situarse en la vivencia del/la otro/a. Es decir, comprender de mejor manera sobre qué es lo que está sucediendo, así como los deseos de morir de una persona.

Este es el caso de un químico farmacéutico de cuidados paliativos de un hospital chileno, quien comienza su relato aludiendo a la película “Mar adentro” –señalada anteriormente- del director Alejandro Amenábar (2004) quien plasma en la obra la historia real de Ramón Sampedro, un hombre tetrapléjico que clama por el acceso a la eutanasia.

El profesional de salud destaca dicha obra en la medida que genera una explicación en torno a la vivencia del deseo de adelantar la muerte. Asimismo, plantea la experiencia por la que pasaron su abuelo paterno y su abuela, en el sentido de considerar que no se configuran como muertes dignas debido a que las limitaciones de los tratamientos, o bien las presiones familiares, generaron que estas personas tuvieran que cambiar sus voluntades frente a la enfermedad.

En el caso del abuelo paterno del profesional existe una condición de diabetes que genera que la persona tenga que dializarse frecuentemente. El hombre no estaba de acuerdo con continuar la diálisis pero la familia le pidió que lo considerara, puesto que de lo contrario moriría prontamente. Frente a la presión familiar el abuelo accedió, sin embargo eso implicó de alguna manera trazar su autonomía en relación a la limitación del esfuerzo terapéutico.

“La definición de eutanasia es como la película de Mar Adentro que el paciente se quiere morir le pide al médico por favor máteme porque no quiero vivir, por sus motivos, en ese sentido yo encuentro razón al paciente, a veces claro uno dice por qué no dio la pelea, la decisión es súper complicada, uno cuando lo ve como ajeno quizás a no sé no es un pariente, no es alguien conocido, uno lo ve más frío puede decir sabes qué lo que quiera el tipo, si se quiere morir ayúdenlo a morir, pero hay una familia atrás, a mí me pasó con mi abuelo paterno, la diabetes se lo estaba comiendo, se postró, le cortaron una pierna en diálisis un día dijo no quiero ir más a diálisis, y todas mis tías llorando y claro se iba a morir si no iba a diálisis y lo que hizo él fue que se entregó a su familia ya yo voy a seguir po, entonces decían mis tías ustedes quieren ver a su papá como tenerlo como una plantita en una cama postrado por años y años pero está vivo, lo puedo tocar, va a estar cada vez más mal y lo voy a poder tocar y decirle papito te quiero pero ¿eso es vida para él? ¿A él le gustaría ver quizás no se po a su papá o a su hijo en esa situación? ¿Le gustaría? Probablemente no” (Químico Farmacéutico, Cuidados paliativos, Hospital).

El profesional también destaca la experiencia de su abuela, quien previo a fallecer se encontraba con una sonda naseo gástrica que le impedía hablar. La anterior situación produjo que no se pudiera comunicar, lo cual el profesional le da una lectura emocional conectada a la pena, a la impotencia, al dolor y al sufrimiento debido a que no pudo escuchar sus últimos deseos.

## **10.2. Motivos y argumentos en la construcción del deseo de adelantar la muerte**

A través del discurso del personal sanitario es posible evidenciar ciertos elementos o motivos por los cuales se solicita adelantar la muerte. De esta manera en esta sección se da cuenta de las principales motivaciones identificadas por el personal sanitario en torno a la construcción del deseo de muerte.

Al respecto es interesante destacar que las motivaciones que tienen los/as usuarios/as para solicitar el término de la vida adelantadamente, se pueden conectar con las formas que tiene el/la sujeto/a de enfrentar la muerte. Al respecto Elias (1987) plantea que una de las maneras más antiguas de enfrentar la muerte, tiene que ver con la idea de que existe una vida en común para todos/as los/as muertos/as, que es una visión principalmente religiosa; otro modo de ver el tema es en la consideración de que podemos ocultar o reprimir la muerte, es decir, invisibilizándola o bien conectarla con un fuerte sentimiento de inmortalidad que caracteriza a las sociedades occidentales modernas; o, por último, se puede mirar de frente la muerte como dato de nuestra propia existencia.

Cabe mencionar que estas nociones tienen que ver con la experiencia que ha vivido el personal sanitario, aunque también destacan prejuicios y prenociones en torno a la petición de adelantar la muerte.

- **Angustia y ansiedad por la espera**

Un primer elemento que podemos destacar, y que se vincula a condiciones existenciales, tiene relación con la espera. Es decir, el momento entre que se diagnostica a una persona por alguna enfermedad mortal, hasta el momento en que dicha persona fallece.

Al respecto un médico cirujano de cuidados paliativos de una clínica religiosa señala que dicho momento genera una gran ansiedad y angustia en los/as usuarios/as implicando que muchas veces se genere el deseo de terminar con dicha agonía. Por este motivo, el profesional, menciona que las personas realizan peticiones para adelantar la muerte.

“La solicitud rara vez es persistente, o sea me acuerdo un par de veces en realidad de un caso de un caballero que tenía un cáncer de colon avanzado y que en el fondo lo pedía activamente. Nosotros tenemos un equipo que va a domicilio entonces pedía que por favor le dejaran algo para fallecer, esa fue la solicitud, y lo que tenía ese paciente no era que tuviera dolor sino, lo que tenía era que no le encontraba sentido a la espera, eso no tenía sentido, la espera le producía angustia” (Médico Cirujano, Cuidados paliativos, Clínica religiosa).

De este modo el profesional da cuenta de una experiencia donde una persona tenía un cáncer avanzado y pedía que le dejaran “algo” para morir. Si bien el profesional menciona que las solicitudes de adelantar la muerte muchas veces no son persistentes, este caso fue distinto, en la medida que la persona deseaba morir pronto ya que no le encontraba sentido a la espera, no la podía colmar de significado produciéndole angustia y ansiedad.

La ansiedad ante la muerte puede ser definida como “reacción emocional producida por la percepción de señales de peligro o amenaza, reales o imaginado, a la propia existencia (Limonero, 1997 en Tomás y Gómez, 2003: 257).

De este modo se torna relevante analizar cómo las personas se están muriendo, cuáles son sus emociones y sus principales miedos. En esta dirección podemos considerar que “la espera” constituye un concepto vincular entre aborto y eutanasia, en la medida que en ambos fenómenos producen angustia. Por una parte se encuentra la espera de una mujer que requiere que lo antes posible se le intervenga para interrumpir la gestación, mientras que por otro lado tenemos el caso de aquellas personas en estado de agonía que no desean seguir esperando a que la muerte se presente.

Asimismo, resulta interesante constatar que “la espera”, en el caso aludido, no necesariamente está conectada al sufrimiento o al dolor, es decir, puede ser una espera sin estos elementos pero que igualmente se vuelve problemática en la medida que se genera un malestar frente a lo desconocida y misteriosa que puede llegar a ser la muerte.

- **Abandono y soledad**

Una médica anestesióloga de un comité de ética de un hospital, destaca que un elemento fundamental en el deseo de morir tiene que ver con el abandono. En el contexto de su trabajo, considerando que se desempeña en un hospital público, ella plantea la existencia de ciertas limitaciones, tanto económicas como emocionales y familiares que pueden generar el abandono hacia los/as usuarios/as, quienes se sienten solos/as en sus últimos momentos de vida.

Consideramos que dicho abandono puede ser vinculante en la experiencia del aborto en la medida que las mujeres se encuentran, la mayoría de las veces solas frente a la situación, debido a que existe un fuerte rechazo social o bien porque existen restricciones legislativas al respecto.

En este sentido Elias destaca que lo más complejo en el proceso de muerte es “el tácito aislamiento de los seniles y moribundos de la comunidad de los vivos, el enfriamiento paulatino de sus relaciones con personas que contaban con su afecto, la separación de los demás en general, que eran quienes les proporcionaban sentido y sensación de seguridad” (1987: 17). De este modo, esta experiencia de abandono frente a la muerte la podemos conectar a las vivencias tanto de personas en proceso de fin de vida como a aquellas mujeres en situación de aborto, donde existiría, en distintas oportunidades, un distanciamiento de la otredad.

“Abandono, porque son en este hospital básicamente, hospital público con gente que tiene muchas limitaciones, económicas, a veces familiares, con núcleos familiares muy rotos lo que hace que se vean solos en medio del dolor de la enfermedad, es una situación de crisis” (Médica anestesióloga, Comité de ética, Hospital).

El argumento de las familias se repite en el planteamiento de un abogado de comité de ética de una clínica no religiosa, quien destaca que existen situaciones límites, frente a las cuales plantea que estaría a favor de la eutanasia, donde existen familias “desestructuradas” que no pueden ser soporte emocional del/la usuario/a.

En este contexto cobra nuevamente relevancia el soporte afectivo de las familias, siendo quienes tienen una labor fundamental en este contexto y por ende su no existencia o bien la imposibilidad de entregar un marco afectivo redundan en sensaciones de soledad y de abandono por parte de los/as usuarios/as.

“Yo estoy de acuerdo, pero en casos muy extremos. Muy extremos, con enfermedades muy, eh... muy dolorosas, muy, muy duras y con familias desestructuradas, digamos, hay personas que ya no quieren más ¿ah? Y ahí ayudarlos un poquitito, pero yo creo que eso es, eso se hace en la vida regular médica de todos los pueblos ¿ah? porque la mayoría de la gente no sabe lo que está pasando ahí en... ¿ah?” (Abogado, Comité de ética, Clínica no religiosa).

En el discurso de un médico general, presidente del comité de ética de una clínica religiosa, se encuentra presente una interpretación del deseo de morir del/la usuario/a. Es decir, el profesional señala que en realidad el deseo de morir tiene que ver con una sensación de no estar conforme con el trato que se recibe.

En este contexto el profesional destaca que la persona enferma experimenta sufrimiento de todo tipo, tanto físico como emocional, y que dicho sufrimiento muchas veces no es acogido. En este contexto lo leemos como una sensación de abandono y soledad. Este planteamiento se asemeja bastante al realizado por Ulrichová (2017), quien tras realizar un estudio en un hospicio llega a la conclusión de que, en el momento de fin de vida, cuando las personas tienen las dimensiones biológica, psicológica, social, así como espiritual cubiertas, no solicitan adelantar la muerte.

“Pero cuando una persona pide, por ejemplo, que le quiten la vida para dejar de vivir, en general, eh, lo que está tratando de decir ‘ya me cansé de que me trataran de esta manera, o sea, o traté, me cansé de que nadie me acoge con mi sufrimiento de todo tipo, físicos, espirituales y todo’. Hay experiencias donde se ha intervenido con los cuidados paliativos en personas que estaban pidiendo la muerte y se les vuelve a reconocer su valor, se les apoya en todo aspecto, reciben cariño, reciben afecto y esas personas, en esa etapa que les va quedando de vida, ya no quieren morirse, quieren vivir aunque sean unos pocos días más pero quieren que la muerte llegue en su momento pero ellos ya no quieren adelantarla porque se están sintiendo mejor tratados” (Médico general Pdte, Comité de ética, Clínica religiosa).

De esta manera el profesional señala que cuando las personas reciben tratamientos de CP junto con volver a reconocerles el valor, la disposición comienza a cambiar. Es decir, la persona comienza a aceptar su condición junto con el deseo de querer vivir y aprovechar sus últimos días. Así, lo que se plantea es que a través de cuidados adecuados y la generación de afecto sería posible revertir el deseo de adelantar la muerte.

- **Sentirse carga de otros/as**

En el discurso de una abogada de un comité de ética de una clínica religiosa se plantea que además de estar presente la angustia en los/as usuarios/as, se desarrolla la sensación de no querer ser una carga para los/as demás.

En este caso la profesional plantea que nadie quiere comprometer el patrimonio emocional ni monetario de los/as demás, y por ese motivo resulta tan complejo no desear terminar con el estado de agonía que se presenta. Al respecto Ulrichová destaca que “no podemos olvidar el aspecto financiero; un paciente puede sentir una carga para los miembros de la familia y el personal de salud, e incluso se le puede insinuar que otros podrían elegir la eutanasia, y que se está demorando por egoísta” (2017: 661).

“¿Qué me pasa con la eutanasia? Es que la eutanasia es muy fácil que vaya sensibilizando a personas y ha pasado en el caso de Holanda, en que las personas en situación de eh, se ven angustiados y dicen ‘pucha, soy un cacho’. Entonces uno eh, es como una forma de inducir a la muerte” (Abogada, Comité de ética, Clínica Religiosa).

En este sentido el “sentirse cacho” remite a la sensación de ser una carga para los/as demás, de molestar, lo que llevaría a la construcción del deseo y de la petición de adelantar la muerte, según la profesional. Asimismo, en el discurso se acude a la experiencia holandesa para retratar este fenómeno.

En el discurso de una asistente social de un comité de ética de una clínica religiosa, se destaca el caso de algunos países Europeos, donde, según su posicionamiento, existen personas de la tercera edad que se encuentran emigrando desde países donde la eutanasia es legal ya que sienten presiones para ejercerla motivados/as por alguna herencia.

“Entonces, eh, aquí creo que la eutanasia es de anticipar la muerte por no sufrir o no por no molestar, porque en Europa es por no molestar, por no ser carga, por no sé qué, para mis hijos, no sé qué. Volvemos al problema de, a un problema de amor. Eh, me contaban que en Europa los viejos ya se van a vivir a países en que no esté legalizada la eutanasia, porque no faltan los que quieren que se mueran luego por la herencia. Pero en lo profundo, es por un sentido, por no tener un sentido de sufrimiento” (Asist. Social, Comité de ética, Clínica religiosa).

De esta manera, para la profesional, la petición de adelantar la muerte, cristalizada en la eutanasia, constituye un problema de falta de amor y por no darle sentido al sufrimiento que se está experimentando en estados delicados de salud, cercanos a la muerte.

Asimismo, en el discurso de una médica neonatóloga de un comité de ética de un hospital, se cuestiona el suicidio asistido y la eutanasia. Ella, si bien plantea su contrariedad hacia la eutanasia, no lo hace del mismo modo con el suicidio asistido. Llama bastante la atención que al término de su reflexión la profesional destaca que alguien en estado terminal no debe por qué estar “molestando a todo el mundo”, lo que hace pensar en una visión negativa y de rechazo frente a las personas que se encuentran en dicha situación, una visión de desechabilidad que consideramos muy complejo se encuentre presente entre quienes deben prestar atención médica.

“A ver, yo no comparto lo de la eutanasia, de partida, no esto tal como está definido lo encuentro terrible, ¿ya? Si encuentro lógico esto de suicidio asistido, que yo sé que existe en Europa pero no sabía cuál era la diferencia en que una persona ya en una condición terminal, sola, le pide ayuda a un médico y le pone una determinada, que ya está terminal que se sabe que está muriendo y acelera un poco la muerte, nada más y eso no es un crimen, es un suicidio asistido, y eso lo encuentro lógico o sea si uno está en una condición deplorable no tiene por qué estar molestando a todo el mundo” (Médica Neonatóloga, Comité de ética, Hospital).

Este “molestar” lo podemos leer como “ser una carga”, es decir, interferir en la cotidianidad del/la otro/a, a través de constituirse como una subjetividad en estado de deplorabilidad. Asimismo, esto se conecta con la idea de invisibilización de la muerte que comentábamos anteriormente, implicando también una invisibilización del/la moribundo/a (Elías, 1982).

También, resulta interesante la distinción entre eutanasia y suicidio asistido en la medida que poner una línea divisoria entre quien realiza la acción y quien la recibe. En este sentido probablemente la profesional está a favor del suicidio asistido en la medida que su involucramiento en el proceso de muerte es menor.

- **“Aburrimiento de la vida” y sensación de insoportabilidad**

En el discurso de un abogado de comité de ética de una clínica no religiosa, se hace la distinción entre aquellas personas que piden adelantar sus muertes mediáticamente y quienes no, destacando que los primeros son casos excepcionales. Al mismo tiempo el profesional reconoce la existencia de un sentir respecto a la vida, que tiene que ver con un aburrimiento, es decir, existen personas que ya están aburridas de vivir y en ese sentido el profesional se plantea la pregunta sobre si es responsabilidad del personal médico sujetarles hacia esa vida o no.



Al respecto Mejía (2008), desarrollando el tema de los elementos emocionales presentes en las personas que se encuentran en proceso de fin de vida, señala la actitud de aislamiento, la que se vincula con sensaciones del/la usuario/a frente a su diagnóstico. Dicha actitud –de aislamiento-, la podemos relacionar a una actitud de apatía conectada con la significación de aburrimiento frente a la vida que destaca el profesional.

“Y están dando paso a los cuidados paliativos, hay respeto por las personas y... y son pocos los que... claro, los casos que salen en la televisión son los que llaman la atención porque son personas que deciden “mire, yo quiero morir, quiero que me ayuden a morir, porque ya estoy aburrido” y todo el asunto, esos son los casos extremos, pero no son, no son el, el común de los casos digamos. Ahora hay muchas personas que están aburridas de la vida po. Entonces ahí hay que preguntar si están aburridas de la vida ¿los tenemos que sujetar o los dejamos que, que, los ayudamos a morir?” (Abogado, Comité de ética, Clínica no religiosa).

Asimismo, una profesional, enfermera de un comité de ética de una clínica no religiosa, destaca su posicionamiento favorable a la eutanasia, mencionando que ha existido una transformación en torno a la temática a nivel de sociedad, lo que se puede constatar con el nivel de aprobación que tiene el procedimiento a nivel del Colegio Médico de Chile (2019), donde el 77% de los/as médicos/as colegiados/as apoyan esta medida.

“Yo estoy de acuerdo con la eutanasia también. Sí, creo que..., eh, como sociedad hemos tenido, a pesar de que nos negamos un poco a la muerte, pero yo creo que eso ha ido cambiando y estoy... y creo que hay situaciones en que la vida es insostenible e insoportable y que... y que, si tú estás de acuerdo con, con terminar con esa vida yo creo, yo creo que es valedero, si se cumplen ciertos requisitos y ciertas cosas” (Enfermera, Comité de Ética, Clínica no religiosa).

También, nos plantea que existen situaciones insostenibles e insoportables, en el sentido de la vivencia de una enfermedad, implicando la construcción del deseo de muerte. En esta línea Mejía plantea que el proceso de fin de vida “es una etapa de grandes dificultades para el personal que atiende al usuario/a y para la familia, ya que el enfermo entra en un estado de apatía y soledad, decrece el interés por el tratamiento y la persona no puede sonreír” (2008: 235).

### **10.3. Sufrimiento dolor y trauma, en la construcción del deseo de muerte y como ejes transversales al aborto y a la eutanasia**

Nos hemos aventurado a elaborar una sección especial relacionada al sufrimiento, al dolor y al trauma, debido a que las referencias en los discursos de los/as profesionales hacen un especial hincapié en estos elementos. De este modo, podemos evidenciar que éstos se encuentran conectados a la construcción del deseo de muerte, pero al mismo tiempo los visualizamos como ejes transversales que se insertan y permiten la explicación de ambos fenómenos –aborto y petición de adelantar la muerte-.

De este modo, si bien reconocemos que los elementos anteriormente señalados en torno a los deseos de muerte, están marcados en su mayoría por la experiencia de sufrimiento, abordamos en este espacio el deseo de muerte que refiere en particular al dolor y al sufrimiento.

#### **10.3.1. Sufrimiento y dolor en el deseo de muerte**

Una psicóloga de cuidados paliativos de un hospital destaca el sufrimiento como argumento para pedir adelantar la muerte. De esta manera la profesional reconoce que existen situaciones límites donde debería estar avalado el procedimiento de la eutanasia, en el sentido de que son procesos sufrientes y dolorosos que llevan a una experiencia compleja.

En este contexto el sufrimiento es comprendido como el límite de lo posible (Levinás, 1993), como una experiencia que supera y que desborda. En esta línea, desde este punto de vista, la eutanasia es vista como parte, como una opción en el marco de los cuidados paliativos y no de manera contrapuesta, como hemos apreciado anteriormente.

En relación a los casos que se presentan en el ámbito clínico se destaca la experiencia de recibir solicitudes de querer adelantar la muerte por parte de los/as usuarios/as. Sin embargo un médico cirujano de cuidados paliativos de una clínica religiosa, señala que el volumen de solicitudes es muy bajo y que frecuentemente corresponden a casos de usuarios/a que se encuentran en estados de, en palabras del profesional, “sufrimiento existencial intratable”.

“Ehm no tengo claridad fíjate, no tengo claridad acerca de la licitud o no licitud, te lo voy a explicar por qué, nosotros vemos 700 pacientes al año ¿ya? Solicitudes de eutanasia nosotros recibimos

una, dos máximo al año y particularmente para personas que tienen sufrimiento existencial intratable” (Médico Cirujano, Cuidados paliativos, Clínica religiosa).

Una asistente social de una clínica religiosa también destaca la experiencia de una amiga, quien se encuentra con una enfermedad incurable. De esta manera la profesional señala la “necesidad de tregua” que busca la mujer enferma, en el sentido de poder detener su experiencia que se encuentra vinculada al sufrimiento existencial.

“Sí, no. No de primera fuente, yo te diría. O sea, sí, personas: “me quiero morir”, sí. Tengo amiga, una amiga que está en ese trance ahora, pero... Eh. Pero no como eutanasia, sino como el deseo de, pff, me cortaría los intestinos por una hora. O sea, es como, es la necesidad de tregua (Entrevistadora: Como de detenerse) Como una pausa, de, de, de tregua para poder seguir sufriendo (Entrevistadora: Claro) No sé si con una limitación existencial total” (Asist. Social, Comité de ética, Clínica religiosa).

Así, la profesional remite a la necesidad de tregua como una pausa, para detener el sufrimiento, una detención de la experiencia que remite a una limitación total de la vida.

También una fisiatra de cuidados paliativos de una clínica no religiosa, destaca que las peticiones de adelantar la muerte no son habituales sino que tienen más relación con aquellas experiencias conectadas con accidentes o eventos traumáticos donde los/as usuarios/as han quedado inhabilitados/as para continuar desarrollando su cotidiano. En estos casos la profesional reconoce una mayor tendencia al deseo de muerte.

“Claro, mira, básicamente, como te digo, la gente que dice que se quiere morir o que, es la gente que ha tenido pérdidas como, en el fondo, traumáticas, ponte tú, como un accidente ¿ya? Porque aquella persona que tiene una enfermedad crónica, en general, yo diría que en Chile como que no está todavía, eh, no es que no exista, existe de cierta forma, no eutanasia propiamente tal, pero un buen morir, por decirlo de alguna forma ¿ya? Pero que lo soliciten así tan abiertamente no, no es lo habitual ¿ya? Habitualmente hay gente que ha tenido algo traumático, esto de tener lesiones medulares, que quedan con tetraplejia, de repente dicen “ah, me quiero morir”, pero tampoco es nada concreto, así que me han dicho “oiga, doctora...”, no” (Fisiatra CP Clínica no religiosa).

Estos elementos se pueden relacionar con una pérdida de autonomía de la persona, en la medida que un evento trágico puede generar un corte con la cotidianidad que posiciona al sujeto/a a una nueva condición donde se desconoce a sí mismo/a. Al respecto es interesante traer a colación lo mencionado por Montserrat (2016), quien desde una perspectiva psicoanalítica da cuenta sobre qué se entiende por trauma, el cual puede tener origen por aspectos intrapsíquicos pero también por elementos externos desencadenantes.

De acuerdo al discurso de una psicóloga de cuidados paliativos de un hospital, y según estudios que ha revisado, las personas que se encuentran en proceso de fin de vida muchas veces fallecen producto del dolor que sienten, más que por el avance mismo de la enfermedad.

La profesional destaca que existe bastante mito sobre la morfina y su uso, lo que implica que en determinados eventos los/as usuarios/as no logren dar cuenta del real nivel de dolor que sienten. Ella utiliza una escala, del 0 a 10 para preguntarle a los/as usuarios/as cuánto dolor están experimentando, de esta manera ella ejemplifica que a veces los/as usuarios/as dicen que tienen un dolor 5 cuando, por ejemplo, sienten un dolor 9, y que por ende se les administra tratamiento para un dolor 5 implicando que continúan sintiendo dolor.

“Que yo sepa no, es que te iba a decir que de hecho como en las últimas cosas que he estado leyendo, a ver, no todo pero hay unos estudios que dicen que al final el paciente con cáncer muere más por los dolores que siente que por la enfermedad que avanza, hay tanto temor de que está el mito de la morfina, ¿qué me van a dar si el dolor es más fuerte? Entonces no dicen realmente cuánto les duele o que les duele, andan con un dolor que es tolerable y no avisan, por ejemplo tienen un dolor 9 y no lo dicen se quedan en un 5 entonces les dan tratamiento para un 5, se aguantan tanto el dolor y aguantarse el dolor implica que el cuerpo se ponga tenso, que duela la cabeza, que no de hambre, como que uno se aísla. En cambio cuando se pasa te alivias, te baja el apetito, pero los dolores de cabeza no se comparan a los dolores que sienten ellos, entonces si mueren más por el dolor que sienten, no se alimentan, lo vomitan todo etc. que la enfermedad avanza, hay casos que la enfermedad avanza pero generalmente es por los dolores y el temor de que no quieren avisar de qué me van a dar de hecho hay una gama de medicamentos, de hecho yo por ignorancia no tenía idea creía que la morfina y nada más y la morfina está en el primer escalón de los cinco medicamentos que hay con distintos medicamentos, y ahí hay mucho, y de repente es ignorancia, yo no tenía idea y los pacientes tampoco tienen idea, entonces ahí también yo me meto y les comento de repente “la morfina ni me la nombre, ni me la nombre” ah y ahí empezamos y ahí hago una escalita que se las muestro y se las explico y eso me lo enseñó el químico y los doctores entonces ahí les voy explicando y eso me lo explicó a mí, me bajó la ansiedad y a ellos también se las baja” (Psicóloga, Cuidados Paliativos, Hospital).

De esta manera, el mito del uso de la morfina, según la profesional, incide en que emerja un temor frente al uso del medicamento por posibles consecuencias asociadas a la muerte. Frente a aquello, como se relataba anteriormente, la profesional acude a estrategias que le permitan administrar de mejor manera el fármaco.

En el discurso de una médica oncóloga del comité de ética de una clínica no religiosa, también se releva el dolor como una experiencia que muchas veces lleva al deseo de querer morir. En este contexto el dolor es visto como algo físico y quizás podríamos distanciarlo de las nociones o concepciones del sufrimiento, aunque muchas veces la literatura académica muestra ambos elementos conectados.

En esta línea, podemos mencionar la conceptualización que realiza Le Breton (1999) sobre el dolor, donde reconoce la existencia de un dolor total en la medida que el/la sujeto/a se encuentra unido/a a esta experiencia.

Sin embargo, la profesional destaca que existiendo un control del dolor, debieran desistir los deseos de muerte por parte de los/as usuarios/as. Esta idea, planteada por Ulrichová (2017), en términos generales y como ya lo hemos visto con anterioridad, se encuentra bastante presente a lo largo del discurso general del personal sanitario.

Es decir, el discurso común del personal sanitario, se atiende a la idea de que controlando el dolor desaparecen los deseos de muerte, aunque como veíamos anteriormente los deseos de muerte se conectan con otros tipos de elementos –insoportabilidad, soledad, etc.- lo que configura una complejidad especial para cada caso.

“Sí, pero... no es tan... no, no es... no ha sido como tan serio, es porque está el dolor mal controlado o cosas así, una vez controlado el dolor no...” (Médica Oncóloga, Comité de ética, Clínica no religiosa).

Una médica anestesióloga de un comité de ética de un hospital se plantea como contraria a la eutanasia mientras que destaca algunos elementos que deben ser controlados para evitar dicho deseo.

Estos elementos son, por ejemplo, quitar el dolor, mejorar la digestión, favorecer un buen dormir, controlar la respiración. De este modo esta profesional plantea básicamente medidas que apuntan a lo orgánico y que permitirían que la persona no experimentara sensaciones indeseables o que puedan producir angustia en su último período de vida.

“Estoy en contra de la eutanasia también porque pienso que hay que evitar el dolor y el sufrimiento de las personas, quitarles el dolor, mejorar sus condiciones como de la digestión en los pacientes terminales si les molesta, hacerles dormir mejor, existen maneras de ayudar a la respiración como oxígeno, entubarse si sería el caso con respiración mecánica para que no sufra una asfixia sensación de falta de aire que es tormentosa, a nadie le gustaría morir asfixiado por lo tanto yo como anestesióloga pienso que uno puede brindar todas esas atenciones sin necesidad de matar a alguien, no lo haría” (Médica anestesióloga, Comité de ética, Hospital).

En este contexto es interesante destacar el estudio español de Maté et al. (2008) en torno al “morir en paz”, donde se consultó a familiares y al personal sanitario sobre qué condiciones incidirían en este objetivo. Al respecto Maté et al. (2008) señalan que las personas destacan

distintos motivos asociados al morir en paz, en la medida que el personal sanitario pone un mayor énfasis en aspectos somáticos, mientras que los/as familiares ponen el acento en aspectos de carácter psicosocial. Lo anterior lo podemos conectar con el discurso de la médica anestesióloga en la medida que menciona elementos principalmente orgánicos vinculados a los síntomas y no necesariamente aspectos psicosociales.

#### **10.4. El aborto: consecuencias de muerte, trauma, dolor y sufrimiento**

Al momento de desarrollar argumentos en torno al aborto, el personal sanitario remite con frecuencia hacia eventos traumáticos, dolorosos y de gran sufrimiento por los que transitan las mujeres que están en estas situaciones<sup>28</sup>. De esta manera se comprende una posición de vulnerabilidad que se asocia con experiencias límites que muchas veces están cercanas a la muerte.

Los/as profesionales dieron cuenta de las consecuencias que puede generar un aborto inducido en el marco de la clandestinidad. Al respecto una médica anestesióloga de un Comité de Ética de un hospital, señala que ha tenido que atender a menores de edad que se han practicado abortos inseguros produciéndose así sangrado e infecciones. Las consecuencias de éstas prácticas han implicado el traslado de las mujeres a las Unidades de Cuidados Intensivos –UCI-, con experiencias al borde de la muerte o de la infertilidad.

“No, lamentablemente lo que sí he tenido que hacer son legrados post aborto. A este hospital vienen muchas niñas de 13, 14, 15 años que se han practicado abortos y vienen días después con sagrado, infectadas y han tenido que someterse nuevamente a una intervención y muchas de ellas han terminado en la UCI. No me han tocado casos de muerte, gracias a dios, pero sí de pacientes que han bordeado la muerte o pacientes que han terminado en que nunca más pueden ser mamás” (Médica anestesióloga, Comité de ética, Hospital).

En relación al aborto también se plantea el trauma, en el sentido de que las tres causales no sólo establecen los argumentos para abortar sino que también dan cuenta de momentos traumáticos y dolorosos por los que pasan las mujeres.

---

<sup>28</sup> No quisiéramos hacer una generalización, en el sentido de plantear que toda experiencia abortiva conlleva al dolor, trauma o sufrimiento, sino más bien estamos presentando las conexiones que emanan desde los propios discursos sanitarios sobre este tema.

En relación a esto Montserrat, a través de una lectura psicoanalítica, reconoce que existen distintos modos de abordar la pulsión relacionada con el hecho traumático, en este sentido, “Freud desestima la naturaleza concreta del hecho traumático, atribuyendo la eficacia traumática de los acontecimientos a las fantasías que estos activen o al flujo pulsional que desencadenen. Otras posturas, en cambio, destacan el peso del hecho externo desencadenante. Más allá de estas opiniones, en todo tratamiento psicoanalítico detrás de cada formación del inconsciente es posible constatar las trazas de un hecho real; el problema que subsiste es qué valor darle” (Montserrat, 2016: 83).

De este modo, existe una apreciación distinta frente al hecho traumático, en el sentido que se plantean visiones que le otorgan mayor relevancia a las consecuencias, es decir, a cómo el/la sujeto/a elabora a nivel de inconsciente el trauma, mientras que otras posturas le dan peso al hecho externo en sí. Independiente de esto, la autora reconoce que lo fundamental es el valor que se le dé al trauma, es decir la significación existente para, en este caso, las mujeres que se encuentran en el marco de las tres causales del proyecto de ley.

En dicho contexto, según el discurso de una enfermera del comité de ética de una clínica no religiosa, la sociedad no puede hacer juicio o generar trabas contra las mujeres que se encuentran en dichas situaciones.

“Es ese, ese el punto, yo no sé si yo me lo haría, pero es como, es como oye, por qué la tenemos que obligar como sociedad a una cuestión que es producto de, no sé, de una violación o de una situación tan dolorosa y tan traumática” (Enfermera, Comité de Ética, Clínica no religiosa).

De este modo, la profesional plantea que en su propio caso no acudiría a un aborto, aunque considera complejo que como sociedad se generen barreras para abortar, principalmente en situaciones que las cataloga como “traumáticas” relacionadas a la violación.

Según Dides et al. “las mujeres viven una situación de gran trauma pero no por la situación de realizarse un aborto, sino por el proceso que el Estado de Chile y su legislación obliga a pasar a la mujer por esa situación tortuosa, de gran humillación y altos costos económicos. Además, el temor a la denuncia puede ser nefasto. Sus consecuencias pueden ser varias como que las mujeres no lleguen al hospital a tiempo, o que se fuguen o suiciden” (2015:167). De este modo se desdibuja el aborto como causante del trauma y se centra el análisis más bien en las condiciones sociales, sanitarias, morales y políticas en que éste se desarrolla.

Conectado al trauma y a las experiencias dolorosas por las que pasan las mujeres que se encuentran en la situación de las tres causales, un matrn de ginecología y obstetricia de un hospital menciona que no es necesario hacer pasar a las familias por este tipo de situaciones. Cabe destacar que esta persona habla de familias en general, y no sólo de mujeres, ampliando de esta manera el fenómeno de sufrimiento y de dolor.

“Pero cuando si obviamente pone el riesgo la vida de la madre, es un feto inviable viene con malformación, por qué hacer pasar por esa situación a la familia yo encuentro que no, se pueden evitar” (Matrn 2, Ginecología y obstetricia, Hospital).

Así, el profesional se posiciona en la segunda causal de la Ley de Interrupción de Aborto, que remite a situaciones de inviabilidad fetal con carácter letal. En aquellas circunstancias el matrn plantea que no debiera ser necesario hacer pasar a las familias y a las mujeres por estas situaciones de dolor y sufrimiento.

También asociado al trauma, se plantea la existencia de un síndrome post aborto que tendría que ver principalmente por la culpa que sentirían las mujeres al darse cuenta de lo realizado con el aborto. De esta manera se plantea una culpa que continúa de por vida.

De este modo, en el discurso de una asistente social se menciona el hecho del sufrimiento de las mujeres luego de abortar, cuestión que lo relaciona con el síndrome del post aborto. Cabe destacar que en todo el relato de la profesional está presente el elemento del asesinato, culpa y la muerte como significación del aborto.

“...y ese anticipo de la muerte es asesinato. Ese excursus, volvemos al... eh, que hay una juicio, ojo, a las madres. Una madre está, se siente peor para matar para... incapaz para llevar el sufrimiento, que tenga otra alternativa para apoyar a la mamá que tiene, que está sufriendo y va a sufrir y va a sufrir más después de que se pegue el alcachofazo que mató anticipadamente a su hijo. Porque nadie habla de los efectos de síndrome postaborto. Estoy un poquito apasionada con el tema porque hoy hay reunión de comisión en el senado a propósito. Bueno, y llevo trece años en ese acompañamiento” (Asist. Social, Comité de ética, Clínica religiosa).

Sin embargo, variados estudios nos plantean un rechazo hacia el síndrome traumático post aborto o la existencia de efectos traumáticos asociados a este evento (Amuschástegui, 2005, Fielding y Schaff, 2004, Knowles, 2007; López y Carril, 2010,). De esta manera, siguiendo estos estudios podemos plantear que las consecuencias mencionadas del aborto, no se relacionan con el hecho en sí, sino que tienen un asidero en predisposiciones sociales anteriores, que se pueden asociar a



la construcción de mandatos sociales rígidos en torno a la feminidad, conectados a la maternidad; puede deberse al contexto social y legislativo del país, por ejemplo, que criminaliza a las mujeres en estas situaciones produciendo un entorno punitivo hacia éstas, entre otros elementos.

Contraponiendo el discurso de la profesional con estudios relacionados con los efectos psicológicos del aborto, podemos destacar que “un hallazgo relevante aportado por algunas investigaciones refiere a que el momento de mayor angustia psicológica para una mujer se ubica en el período anterior al aborto (Major et al. 2000; Major, 2003; Cohen, 2006; Pope, Adler y Taschann, 2001). Mientras que el alivio es el sentimiento predominante luego de su realización (Adler et al., 1990; Adler, 2000). Mujeres con creencias religiosas muy fuertes, que viven en países donde las leyes son muy restrictivas y/o en sociedades donde están expuestas a una gran presión social, pueden sufrir mayores consecuencias psicológicas adversas” (Langer y Glas, 2003 en López y Carril, 2010: 26).

Por otra parte, Dides et al destacan que “de acuerdo a un estudio realizado por Sarah Schmiege & Nancy Russo, publicado en el British Medical Journal, indica que aquellas mujeres que se practican un aborto de modo voluntario no tienen más riesgos de padecer trastornos psicológicos que aquellas que deciden llevar a término su embarazo y ser madres. Debido a la falta de evidencia científica, la Asociación Psiquiátrica Americana no reconoce al “síndrome postaborto” como un diagnóstico de salud mental. Este síndrome se explica más bien por la violación de los derechos humanos que conlleva consecuencias en salud mental, social, psíquica y física. Todas las mujeres que han sido entrevistadas han comparado su experiencia a una verdadera situación de tortura. Mujeres que viven con secuelas físicas y psicológicas que requieren tratamiento y rehabilitación y eso puede ser a lo largo de su vida” (2015: 171).

De este modo, podemos establecer que las consecuencias del aborto sobre las mujeres tienen que ver con el medio social en el que se desenvuelven, es decir con las restricciones o no que existan en torno al aborto, así como las significaciones sociales que se le den a éste hecho. Asimismo, reconocemos que existen construcciones de identidad de mujeres que están más vinculadas a lo religioso, lo que sería también un factor de riesgo en términos de las consecuencias que puede generar el aborto en ellas mismas.

Un ejemplo de lo anteriormente mencionado tiene que ver con la experiencia que se ha dado en México donde “mujeres que se enfrentan a embarazos no planeados rechazan la posibilidad de

interrumpirlos, aunque la práctica sea legal, por considerarla contraria a sus principios religiosos y por el peso que siguen teniendo las sanciones sociales y morales hacia las mujeres que abortan” (Amuchástegui et al, 2015: 172).

De esta manera, nos podemos aventurar a señalar que las significaciones del aborto así como sus consecuencias, no sólo tienen que ver exclusivamente con el marco legal existente en cada país, aunque reconocemos que es un factor fundamental, podemos observar que también existen elementos que tienen que ver con la construcción social y cultural de los significados del aborto y la adopción de la religiosidad en dichas instancias.

En este sentido consideramos que los efectos que produce el aborto se deben a una imbricación de elementos conectado a cómo se significa el aborto, por ejemplo si se plantea que es un asesinato y la culpa que esto conlleva, cómo se concibe la identidad hegemónica femenina, cómo se adopta la práctica religiosa, y el contexto legal que se desarrolla. Todos estos elementos pueden llegar a producir una experiencia de dolor, sufrimiento y trauma en las mujeres que han abortado clandestinamente.

#### **10.4.1. La noción del aborto como “segundo trauma” tras la violación**

En relación a la causal de violación, una médica anesthesióloga de un comité de ética de un hospital, nos plantea que el aborto es un segundo trauma, debido a que se le significa como un asesinato. En este contexto, se plantea como primer trauma la violación mientras que el segundo es el aborto que termina con la “vida de un inocente”.

“Sin embargo yo estoy en contra de eso, no acepto el aborto bajo ningún punto de vista, porque una niña o mujer que ha sido violada, que ya ha sido violentada una vez, someterse a un segundo dolor intenso de matar a un niño que sería un cargo de conciencia es un dolor sobre otro dolor, para mí son dos heridas o cicatrices que no van a sanar fácilmente” (Médica anesthesióloga, Comité de ética, Hospital).

En esta postura no existe el reconocimiento de la autonomía, ni tampoco de la capacidad de agencia de las mujeres, quienes son interpeladas a continuar sus experiencias, resignificando la vivencia. Incluso, en la siguiente cita, de una asistente social del comité de ética de una clínica religiosa, plantea que, según estudios científicos, aquellas mujeres que continúan la gestación resuelven mejor el trauma en comparación con las que abortaron.

Sin embargo, podemos reconocer que, en el marco chileno, el segundo trauma se produce no por abortar sino porque existe (al momento de hacer las entrevistas) un contexto político, legislativo-judicial y cultural que criminalizaba a las mujeres que abortaban.

“Incluso, con esta ley actual, el mismo violador no hay obligación de denuncia: yo soy el tío, la llevaba al estadio, la devuelvo a la casa y la sigo violando, ¿me entiende? Y para la mujer no se resuelve. El problema de ella es la violación, no el embarazo. Y el trauma no se resuelve con un segundo trauma más. Por mucho de que sea de un violador, es mi hijo. Y de hecho hay un estudio en Estados Unidos, que hicieron, allá es legal, (balbuceo) el aborto es legal, hicieron un estudio en caso de violación. Mujeres violadas que abortaron, que tuvieron el niño en adopción, y que tuvieron el niño y se quedaron con él. En el estudio, las que mejor resolvieron el trauma de la violación fueron las que se quedaron con el niño” (Asist. Social, Comité de Ética, clínica religiosa).

En el contexto del discurso de la profesional se puede visualizar una preocupación respecto de la denuncia del violador lo que, según la profesional, puede recaer en que las violaciones sean reiteradas. Sin embargo, al revisar la Ley 21030 que despenaliza la interrupción voluntaria del embarazo bajo tres causales en Chile, se puede visualizar que existen medidas judiciales adoptadas en dicho contexto. Al respecto, por ejemplo, en los casos de violación a menores de 18 años, la/el jefa/e del establecimiento de salud debe denunciar el delito, mientras que si la mujer es mayor a 18 años, el/la jefe/a del establecimiento debe poner en conocimiento del Ministerio Público el delito, para que se investigue al/los responsables.

Asimismo, la profesional nos destaca que el problema no es la situación de gestación, sino que más bien redundaba en la violación propiamente tal. Sin embargo podemos comprender que es un mismo fenómeno, en el sentido de que la gestación constituye la consecuencia de la violación y por ende, las mujeres comprenden el fenómeno de manera atada, vivenciando el sufrimiento de cargar con una gestación no deseada e impuesta a la fuerza por medio de la violencia sexual.

En el discurso de una psicóloga de cuidados paliativos de un hospital se destaca que el trauma de la violación tiene impacto en el proceso de gestación. En ese sentido, la violación tiene una repercusión emocional en distintos ámbitos de la vida de la mujer, implicando que llevar la gestación adelante será un proceso doloroso. Por estos motivos la profesional considera que no es apropiado continuar con estos tipos de gestaciones en los que la mujer no se siente disponible ni en condiciones de dar a luz a un bebé producto de una violación.

“Porque bueno lo de la malformación congénita, lo de la violación es más trauma antes... estoy de acuerdo en la medida que la persona que le tienen que realizar el aborto tenga una buena fundamentación porque no sé, yo creo que y se ha demostrado, una persona que sufre violación es un trauma terrible que lo recuerdan siempre y poder sacarla de esa depresión o de ese trauma que vivieron, igual es trabajo y lleva mucho tiempo, a menos que tenga un buen mecanismo de defensa y son los casos, y está demostrado que la guagüita siente todo lo que la mamá está sintiendo, entonces si vive un embarazo depresivo la guagüita viene con esa carga y entonces imagínate el bebé, tampoco se va a criar bien, o tampoco va a crecer bien dentro de la guatita si la mamá está llorando todo el día, si la mamá está depresiva, esa mamá no está bien psicológicamente, entonces cuando la guagua nazca tampoco va a estar bien ni lo van a estar esperando con los brazos abiertos, en el fondo ese bebé es el trauma que te dejó, por ese lado estoy de acuerdo. Ahora si la mamá tiene otras creencias y considera que el bebé no tiene la culpa y realmente no tiene la culpa y decide tenerlo, en el fondo a futuro igual ese bebé va a tener sus trancas y sus cosas, y esa mamá va a tener que querer a ese niño con todas sus trancas, entonces tampoco será un adulto sano después, y está comprobado por la carga genética y psicológica” (Psicóloga, Cuidados Paliativos, Hospital).

De esta manera, la profesional destaca el impacto que tiene la violación en los procesos de gestación y lo proyecta hacia el futuro, en el sentido de considerar que todos los elementos psicológicos vivenciados en la gestación, producto del trauma de la violación, se ven reflejados posteriormente en el futuro bebé. En esta dirección la profesional, acudiendo a un argumento más bien proyectivo, apoya el aborto en determinadas circunstancias.

Al respecto es interesante indagar en lo que plantea Murgueytio, quien sostiene que “las consecuencias tras una violación sexual se presentan en todo nivel (psicológico, físico y social) dentro del individuo, pero sobre todo es una experiencia que transgrede el self de la persona (Clark, 2014). Dicho de este modo podemos entender que el atravesar por un evento como éste, más el hecho de quedar embarazada como producto del asalto sexual, “son experiencias traumáticas sumamente intensas y desestructurantes que desbordan las capacidades del psiquismo para entenderlas, representarlas o darles sentido” (Pérez, et al., 2014)” (2018: 73).

De esta manera, es posible concluir que la violación y la posterior gestación contienen consecuencias graves para las mujeres, quienes además de llevar adelante una gestación impuesta han sido receptoras de un daño extremo que atenta contra todos sus derechos humanos y que las pone en jaque en los ámbitos psicológicos, físicos y sociales.

#### 10.4.2. La elaboración de duelo en el marco del aborto

En el discurso de un matrn de ginecología y obstetricia de un hospital, se señala el momento del duelo en los casos que han existido abortos espontáneos donde las mujeres voluntariamente esperaban el nacimiento de su bebé. En estas circunstancias el matrn destaca que se hace todo un proceso administrativo que permite entregarle sepultura a los restos.

“(Entrevistadora: ¿Qué rol has tenido que jugar tú?) Primero la acogida a aquella paciente que está con un aborto, luego el acompañamiento en todo lo que es la parte de hospitalización y en pabellón y posteriormente también tenemos que ver toda la parte como administrativa porque tenemos muy buenos elementos para todo lo que es la parte el duelo” (Matrn 1, Ginecología y obstetricia, Hospital).

De esta manera el profesional destaca que ha estado en todo el proceso hospitalario de las mujeres que han tenido abortos, desde la acogida, pasando por el acompañamiento hasta en el procedimiento administrativo. Dicho rol y proceso apunta a la elaboración del duelo de la mujer.

Sobre el duelo podemos señalar que Butler (2006) lo concibe como una transformación para siempre de quien lo vive, a causa de una pérdida. En este sentido no coincide con Freud quien plantea el duelo más bien desde la sustitución de una pérdida. En esta dirección la filósofa relaciona el duelo con la aceptación de sufrir un cambio cuyo resultado no lo podemos prever, no lo podemos medir ni planificar.

Sin embargo, Aries (1983) nos plantea que en la actualidad existe una supresión del duelo, que no se debe a la supresión de los/as sobrevivientes sino más bien a la coacción de la sociedad que produce una actitud de mayor control y reserva frente a la muerte, la cual es rechazada.

De este modo, el autor haciendo una lectura de la investigación de Gorer, lo cita señalando: “en la actualidad se admite al parecer, como hecho completamente normal que hombres y mujeres sensibles y razonables puedan dominarse perfectamente durante su luto a fuerza de voluntad y de carácter. No tienen pues necesidad de manifestarlo públicamente (como hacía en los tiempos en que no tenían la voluntad de controlarlo y de retenerlo), todo lo más se toleraba que o hiciesen en privado y furtivamente, como un equivalente de la masturbación (en Aries, 1983: 481).

Asimismo, se destaca la experiencia de otra institución cristiana, específicamente católica, que realiza acompañamiento y servicio de sepultación de los restos producto de abortos, junto con la realización de una ceremonia católica. Se destaca la importancia de esta labor en la medida que permite a las mujeres y a los/as familiares elaborar el duelo, ya que en muchas ocasiones eran gestaciones deseadas que devinieron en abortos espontáneos.

“Todas aquellas mujeres que tienen aborto se les ofrece (...) un programa de sepultación de restitos. Se llama a las familias cuando se va a hacer la ceremonia y una ceremonia bien linda, es católica, la cual hay presentes un cura, un reverendo que hace como toda esta parte de partida de los restitos y nada po, le van poniendo sobre el (....) son cajitas chiquititas, son bebés, porque acá van todo, van bebés fallecidos, abortos muy pequeñitos, todo se lo van colocando en el porta ataúd y lo bajan después al incinerador, una ceremonia bien linda que yo creo que les permite a nuestras mamás completar el duelo, yo creo que es muy necesario, es un lugar porque no hacen como personalizado estos restitos sino que lo hacen como común entonces hay un lugar como un memorial donde uno puede ir” (Matrón 1, Ginecología y Obstetricia, Hospital).

Cabe mencionar que el profesional destaca la relevancia de entregar una sepultura a los bebés y a los productos de gestación, en el sentido de que existe una necesidad por generar un cierre en estas circunstancias, donde si bien en muchos casos no hubo una inversión humana en dichas vidas (Dworkin, 1994), si existió una inversión natural y un establecimiento de posible proyecto de vida que se desarma frente a circunstancias de salud.

#### **10.4.3. El sufrimiento presente en los embarazos con inviabilidad fetal con carácter letal**

Los/as profesionales de la salud destacan también experiencias relacionadas con el acompañamiento a mujeres que se han encontrado con gestaciones con inviabilidad fetal de carácter letal. De esta manera la enfermera de cuidados paliativos de una clínica no religiosa, que narra su experiencia a continuación, señala haber quedado marcada emocionalmente por dicha situación, en la medida que relata el desarrollo de una empatía especial frente a la mujer, logrando ponerse en su lugar y compartir las sensaciones de sufrimiento que ésta experimenta.

Para situarnos en el relato, la profesional destaca que la experiencia fue vivenciada por una mujer joven que recientemente se había casado decidiendo, junto a su pareja, tener un/a bebé. El período de gestación transcurrió normalmente hasta el cuarto mes, momento en el que se detecta una anencefalia:

“Y hubo que acompañar a esa madre durante todo su periodo de, eh, gestación, ella sabiendo que su bebita, primero que nada, era inviable. Fue intensísimo estar en este caso, comenzó con apoyo

psicológico y psiquiátrico desde ese momento, para aceptar y, además, que tú la veías en la calle, la veías aquí en la Clínica y era una embarazada más, con la guatita hermosa (...) yo en algún minuto conversé con ella, eh... y ella estaba destruida porque me decía, “yo lo único que quiero es terminar esto, porque tengo una pena infinita, que no logro canalizar en este momento, o sea, yo sé que todas las cosas que me están diciendo son para mi bien, tengo la compañía de mis padres, mis suegros” porque ella veía, se veía, o sea, te imaginai en la mañana levantarte, ducharte, verte la guata todos los días (...) Bueno, la niña no, no perdió el bebé po, no lo perdió durante ninguna etapa de, de... Nació en un parto normal y con contracciones (...) Mira, ese día cuando llegó, el silencio era absoluto, los abuelos estaban en la pieza esperándola, a ella la llevaron a la sala de parto con contracciones, el equipo se juntó y... y nunca había visto tanto, tanto silencio en una sala de parto, porque todo el equipo sabía cuál era la condición especial de ese bebito. Entonces, después nació el bebito, estaba el papá, estaba ella, eh, ella lloraba como una magdalena, porque, además, cuando nació la bebé, la envolvieron en la cabecita con un pañito blanco. Y... y ella la tenía y se la pusieron tal cual como cuando uno tiene un bebé, encima del pecho y ella lloraba, lloraba, todo el mundo lloraba, todo el mundo lloraba, todos, todos lloraban... alcanzó a irse a la pieza, donde la estaban esperando los abuelos, que ya habían visto la urna (...) Para llevárselo y la bebé duró más de un minuto po galla, dura como tres horas en la cual, la mamá la tuvo todo el rato en brazos, estuvieron contemplándola todo ese minuto, en ese minuto le pusieron un nombre y en ese minuto la conoció y vivió con ella, o sea, la curva de la vida, o sea, el nacer, vivir y morir, fue en tres horas” (Enfermera, Cuidados Paliativos, Clínica no religiosa).

Como ya hemos señalado previamente, al momento de esta experiencia, el aborto en caso de inviabilidad fetal con carácter letal estaba penado por ley en Chile, implicando que las mujeres que pasan esta situación se ven enfrentadas a una vivencia de sufrimiento extremo.

Tal como señala el relato, la mujer no desea pasar por esta situación y frente eso se desarrolla todo un sistema de acompañamiento psicológico y psiquiátrico para enfrentar el parto. Es un parto con dolor, no sólo físico, sino un dolor emocional que trasciende la comprensión racional. No sólo se ve afectada la mujer y su familia, sino que también se ven afectados el personal sanitario que acompaña a la mujer.

Complementando lo anterior, en el estudio de Casas et al, se destaca que “el embarazo del malformado resulta estresante para el equipo, ya que las matronas no tenemos las herramientas para enfrentarlo y no involucramos afectivamente con las mujeres” (2013:108), en dicho contexto, el personal sanitario asume estos eventos como ocasionales, aunque con la complejidad de no sentirse preparados/as técnica ni emocionalmente para enfrentarlos.

Cabe destacar que en las horas de vida del bebé, según la profesional, se desenvuelve toda una performance de la vida y la muerte. En esos minutos se le nombra, se le conoce, se le vincula y al mismo tiempo se la deja ir.

Sin duda alguna, es una experiencia límite la cual debiese ser elegida, es decir, las mujeres que no desean pasar por dicha experiencia no debiesen asumirla dada la intensidad emocional y el sufrimiento que provoca. Cabe destacar que en la actualidad en Chile ya existe despenalización del aborto por esta causal -“inviabilidad fetal con carácter letal”-, lo que ha implicado que 250 mujeres han detenido su embarazo (MINSAL, 2018), cuestión que no logró realizar la mujer del relato.

Al mismo tiempo, a través de la cita podemos constatar la cuestión de los silencios asociada a la muerte, en el sentido que la profesional destaca sobre cómo en la habitación el silencio es sepulcral porque todos/as quienes se encuentran en dicho espacio, saben lo que sucederá, en el sentido de la muerte inminente de la bebé. De esta manera podemos pensar en lo ceremonial que se constituye la sala, la espera, el respeto, el dolor impregnados por la muerte inminente.

En el relato de un médico obstetra de Ginecología y Obstetricia de una clínica religiosa, se detalla el momento en que tuvo que recibir un parto que implicó que el bebé muriera en sus manos. Sin lugar a dudas esta es una experiencia compleja que lleva, al mismo tiempo, a cuestionarse a dicho profesional, sobre la necesidad o no de tener que pasar por este tipo de experiencias. Al respecto el profesional sostiene que en realidad no es necesario hacer vivir una experiencia dolorosa para los/as implicados/as.

“Fue cuando tuve que atender un parto de una paciente mía que venía con una malformación incompatible con la vida, tenía una genesia renal intestinal, así que no tenía riñones la guaguüita, y ella ya había tenido dos hijos antes, entonces ya había tenido dos partos vaginales por lo tanto la buena praxis decía que tenía que haber un parto. Tuvimos que llegar hasta el final del embarazo porque en Chile no se permite el aborto. Llegamos hasta el final del embarazo, las 39 semanas, súper bien, la guagua estaba podálica con las patitas hacia abajo y eso en Chile y en todos lados es indicación de cesárea, pero como ella ya tenía dos partos y esta guagua era incompatible con la vida la indicación era un parto. Tuve que atenderla, y la guagua se murió en mis manos. Eso ha sido lo más intenso y lo que me ha hecho cuestionar (...) si vale la pena hacer pasar al médico y a su paciente algo así, yo creo que no” (Médico obstetra, Ginecología y Obstetricia, Clínica Religiosa).

En este sentido es interesante cómo en el relato del profesional se van viendo las indicaciones médicas y legales, y como aquello se cuestiona en la misma experiencia. Así, el profesional relata que tuvieron que esperar al término del embarazo, pese a que sabían que no existía posibilidad de vida para ese/a bebé, mientras que por otro lado habla de las indicaciones de hacer o no hacer cesárea, según las características del parto y los antecedentes de embarazos anteriores de la mujer. De este modo se evidencia un accionar limitado, en base a la experiencia, las indicaciones médicas y el contexto legal.



Entre los y las profesionales que se posicionaron a favor de legislar en torno a la causal de inviabilidad fetal con carácter letal, la cuestión de los contextos resulta relevante, en el sentido de considerar sobre cuáles son las condiciones de las mujeres y sus familias, así como el ambiente emocional que viven frente a la noticia.

Asimismo, planteamos el resultado al que se llega con la prohibición de dicha causal, en el sentido de establecer, en palabras de una médica oncóloga de un comité ético de una clínica no religiosa, que no existe beneficio para ninguno/a de los/as involucrados/as, imprimiendo la experiencia del dolor y haciéndola más larga y profunda.

“O sea, pienso que de, por ejemplo, el caso de un feto no viable, proseguir con ese embarazo, para mí es un tratamiento fútil, para mí solamente produce más dolor, no produce ningún beneficio. Es como no mirar la muerte a la cara, nada más” (Médica Oncóloga, Comité de Ética, clínica no religiosa).

De este modo la profesional habla de la futilidad, es decir, del sinsentido que tiene la práctica clínica al no realizar un aborto en los casos de inviabilidad fetal con carácter letal. La profesional establece que es un “no mirar a la cara de la muerte”, cuestión que se prolonga a través del embarazo y que sin duda se llega a concretar de un modo doloroso.

En el discurso de una enfermera de cuidados paliativos de una clínica religiosa, se plantea que no sólo existe dolor y sufrimiento en la experiencia de inviabilidad fetal con carácter letal, sino que dicha experiencia produce daño, una marca imborrable en la historia de vida de las mujeres y de sus familias. En este sentido la profesional se posiciona a favor de la legislación de dicha causal. Incluso, habla de tortura, es decir, la experiencia de un dolor constante que maltrata y que deja marca en los cuerpos y en las emociones de las mujeres.

“Pero yo creo que, en este caso, en estas mujeres, son tan extremos, debería haber una visión un poquito más abierta (...) Porque creo que el daño y la, porque esto queda como una experiencia grabada a fuego, pero nadie mide el daño que te dura durante toda la vida (...)Entonces, creo que, en ese momento, eh... los paradigmas, los, todo, todos los conceptos, valóricos, todo lo demás, deberían medirse de nuevo, porque creo que es demasiado cruel [énfasis en esa palabra] (...) Es una crueldad máxima, es como torturar a alguien todos los días” (Enfermera, Cuidados Paliativos, clínica no religiosa).

Asimismo, en el discurso de una matrona de una clínica no religiosa, se destaca que a través de la experiencia ha podido comprobar que la mayoría de las mujeres que han pasado por estas

situaciones, hubiesen preferido haber podido poner fin a la gestación y no tener que pasar por una situación dolorosa de ver crecer su abdomen mientras saben el desenlace mortal que se avecina.

“O sea te digo, contado con los dedos de la mano, te dije llevo 20 años en esta clínica, contado con los dedos de la mano aquella mujer que dice qué bueno que tuve la oportunidad de despedirme. La mayoría dice si hubiese parado esto antes hubiese preferido hacerlo antes porque es un sufrimiento que traspasa” (Matrona jefa de Ginecología y Obstetricia, clínica no religiosa).

Un médico cirujano de cuidados paliativos de una clínica religiosa, plantea que ha tenido la oportunidad de conocer a mujeres que han querido llevar sus gestaciones a término, pese a la inviabilidad fetal con carácter letal, mientras que han existido quienes no han querido pasar por lo que él significa como tortura.

Teniendo esta experiencia, es decir, considerando y al mismo tiempo validando la existencia de dos posturas o formas de enfrentar el dilema, el profesional nos plantea que el problema es más bien la obligación. Es decir, la dificultad redundante en que exista la obligación de las mujeres de tener que pasar por una situación dolorosa que no todas quieren vivir.

“Con respecto al tema de la malformación incompatible con la vida yo tengo, allí no lo tengo tan claro, entiendo que, voy a explicar mi apreciación paliativa en el fondo que obligar a la mamá a llevar un embarazo que en el fondo es inviable. Yo creo que es una tortura, o sea puede ser una tortura porque me ha tocado tener experiencias de amigos que han decidido seguir con el embarazo hasta el final y ha sido una experiencia positiva, también tengo amigos que han decidido no hacer eso porque no estaban capacitados para poder en el fondo llevar a cabo un embarazo con ese final, no estaba capacitados emocionalmente, y lo entiendo también, entonces yo tengo como un problema con la obligación, obligar que la gente haga una acción definida, entonces en ese pucha hay una opción que es súper bonita que es llevando el embarazo hasta el final pero entiendo demasiado a la pareja que no es capaz de hacerlo” (Médico Cirujano, Cuidados Paliativos, clínica religiosa).

De esta manera el profesional se posiciona en dos casos posibles frente a la inviabilidad fetal con carácter letal, donde por una parte, se desea llegar con el embarazo a término y, por otra parte, donde se desea detener el proceso anticipadamente. Frente a esto el profesional destaca que ambas son posturas válidas, considerando la voluntad de las familias y de la mujer.

Al respecto, Casas et al (2016) a través de su estudio, plantea que “el sufrimiento que se impone a una mujer por la no realización de la interrupción del embarazo que ella solicite, puede ser evitado y no hacerlo es un trato cruel e inhumano. Hay mujeres cuyas elecciones respecto a la gestación del mal formado es esperar hasta que muera naturalmente; otras prefieren solicitar el

término del embarazo. Estas últimas, dependiendo de sus condiciones económicas, viajan fuera de Chile a realizarse la interrupción del embarazo, derivadas por sus ginecólogos o habiendo sido asesoradas para ello. En cambio, las mujeres atendidas en los centros públicos de salud están expuestas a la discrecionalidad del personal médico para proseguir con el embarazo o interrumpirlo a partir de la semana 22 de la gestación” (Casas et al, 2016: 115- 116).

En este contexto podemos ver las distintas posibilidades a las que acceden las mujeres, en función de sus capacidades económicas principalmente, lo que muestra que en este contexto existe una discriminación en términos de que para algunas mujeres existe la capacidad de decidir frente a una situación concreta, mientras que para otras mujeres esta posibilidad no existe debido a sus recursos.

La autora también destaca que las “Orientaciones técnicas del Ministerio de Salud” no recomiendan el adelantamiento del parto en los casos de inviabilidad fetal con carácter letal lo que constituye una negación hacia la integridad física y psíquica de las mujeres, “a su vez, el documento insta a evitar el duelo anticipado, es decir, que las mujeres experimenten la pérdida desde el momento del diagnóstico como un mecanismo de defensa problemático, porque no les permitiría hacer el vínculo con el bebé, provocando una situación más compleja si el malformado sobrevive” (Casas et al, 2016: 116). Pero nos preguntamos, ¿cómo es posible para una mujer no hacer un duelo anticipado conociendo las condiciones de salud del feto?, ¿no es acaso una petición heroica y poco racional dado el contexto por el que atraviesan dichas mujeres y sus gestaciones?

#### **10.4.4. Sufrimiento y dolor resignificados en la valentía y fortaleza**

En el discurso del personal sanitario podemos observar un reconocimiento del sufrimiento que viven las mujeres que se encuentran en situación de inviabilidad fetal de carácter letal. En este sentido dicho sufrimiento no sólo es vivido por la mujer sino que se extiende a la familia completa.

Sin embargo existen distintos modos de comprender el sufrimiento. Por una parte se plantea que esta experiencia es un destino al que se llega inevitablemente en estas situaciones, en las cuales no nos podemos arrogar el derecho a decidir.

En este sentido una abogada de comité de ética de una clínica religiosa cuestiona sobre quién tiene derecho a decidir, por ejemplo, los casos que se consideran como inviabilidad fetal, planteando que ni el Estado, ni las mujeres, ni los partidos políticos debiesen tener potestad de decidir sobre la vida de otro/a.

“El tener un hijo enfermo produce un gran dolor a la familia. En eso estamos totalmente de acuerdo. Pero, porque, o sea porque es anencefálico, ¿quién determina esas causales? Porque no llegamos a los niños con Síndrome de Down. ¿Quién determina lo que me va a producir dolor? Porque ese es el fundamento. Esto va a producir un dolor horrible y es muy probable de que muera antes de nacer o cuando nazca. ¿Ya? Pero, ¿quién determina eso? O sea, ¿el que yo nazca es el que, el que determina los que van a hacer, van a quedar en esta lista, como yo digo, la lista de Schindler? ¿Cuánto, de, de, por qué no ocupamos eso y lo alargamos un poco más? Solo niños que vivan hasta que tengamos una seguridad que van a vivir hasta los tres años. ¿Por qué no lo, no, nos deshacemos de ellos también? O por lo menos al primer año de vida. Me parece que es violar todos los Derechos Fundamentales que, en lo personal yo he trabajado hasta sacarme la cresta, o sea, hasta que me amenacen de muerte para, yo creo que todos tenemos que nacer y a vivir dignamente. Qué ni sea el Estado, ni la mujer, ni el partido, que determinen si yo nazco, muero o me desarrollo” (Abogada, Comité de ética, Clínica religiosa).

De esta manera podemos ver en el discurso de la profesional cómo se van estableciendo o mejor dicho, cuestionando una escala de valoración, en términos de la decisión que se toma en torno a la vida. Es decir, el cuestionamiento que la profesional plantea va en la dirección de plantear los límites para determinar sobre cuándo se decide por la vida de un/a otro/a, lo que se puede ver reflejado en el ejemplo que establece sobre los/as niños/as con síndrome de down. Es decir, quién tiene la potestad para establecer los límites en torno a decidir quien vive y quien muere.

Conectado a lo anterior, podemos ver que la profesional también cuestiona sobre quién determina las causales, planteando que no existe potestad, entre las personas, para hacer dichas determinaciones, y que aquello viola los derechos fundamentales, que para la abogada son principios inviolables.

También, desde un discurso proveniente de un médica anestesióloga de un comité de ética de un hospital, se puede apreciar cómo el sufrimiento lo resignifica en valentía. Es decir, la experiencia de dolor y sufrimiento vivida por las mujeres, es convertida en una experiencia heroica experimentada por quienes han llegado a término, con gestaciones con inviabilidad fetal. En dichas circunstancias la profesional menciona que las mujeres han podido estar con su bebé minutos, determinadas horas, y de este modo han podido conocerle.

En dicho contexto, “Vilar afirma que el sufrimiento es un esfuerzo personal, un no haber renunciado a sí mismo a pesar del dolor. El sufrimiento es una actitud de ser capaz de mantenerse frente a la adversidad; de ahí que habitualmente el sufrimiento implique crecimiento interior, pues uno debe desarrollar tantos recursos como esta le exija” (Vilas y Planas del Farnes, 1998 en Cabòs J 2013: 37). De esta manera el sufrimiento viene a ser un motor de crecimiento personal, lo que se conecta con la valentía que reconoce la profesional en el contexto de las experiencias vividas por mujeres.

“Yo he visto morir a niños, he asistido aquí a muchas mamás, mucho cariño porque soy básicamente muy católica y en mi formación mis valores hacen que cuando he tenido varios casos que las mamás han sido totalmente valientes y han sobre llevado el embarazo casi al final, hasta que dios disponga, 6 meses, 7 meses, y las hemos asistido con anestesia, analgesia para que no les duela, ha nacido el bebe y ha fallecido a los 14 segundos, un minuto, dos minutos, esos niños no han tenido mayor vida, pero por lo menos las mamás han tenido el gusto de quizás conocer su bebe, hay quienes quieren verlo inclusive malformados, yo lo quisiera también conocer mi bebé de mis entrañas” (Médica anesthesióloga, Comité de ética, Hospital).

Pero nos preguntamos, ¿por qué debe emerger en estas experiencias la valentía?, ¿no es acaso una resignificación del dolor y del sufrimiento que se transforma en abnegación?, una abnegación conectada principalmente a una feminidad hegemónica que pone el destino de la maternidad contra las mujeres, bajo toda circunstancia.

De esta manera, a través de las citas anteriores podemos ver que se entrecruzan distintos elementos que configuran la experiencia del embarazo con productos malformados. Por una parte tenemos el cuestionamiento sobre quien toma la decisión, es decir, se cuestiona que sean las personas (mujer, políticos/as, etc.) quienes determinen las causales por las que se permite poner fin a una gestación. Y por otra parte tenemos la visión del sufrimiento como actor heroico y de valentía.

Esto lo podemos ligar con una construcción de la abnegación bajo el sufrimiento, en el sentido que se le entrega una resignificación a la experiencia de sufrimiento y dolor convirtiéndolo en un acto que debe ir más allá, que debe soportarlo todo, que consideramos que implica también generar una homogenización de la experiencia. Es decir, se plantea que todas las mujeres deberían afrontar de ese modo la situación, sin cuestionarse los contextos y las voluntades frente al hecho.

En este sentido pensamos que esta configuración argumentativa tiene su asidero en la construcción del mandato de la maternidad, a toda costa y bajo cualquier circunstancia, al mismo tiempo de responder a elementos relacionados con la sacralidad de la vida, sin preguntarnos por la vida digna y por la autonomía de las mujeres que se encuentran en estas situaciones.

Según algunos autores, como Rojas et al., “el dolor y el sufrimiento pueden también ser considerados fuentes de maduración, crecimiento y virtudes enaltecedoras, tanto en la vida cotidiana como en situaciones heroicas” (2004: 74). Este es otro modo de ver el dolor y el sufrimiento, distinto al que revisábamos anteriormente, en la medida que dichas experiencias permiten el empoderamiento de la persona, en el sentido de un crecimiento o resiliencia frente a las vicisitudes de la vida.

Rojas et al. (2004) identifican que el modo de observar estas experiencias de un modo positivo, remiten a las percepciones que existían durante la Edad Media y el Renacimiento, períodos en que, desde el cristianismo, se concebía el dolor y el sufrimiento como una forma de purificación y expiación que les permitía la entrada al cielo.

Sin embargo, es necesario destacar que si bien ha sido la religión la que ha operado principalmente con esta noción “positiva” del dolor, en experiencias que se encuentran fuera del ámbito religioso también se pueden encontrar experiencias donde el sufrimiento sirve para crecer o para pasar a un nuevo estado subjetivo frente a la vida.

Choza (1980), al realizar una revisión del dolor y el sufrimiento destaca que existen distintas vertientes filosóficas que lo abordan, dejando aparte la noción religiosa, en particular del catolicismo, en la medida que la considera una interpretación teológica más que filosófica y por lo mismo su tratamiento es diferente. En dicho contexto, el autor destaca que la liberación por medio del dolor, sólo tiene sentido “en función de dos hechos inaccesibles a la filosofía: el pecado original, o acto originante del mal, y la elevación al orden sobrenatural y la redención, o acto por el cual el dolor y el sufrimiento son mediatizados para el bien según un procedimiento que excede la lógica de la naturaleza humana” (Choza, 1980: 56).

Ahora bien, Choza (1980) señala que esta explicación no significa que las personas ajenas al cristianismo no puedan resignificar el dolor y el sufrimiento a través de la purificación y liberación,

sino más bien, que los orígenes de la explicación del dolor y el sufrimiento apelan a elementos que no son necesariamente lógicos o racionales, remitiendo a mitos religiosos.

En este contexto nos preguntamos si es adecuado elaborar este tipo de argumentos, respecto de la resignificación del dolor y del sufrimiento, a todas las personas, es decir ¿estas explicaciones, no se deben más bien a contextos y a formas de ver la vida y la muerte que dependen de las personas en particular, más que la voluntad de hacer una interpretación genérica de estas experiencias sin considerar la particularidad de quienes las viven?

El discurso de una asistente social de un comité de ética de una clínica religiosa va incluso más allá, en el sentido de establecer la existencia de un sufrimiento de muerte y otro sufrimiento de vida. El sufrimiento de vida se conecta a las experiencias de aquellas mujeres que han continuado con sus gestaciones, en los casos de inviabilidad fetal, mientras que el sufrimiento de muerte lo significa con aquellas experiencias donde las mujeres han abortado.

“Es una razón absolutamente egoísta por aliviarme un sufrimiento, yo, mamá. Porque no sé lidiar con eso, ante la plenitud que significa le voy a dar a mi hijo toda la vida que pueda, aunque sean nueve meses y un día. Esa decisión de sufrir por amor no planifica a la mamá. Lo he visto, he visto la conmemoración en un año después que hacen una misa y llevan recuerdo como si fueran bautismo como estos, estos encitaos. ¿Tú creí que una mujer que se hizo un aborto terapéutico va a hacer un día de fiesta o va a poder celebrar el día de la muerte de su hijo, porque lo mató ella? Va a ser un día que quisiera borrar del calendario, ¿por qué?, porque la razón que hay de fondo es una razón de miedo a sufrir, cuando el sufrimiento va a estar igual, igual y peor porque piensa que es un sufrimiento de muerte, no un sufrimiento de vida. ¿Me entiendes? Hay, hay, en esta sociedad hay una compr, una mala comprensión del sufrimiento, entonces la alternativa, uno dice, pero cómo vas a obligar a esa presión de una mujer a sufrir. A ver, cuando una persona sufre, y sufre acompañada es capaz de sobrellevarla; el problema está cuando el sufrimiento es solo. Y la muerte es sola. Es lo que es, mi experiencia. Si yo acompaño a un paciente, a una mujer que va a pasar, el sufrimiento produce amor, produce vida, produce plenitud, no desesperación, produce paz. La causal de mal formación, de partida, el matar, porque, el socolor de que viene que va a morir igual, eso es mentira. (Balbuco) la mujer puede digitar, con dolor, el embarazo, la guagüita va a estar bien igual, la va a poder conocer, la va a poder (...) en lo que sea, le va a poder dar un beso y una sepultura, una foto familiar. Ese niño existió en mi vida y yo le di toda la vida que pude darle. Entonces hay una falacia de querer hacer un derecho de matar a un niño y creyendo que eso es un alivio para la mujer que viene un niño con una mal formación. Pero eso también va por el mal concepto de la muerte” (Asist. Social, Comité de ética, Clínica religiosa).

En esta dirección la profesional, haciendo un continuo de su discurso a lo largo del presente análisis, nos plantea el aborto como un asesinato, cuestionando la posibilidad de que las mujeres que han abortado, puedan por ejemplo, conmemorar el día de la muerte de los productos de la gestación. De esta manera la profesional habla de la posibilidad de existencia, es decir la

posibilidad de entregarle una realidad, aunque sea acotada a la vida del bebé con malformación, al mismo tiempo de resignificar el sufrimiento en torno a la vida.

Así, el discurso de la profesional en cuestión elabora una regla general que la aplica a todas las mujeres, en el sentido que sólo entrega una visión dicotómica del dolor y el sufrimiento, en torno a la vida o a la muerte, sin establecer distinciones o considerar los diversos contextos y experiencias por las que pasan las mujeres que están en estas situaciones.

La profesional reconoce que el sufrimiento, en el sentido heroico, implica atravesarlo, lo que lo podemos leer como vivirlo o experienciarlo, permite sacar lo mejor de uno/a o también lo peor. Al respecto, podemos mencionar la postura de Altarejos (1990) quien concibe el sufrimiento como un acto de resistencia, un acto de lucha frente al dolor. Desde esta perspectiva se visualiza a la persona como una agencia capacitada de cambiar su estado de existencia.

Esta visión se encuentra bastante conectada con visiones desde el cristianismo, donde el sufrimiento, por ejemplo de Jesús en la cruz, implica atravesar un sufrimiento para lograr el perdón de los pecados de toda la humanidad. De este modo, el sufrimiento tiene una determinada recompensa, es decir, sirve de algo, no es en vano.

Sin embargo, nos preguntamos sobre el sentido de este sufrimiento para los/as usuarios/as, es decir, si consideramos los distintos contextos o vivencias es muy probable que para muchos/as de ellos/as la vivencia del sufrimiento no tenga dado que no se ancla en visiones cristianas.

En esta línea, es posible plantear lo que menciona Collado et al. (2011) en relación a la distinción respecto de la manera de abordar el dolor desde una perspectiva humanista y otra católica. En este contexto “en cuanto al dolor para los humanistas es un “absoluto sin sentido”, un disvalor; los católicos reconocen el derecho a la lucha contra el dolor, sin embargo, el dolor asumido adquiere significación positiva según el mensaje evangélico” (2011: 451).



## **10.5. Dilemas éticos en la práctica sanitaria en contextos de sufrimiento y dolor frente a la muerte**

En el discurso del personal sanitario también se plantean situaciones donde ha sido necesario decidir en torno a la vida y a la muerte, los cuales se relacionan con las nociones y la puesta en práctica de elementos tales como la limitación del esfuerzo terapéutico; los criterios utilizados para determinar la muerte; el uso de morfina, entre otros.

### **10.5.1. Dilemas en torno a la limitación del esfuerzo terapéutico en el marco del sufrimiento por una gestación con inviabilidad**

Se destaca el caso de una mujer que tenía una gestación inviable y que pedía que al momento de nacer, no se hiciera ningún esfuerzo médico por mantener con vida al bebé. Esta situación implica a lo menos dos situaciones límites, por una parte una mujer con gestación inviable donde, por el contexto legal chileno, no puede hacer nada más que esperar completar la gestación para que nazca el bebé, que posiblemente va a morir al poco tiempo. Y por otra parte nos vemos enfrentados/as al caso de una mujer que solicita al Comité de Ética que, tras el nacimiento de su hijo/a no se haga ningún esfuerzo médico para mantenerle con vida.

Esta última situación se conecta bastante con lo que plantea la Ley de deberes y derechos de los pacientes en Chile (2012), donde se establece que la persona usuaria es capaz de decidir si se continúa o no con un tratamiento. Sin embargo la situación es algo distinta, en la medida que es la mujer quien está tomando la decisión por el/la recién nacido/a.

De este modo, el Comité de Ética, de la clínica no religiosa estudiada, no accedió a la petición, argumentando que el/la recién nacido/a tenía derechos y por lo mismo la decisión de limitar el esfuerzo terapéutico no podía pasar por la madre, el padre o por el personal sanitario.

“Tuvimos un caso súper difícil en que nos enfrentamos a una situación en que la madre era una historia más o menos, ella estaba embarazada, el bebé tenía una patología diagnosticada a los pocos meses de embarazo que era incompatible con la vida. Como no tenemos legislado entonces tenía que seguir con el curso del embarazo sabiendo que esa guaguüita iba a nacer y tenía pocas probabilidades. Ella nos escribió una carta diciendo que su hermana había tenido el mismo caso, esa patología de su hijo, a este niño nació, lograron sacarlo a flote pero no vivió más allá de un año. Sin embargo el drama familiar, el sufrimiento de su hermana ella no quería vivirlo, entonces ella pedía que cuando este bebé naciera no hiciéramos nada (...) Nada, que en cierto modo lo dejáramos morir, sin hacer nada. Ahí nos puso en una encrucijada porque ahí vienen los otros

principios éticos, yo no puedo tener a alguien frente a mí sabiendo que puedo hacer algo y no hacer nada (Entrevistadora: ¿Y qué hicieron?) Le respondimos que nosotros no podíamos acceder a su petición, encontrando muy clara la justificación. Ahí nos asesoramos por todo el Comité de Ética en pleno (...) lo que nos estaba pidiendo los padres como ellos eran representantes de este chiquitito en cierto modo, pero él en sí tenía sus propios derechos, entonces ahí el comité nos recomendó escribirle a los padres y decirle que no podíamos acceder a su petición. Para nosotros como grupo de neonatología, maternidad y todo, era súper difícil, o sea no concebíamos quedar ahí parados frente a ellos sin hacer nada, distinto es si hace referencia a la eutanasia que yo haciéndote algo a ti, estando en un proceso y todo tú digas no quiero más, no quiero seguir con esto, entonces tú dices ya, a lo mejor hay que respetar su deseo de no seguir, no quiere seguir, pero este bebé...” (Matrona jefa de Ginecología y Obstetricia, clínica no religiosa).

En la cita podemos observar el dilema ético al cual se enfrenta el Comité aludido, en el sentido de tener que decidir entre los intereses de la madre y del padre, en torno a evitar medidas médicas que alarguen innecesariamente la vida del bebé, y por otra parte podemos ver que existe una conciencia –por parte del equipo médico- de los intereses propios del bebé, en términos de continuar viviendo.

Al respecto Dworkin señala que “no tiene sentido suponer que algo tiene intereses propios –a diferencia de que sea importante lo que le acontezca- a no ser que tenga o haya tenido alguna forma de conciencia: alguna vida psíquica además de física” (1994: 26).

En este caso nos preguntamos si el bebé, recién habiendo nacido, posee esta autoconciencia, en el sentido de que si bien posee vida psíquica ¿responde a la generación de intereses para la autoconservación?

De la misma manera, nos preguntamos sobre qué prevalece, por una parte se encuentran padre y madre evitando pasar por un proceso de sufrimiento y dolor ya que saben que el/la bebé morirá prontamente, y por otro lado se encuentra el equipo médico que, debido a los principios de la medicina, las indicaciones recaen en tratar de mantener con vida al bebé recién nacido.

### **10.5.2. Dilemas en torno a los criterios utilizados para la determinación de la muerte**

Vemos que los/as profesionales se encuentran, en ciertas oportunidades, enfrentados/as a situaciones donde existe un cruce entre sus conocimientos técnicos con dilemas éticos en torno a la vida y a la muerte. En ese sentido, en reiteradas oportunidades, se plantea que los/as profesionales deben tomar opciones en torno a continuar o no con la vida, o bien incidir en un proceso de muerte, como era el caso anteriormente descrito.

Estos dilemas se encuentran conectados también a las concepciones que existen en torno a la muerte, es decir, ¿en qué se basa el criterio médico para decir si un/a usuario/a está muerto/a, le queda poco tiempo de vida o sobrevivirá?

Estas preguntas no son de fácil respuesta, y tienen que ver con los contextos y acuerdos sociales en torno a lo que se define fin de vida o muerte. Al respecto Singer (1997) plantea que la forma clásica de considerar la muerte fue a través del planteamiento de que ésta se suscitaba cuando los fluidos vitales corporales cesaban. Sin embargo, esta definición generaba problemas, dado su carácter circular, es decir, cómo percibo la muerte, a través del cese de los fluidos corporales vitales, pero ¿cómo sé que dejan de ser vitales?

Siguiendo al autor, en el año 1968, la cuarta edición de *The Black's Law Dictionary* planteaba: "Muerte. El cese de la vida; el cese de la existencia, definida por los médicos como una interrupción total de la circulación de la sangre y, por consiguiente, un cese de las funciones animales y vitales, como la respiración, el pulso, etc." (Singer, 1997: 34).

Sin embargo, Singer establece que con el primer trasplante de corazón en Sudáfrica en 1967, y con el desarrollo del ventilador mecánico en Dinamarca para contrarrestar los efectos de la poliomielitis, se genera un nuevo tema: existen personas que pueden seguir respirando, a quienes les continúa latiendo el corazón, pero se encuentran inconscientes pareciendo que dicha inconsciencia continuará.

Esta situación comenzó a hacer crisis en la medida que los hospitales estaban con muchos/as usuarios/as inconscientes, conectados/as a respiradores, mientras que por otra parte existía la necesidad de dar respuesta a las múltiples solicitudes de trasplante.

Frente a lo anterior, el autor destaca que El Comité sobre la Muerte Cerebral de Harvard, en el año 1968, elaboró un comunicado que planteaba la definición del coma irreversible como un nuevo criterio de muerte, incorporando también la necesidad de trasplante de órganos entre sus argumentos. Sin embargo no es hasta 1981 que la Comisión Presidencial para el Estudio de Problemas Éticos en la Medicina de los Estados Unidos estudió el problema destacando un "consenso médico", que incluyó criterios muy similares a los del Comité de Harvard en torno a

considerar la muerte en aquellas personas que sus cerebros han dejado de funcionar irreversiblemente.

Prontamente dicha definición y criterio se extendió a lo largo de distintos países del mundo. Si bien el criterio fue difundido, no estuvo exento de posiciones que planteaban la posibilidad de continuidad de la vida tras la muerte cerebral, sin embargo Singer plantea que la relevancia de considerar el cerebro como indicador de vida y muerte no tiene que ver con su función coordinadora o integradora sino más bien, redundando en la importancia de la consciencia y de la personalidad. Por dicho motivo se toma la decisión por el criterio de la muerte cerebral.

Es interesante destacar que Singer reconoce que si bien se asumió el criterio de la muerte cerebral, no necesariamente el personal sanitario lo tenía incorporado en su discurso. Es así, como por ejemplo, el autor destaca un estudio realizado en Michigan a enfermeras/os y médicos/as, donde, al preguntarles sobre cómo abordarían a los/as familiares de una persona con muerte cerebral, dan por ejemplo, la siguiente respuesta “tendría que vivir el resto de su vida conectado a una máquina” (1997: 46).

Sin lugar a dudas el dilema del momento de la muerte atraviesa la práctica sanitaria del personal de salud, produciendo dudas a la hora de tomar decisiones sobre algún procedimiento o sobre el mantenimiento de medidas. Al respecto una profesional, médica oncóloga de un comité de ética de una clínica no religiosa, destaca que existe la figura de consultores/as éticos o bien los mismos comités de ética, quienes ayudan a tomar decisiones en estos casos, teniendo en consideración el contexto.

Asimismo en este marco existe la opinión de las familias, las que por lo general, en palabras de la profesional, se encuentran muy angustiadas. En este sentido la profesional destaca el tema del diálogo y la conversación, es decir, es a través de la comunicación se genera entendimiento y las familias acceden, por ejemplo, a retirar determinadas medidas médicas que están generando alargar la vida innecesariamente.

“Entonces ese concepto es complicado y muchos pacientes se quedan pegados en las UCIs por eso, porque el doctor no se atreve a sacarle la droga vasoactiva, porque no quiere hacer eutanasia (...) Y nadie quiere tenerlo ahí po, el paciente no quiere estar ahí, la familia no quiere estar ahí, la sociedad no quiere pagar esa cuenta (Entrevistadora: ¿Qué opina la familia al respecto?) La familia, en general, siempre está súper angustiada. Pero si tú le das la oportunidad de que... se expresen, en general, están por retirar las medidas... Y ahí es cuando nos llaman a los consultores, esa es la

pega en el fondo, hablar con la familia, explicarle esto, qué es lo que está pasando, pa dónde vamos, seguimos con todas estas medidas, sabiendo que su porcentaje de recuperación es cero, el día que le cortemos la ventilación se va a morir (Entrevistadora: Y a una persona que se va a morir y tiene respirador y solamente lo mantiene vivo el respirador) [Asiente] Esa es la discusión po... De ahí hay que ver los pros y los contras. Y hay que conversarlo con la familia y todos tienen que estar de acuerdo” (Médica Oncóloga CE Clínica no religiosa).

La médica oncóloga destaca que existen situaciones en que los/as profesionales de la salud, preocupados/as por no caer en una eutanasia, se exceden en realizar exámenes para comprobar la muerte del/la –teniendo en consideración la muerte cerebral como criterio en el marco sanitario chileno.

“Y cuando parten estas cosas como “ah, pero hay que llamar al neurólogo para diagnosticar la muerte cerebral y hagámosle un escáner para ver cómo está la corteza” y ahí sigues gastando millones y millones de pesos (...) ¿Para qué? pa justificarte frente a un marco legal, una... “es que no, es que, si nos demandan por eutanasia, es que la ley de derechos y deberes dice no... no acelerar la muerte”, es una interpretación equivocada” (Médica Oncóloga, Comité de ética, Clínica no religiosa).

De este modo la profesional destaca que se gastan millones de pesos, para diagnosticar la muerte cerebral, porque existe el temor de no acatar lo que señala la ley de derechos y deberes de los/as usuarios/as. Asimismo es necesario considerar que el paso del tiempo, en personas con muerte cerebral, genera un daño a los órganos lo que puede implicar la imposibilidad de trasplante (Singer, 1997).

Al respecto la profesional considera que existen interpretaciones erróneas, motivadas por el temor de no ajustarse a la ley existente, que llevan justamente a gastos materiales y emocionales innecesarios. En este sentido, el dilema que parece emerger en el discurso de la profesional radica principalmente en el esfuerzo terapéutico en relación a al ámbito legislativo, que se traduce en posibles demandas.

### **10.5.3. Dilemas en torno al uso de morfina, ventilación mecánica y sedoanalgesia para disminuir el dolor y el sufrimiento**

En relación a los procesos de fin de vida de usuarios/as de salud con enfermedades terminales, un médico internista de cuidados paliativos de una clínica religiosa destaca el tema de los objetivos médicos, señalando que en los procesos de fin de vida lo que se busca es lograr controlar el dolor.

En este contexto, el uso de morfina, por ejemplo, podría, eventualmente, acelerar el proceso de muerte, sin embargo la intención del profesional no es darle muerte al usuario/a sino controlar los síntomas. De este modo el profesional hace la distinción entre los procedimientos y los objetivos.

En relación a los objetivos clínicos es posible destacar lo que señala Betancourt: “se ha manifestado que salvar, curar y sanar al usuario/a enfermo han sido las funciones que, tradicionalmente, se le han asignado a los médicos; hay casos en que cumplir con estos objetivos ocasiona la prolongación de la agonía y el sufrimiento; es tan compleja la situación, que cuando ya no es posible curar o evitar la muerte el personal médico, tiene entonces la obligación de cuidar y aliviar” (2011: 260). De este modo, los objetivos clínicos deben estar supeditados a un contexto específico en función de las posibilidades reales que tiene el/la usuario/a en torno a su enfermedad.

Cabe destacar que Betancourt (2011) no se encuentra a favor de la eutanasia por considerarla una acción cuestionada éticamente, al mismo tiempo de realizar una distinción entre ésta y la limitación del esfuerzo terapéutico, que tendría sentido en la medida que las acciones médicas se vuelven fútiles en determinados escenarios.

Asimismo, tal como la limitación del esfuerzo terapéutico, el uso de la morfina, pese a eventualmente generar un adelantamiento de la muerte, busca disminuir el sufrimiento y el dolor de la/el usuario/a, y por este motivo el discurso del profesional se encarga de realizar permanentemente la distinción entre que lo que se busca no es la muerte sino sobrellevar la experiencia dolorosa o de malestar.

“Cuando nosotros dejamos medicamentos que eventualmente podrían acelerar el proceso de muerte pero entendiendo de que el paciente tenga una situación, o sea un pronóstico de vida muy limitado, menor a dos semanas, unos días etc. Si mi objetivo es aliviarle los síntomas al paciente y

yo le estoy dejando morfina para que no tenga dolor, no tenga, pero eventualmente es verdad que la morfina podría, podría porque no es algo seguro, acelerar el proceso de muerte, pero también el paciente está falleciendo entonces inevitablemente va a fallecer igual, pero si yo siento que para la tranquilidad de mi corazón y también con mi equipo que lo que estamos haciendo es aliviar su síntoma, yo no estoy buscando que el paciente se muera, lo que estoy buscando es que si el paciente tiene que fallecer lo haga cuando tenga que ser lo más tranquilo posible, entonces viéndolo desde ese punto de vista cuando nosotros aplicamos morfina, dosis para que el paciente esté sedado, por ejemplo, y pueda fallecer tranquilo, no es eutanasia, no estoy buscando que el paciente se muera, lo que estoy buscando es que si tiene que morir sea lo más tranquilo posiblemente, no estoy buscando activamente la muerte del paciente para aliviar su sufrimiento, estoy buscando el alivio del sufrimiento, pero si va a fallecer porque tiene que fallecer o falleció porque eventualmente claro le dejamos más de morfina y se deprimió el sistema respiratorio y se murió por eso, no es eutanasia porque yo no estaba buscando ese objetivo no lo estoy buscando de forma activa” (Médico internista, Cuidados paliativos, Clínica Religiosa).

De este modo, en el discurso del profesional, por medio de la morfina, busca la tranquilidad y el cese del sufrimiento del/la paciente. En este sentido se establece que no se busca la eutanasia, es decir, no se encuentra en los objetivos clínicos la intención de adelantar la muerte, sino más bien, se valen de instrumentos y medicamentos específicos para que el proceso de muerte sea lo más tranquilo posible.

Una situación similar al de la percepción de la morfina por parte de los/as usuarios/as ocurre con el uso de la sedación paliativa, donde las personas tienen la percepción de que dicha medida se vincula con los últimos momentos de sus vidas. Al respecto es interesante destacar una cita de un artículo de Porta (2007) donde se da a conocer el caso de Juan, quien padece de neoplasia pulmonar:

“Se le propone administrarle medicación para mejorar su ahogo, advirtiéndole que seguramente su nivel de conciencia disminuirá. Comenta, haciendo un gran esfuerzo, que no le importa quedarse dormido si es la única manera de aliviarle el ahogo. Su esposa, presente durante toda la conversación, se encuentra muy tensa; tiene dudas de que ello no sea una eutanasia, lo cual no le parece aceptable. Tras explicarle brevemente las diferencias entre la sedación paliativa y la eutanasia, vence sus reticencias iniciales” (Porta, 2007:45).

Cabe destacar que Porta et al. definen la sedación paliativa como “la administración deliberada de fármacos, en las dosis y combinaciones requeridas, para reducir la conciencia de un/a usuario/a con enfermedad avanzada o terminal tanto como sea preciso para aliviar adecuadamente uno o más síntomas refractarios y con su consentimiento explícito, implícito o delegado” (Porta et al. 2002). De este modo dicha medida, que muchas veces es considerada como eutanásica por los/las

usuarios/as o sus familiares, resulta constituir un recurso necesario para disminuir el sufrimiento y el dolor.

Asimismo, una médica oncóloga de un comité de ética de una clínica no religiosa también plantea el dilema en torno a determinados procedimientos médicos, particularmente en el hecho de que algunos/as médicos/as no desean sacar la droga vasoactiva a sus usuarios/ as por el temor de causarles la muerte.

“Entonces ese concepto es complicado y muchos pacientes se quedan pegados en las UCIs por eso, porque el doctor no se atreve a sacarle la droga vasoactiva, porque no quiere hacer eutanasia” (Médica oncóloga, Comité de Ética, Clínica no religiosa).

Este temor emerge también cuando existe el dilema entre mantener o no mantener funcionando la ventilación artificial. Esto, junto al uso tanto de morfina como de sedación paliativa, de acuerdo a los/as profesionales, son medidas necesarias para abordar el sufrimiento y el dolor de los/as usuarias/os que se encuentran en proceso de fin de vida, aunque suscitan dudas en sus procedimientos. Sin embargo, estas medidas también producen una percepción dubitativa entre los/as familiares y profesionales quienes muchas veces creen que se están realizando procedimientos eutanásicos.

A través de estas decisiones y experiencias podemos visualizar que existen dolores y sufrimientos más legítimos para ser abordados médicamente. Es decir, en estos casos que remiten a procesos de fin de vida, se utilizan medios para control del dolor y del sufrimiento, pero en el caso que veíamos recientemente, en torno a la inviabilidad fetal con carácter letal, hasta el año 2017, no se legitimaba judicialmente que la mujer pudiera poner fin a dichas experiencias límites, implicando que existen formas de abordaje tanto del dolor como del sufrimiento que son más o menos legítimas dependiendo del contexto y de los debates éticos y políticos que les atraviesan.

Asimismo, un kinesiólogo de cuidados paliativos de una clínica no religiosa también realiza la distinción entre realizar una acción activa para conseguir la muerte y entregar medidas que permitan el buen morir.

El profesional destaca que inducir la muerte es un asesinato, cuestión completamente distinta que si son procedimientos para controlar los síntomas. Al respecto el Grupo de Estudios de Ética Clínica de la Sociedad Médica de Santiago, destacan que “tampoco se debiera confundir con



eutanasia el hecho de utilizar medicamentos para aliviar el dolor, sin intención de causar la muerte, aun cuando ello pueda originar un acortamiento de la vida del paciente; es la llamada “acción de doble efecto”, también denominada del “voluntario indirecto”, que entiende que no se puede optar directamente por el mal y que no es éticamente apropiado alcanzar un buen fin mediante acciones malas, siendo esencial en esta consideración el objeto directo del acto” (2011: 644).

“La eutanasia para mí es acompañar el proceso de morir, pero no inducir a que se muera. Si yo lo estoy induciendo lo estoy matando, o sea, dígamelo con palabras bonitas, pero lo estoy matando, no es mi misión matarlo. Yo, mi mirada de vida, respetar la vida como sea. Si le puedo aliviar el proceso de dolor y darle morfina porque sé que va a sufrir menos, de acuerdo. Pero no estoy yo induciendo que se muera ¿ya? Es un gran dilema siempre, ¿cuándo le vamos a pasar la sedoanalgesia a un paciente que se está muriendo? Cuando uno ve efectivamente que es inevitable que el paciente se va a morir, si yo le puedo facilitar que no sea tan doloroso, la morfina bienvenida sea, esa es la mirada mía” (Kinesiólogo, cuidados paliativos, clínica no religiosa).

De esta manera el profesional avala el uso de la morfina en los casos donde existen procesos dolorosos para el/la usuario/a, aunque establece que el objetivo no es generar la muerte. Asimismo llama la atención que signifique la eutanasia como el proceso de acompañar al camino del morir y no como el acto médico que busca inducir la muerte a petición del/la paciente. Pese a lo anterior el profesional, señala que dicho acto se conecta directamente con el matar, que no se encuentra en su misión.

Es interesante destacar que un médico internista de cuidados paliativos de la clínica religiosa señala que en casos en los que las personas presentan una agonía muy aletargada, cuando mueren, constituye también un alivio para el personal sanitario debido a que “ven descansar” a la persona.

Frente a esta situación el profesional destaca un contrasentido, es decir, por una parte realizan acciones médicas que no buscan generar la muerte del usuario/a pero al mismo tiempo sienten una tranquilidad frente a la muerte del/la mismo/a. En este punto resulta central que en ningún momento se menciona la voluntad del usuario/a en el sentido de lo que quiere o no quiere en dicho proceso.

“Igual se da una situación bien especial que nosotros mismos cuando comentamos del fallecimiento de un paciente sobre todo que ha tenido una larga enfermedad o que ha sufrido mucho uno igual hace de repente comentarios como de qué bueno que falleció, como que bueno que terminó esto, ahora está descansando, entonces claro suena como paradójico, como yo estoy diciendo que no quiero apurar el proceso de muerte pero que bueno que falleció porque está

descansando, entonces como que estoy validando el hecho de que bueno que se murió, pero en realidad el concepto es que qué bueno que falleció tranquilo que era nuestro objetivo, que ese es el objetivo, que si el fallecimiento ocurre ocurra lo más tranquilo posible pero no es decir listo ya, matémoslo para que esto se acabó, no entonces yo no lo encuentro una herramienta válida” (Médico internista, Cuidados paliativos, Clínica Religiosa).

Al mismo tiempo pareciera ser que lo que se resguarda con mayor ahínco es la posibilidad de que la vida y la muerte se expresen de manera natural, es decir, pese a los tratamientos para aplacar el dolor y el sufrimiento, esperamos, como personal sanitario, que sea otra fuerza la que decida en torno a la vida y a la muerte.

Este elemento lo podemos conectar con lo que señala Dworkin (1994), Chía (2012) y Serrano (2013) sobre la inviolabilidad o sacralidad de la vida, como uno de los argumentos centrales en contra de la eutanasia en la medida que existe un reconocimiento divino en términos de considerar que sólo es Dios o la naturaleza son quienes dan y quitan la vida y, frente a dicho panorama, como personas no tenemos voz para la decisión.

## **10.6. Recapitulando**

Este capítulo es uno de los más extensos de la presente tesis doctoral, y esto no es porque se haya optado por un desarrollo distinto en cuanto a extensión, respecto a los otros capítulos, sino más bien responde al lugar que ocupan el sufrimiento, el dolor y la muerte en el marco de los discursos del personal sanitario chileno al momento de hablar sobre nociones y experiencias en torno al aborto y a la eutanasia. En este contexto no había indiferencia, y las situaciones dolorosas eran identificadas con claridad, así como aquellas experiencias relacionadas a la muerte o al deseo construido en torno a ésta.

A lo largo de este capítulo inicialmente nos hemos centrado en experiencias en torno al deseo y la petición de adelantar la muerte. En este sentido, hemos indagado tanto en experiencias del escenario público nacional, como aquellas experiencias relatadas por los/as profesionales, que remiten más bien a un ámbito íntimo o familiar.

Posteriormente, hemos indagado en las motivaciones de las personas usuarias, que reconoce el personal sanitario en torno al deseo de adelantar la muerte. Así, nos hemos preguntado sobre cuáles son las principales emociones y/o condiciones presentes en los/as usuarios/as, que se desarrollan como motor para el deseo de morir.

En este punto nos parece necesario destacar que, además de emociones asociadas a la soledad, a no ser carga, a la falta de sentido de la espera frente a la muerte, existen condiciones materiales de existencia que muchas veces sitúan a las personas en posiciones de precariedad frente a la muerte.

En este sentido, en el contexto Chileno de neoliberalización e individualismo de la vida cotidiana, persisten las bajas pensiones que reciben los/as adultos mayores por causa de un sistema privado de cotización, en conjunto con el encarecimiento de la vida por el pago de medicamentos a alto costo, y de un sistema de salud que no funciona y que les deja en un estado de mayor vulnerabilidad.

Lo anterior da cuenta de relaciones de poder, enmarcadas en una sociedad capitalista, neoliberal y patriarcal, donde las personas que enfrentan enfermedades terminales u otro tipo de patologías, se encuentran en posiciones de subordinación. Con esto no estamos subestimando las emociones emergentes en las vivencias señaladas, sino más bien estamos tratando de profundizar en las condiciones materiales y subjetivas que se conjugan en la construcción del deseo de muerte.

Al mismo tiempo, conectado al dolor, al sufrimiento y al trauma, hemos podido revisar las significaciones que el personal sanitario le da a las experiencias de mujeres que se han encontrado, en el marco de las causales de violación y de inviabilidad fetal, o bien en el marco del aborto clandestino en general, donde sin duda las experiencias son límites y dejan una huella en la trayectoria de vida.

Esto también lo conectamos a posicionamientos en torno a dichas experiencias que rescatan una visión heroica y crecedora de estas experiencias. En este marco la idea de “sufrimiento de muerte” y “sufrimiento de vida” nos resuena con elementos conectados a la sacralidad de la vida que muchas veces ponen en tensión la dignidad y la autonomía de las personas.

En dicho contexto, pensamos que es posible apelar al sufrimiento o al dolor de manera heroica, pero cuando se imprime ese carácter a otras mujeres, cuando se les impone una manera de vivir la experiencia, de manera heterónoma, se estructuran relaciones de poder donde existe un afán de disciplinamiento y un solo modo de validar la experiencia de vida, que se conecta con

construcciones femeninas hegemónicas en contextos patriarcales cristalizados en las relaciones sanitarias.

Finalmente, otros temas de relevancia que podemos destacar tienen que ver con los dilemas éticos a los que se ven enfrentadas los/as profesionales de la salud y que muchas veces ponen en jaque la cuestión de la vida y de la muerte. De esta manera, también fue preciso realizar un breve señalamiento respecto de los criterios médicos que en la actualidad definen la muerte con el objetivo de comprender sobre qué marcos se movían los/as profesionales que se enfrentaban a los dilemas éticos tales como el uso de morfina, la limitación del esfuerzo terapéutico en menores, entre otros.

## **11.Relaciones sanitarias en el marco del aborto y de la petición de adelantar la muerte: tensiones, emociones y construcción de subjetividades**

A lo largo de este trabajo de investigación hemos podido observar distintos elementos que estructuran los argumentos y los posicionamientos del personal sanitario en torno al aborto y a la eutanasia y que, como telón de fondo, o también como producto de esto, generan el debate en torno a la vida y a la muerte.

Sin embargo nos parece de relevancia apuntar a la misma relación sanitaria en la medida que reconocemos que en torno a dicha interacción social, en base a esa experiencia, se establecen los elementos argumentativos que declara el personal sanitario.

De esta manera comenzaremos estableciendo que en el contexto de las relaciones sanitarias, no sólo existe el despliegue del saber técnico, sino que también se mantienen elementos subjetivos que deben ser considerados para superar el paternalismo y establecer relaciones de mayor horizontalidad.

En esta dirección nos valdremos de los planteamientos señalados por Briozzo (2007) y otros/as autores/as, desarrollados en el capítulo de ejes conceptuales, en torno a la relación sanitaria. Dichos principios tienen que ver con: (1) los principios de la bioética -beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia-, así como una (2) comunicación asertiva y el (3) compromiso con el secreto profesional.

De esta manera, en este capítulo nos abocaremos a caracterizar la relación sanitaria que se da en el marco del aborto y la solicitud de adelantar la muerte, a la luz de los principios y elementos

anteriormente detallados. Este trabajo nos permitirá comprender las características de dicha relación, al mismo tiempo de cuestionarnos sobre qué papel juegan las emociones del personal sanitario, así como la construcción de subjetividades, desde una perspectiva de género.

El capítulo comienza (11.1) entregándonos pistas sobre las denuncias y el papel que juega el secreto médico en el marco del aborto. (11.2) Luego, revisaremos algunas nociones de la medicina y cómo se ajustan a las prácticas relacionadas al aborto y a la eutanasia. En este contexto hacemos hincapié en el juramento hipocrático como un elemento importante a considerar en los argumentos que están en contra de estas prácticas.

Posteriormente, en la tercera sección (11.3) indagaremos sobre el paternalismo médico y las visiones que tienen los/as profesionales sobre su impacto en el encarnizamiento terapéutico. En la cuarta parte (11.4) analizaremos la relación sanitaria en el marco de la limitación del esfuerzo terapéutico para, finalmente, desarrollar la quinta sección (11.5) donde trabajamos sobre las emociones del personal sanitario, asociándolas al aborto, a la solicitud de adelantar la muerte y a la limitación del esfuerzo terapéutico.

### **11.1. El secreto médico en el marco del aborto**

Al momento de realizar las entrevistas, y como ya hemos destacado anteriormente, todavía no se daba luz verde al proyecto de ley de interrupción del embarazo bajo las tres causales. En este contexto se destaca el discurso de un médico gineco obstetra de una clínica no religiosa quien plantea que frente a las situaciones de aborto en evolución, en el país prácticamente no existe denuncia, es decir, no se denuncia a las mujeres que llegan a los servicios de salud con un aborto en curso.

Al respecto Casas et al. señalan que “la criminalización por aborto ha sido históricamente en Chile, o en cualquier otro país, una medida simbólica, dada la estimación de su prevalencia y el bajo número de personas perseguidas penalmente” (2013: 84), sin embargo las investigadoras destacan que “entre 2009-2012 más de 210 mujeres atendidas por la Defensoría Penal Pública fueron perseguidas penalmente, siendo probable que la mayoría hayan sido identificadas y denunciadas en los centros

asistenciales de salud” (2013:118), lo que si bien no implica que dichas mujeres hayan terminado en la cárcel, se plantea un problema respecto al secreto médico en los centros asistenciales.

Según Shepard y Casas (2007) las mujeres procesadas por aborto no van a la cárcel, sino que se les impone la “desestimación condicional”, implicando información mensual, por parte de las mujeres, durante un poco más de un año. Asimismo, las autoras plantean que “las disposiciones legales sobre confidencialidad médica son contradictorias. Por un lado, el personal médico está obligado legalmente a denunciar posibles delitos a las autoridades. Por otro, los profesionales están eximidos por ley de divulgar en la corte información recibida confidencialmente de sus pacientes. En la mayoría de los países latinoamericanos existe este tipo de disposiciones, pero no existe consenso en Chile sobre cómo resolver el conflicto legal. Sin embargo, la Corte Interamericana de Derechos Humanos declaró recientemente que la protección de la confidencialidad médica debía ser el interés superior en la denuncia de un delito” (2007: 52).

Al respecto, un médico gineco obstetra de una clínica no religiosa, plantea que en su experiencia tuvo que atender en reiteradas oportunidades mujeres que llegaban al centro asistencial con abortos en evolución. En dicho contexto si bien la antigua normativa señalaba la importancia de la denuncia, aquello de acuerdo a la visión del profesional, no se llevaba a cabo, ya que primaba un criterio médico, de salvar a la mujer, que un criterio legal y punitivo de denunciarla.

“Durante la especialidad fíjate, cuando hacía turno muchas veces puedes recibir pacientes que llegaban con un aborto en evolución (...) y fíjate que sí, uno desde el punto de vista médico, nosotros no lo cuestionamos mucho, eso que dice la ley de que los doctores tienen que denunciar de que la mamá va presa, en Chile no hay nadie preso por eso, no es un problema, no es un problema legal y la gente que llega a los hospitales es bien tratada, podrá haber de repente grupos que las maltraten psicológicamente, las retienen, puede ser, no sé, pero la gente es bien tratada y uno hace el tratamiento que corresponde hacer” (Médico Gineco Obstetra, Jefe de Ginecología y Obstetricia, Clínica no religiosa).

De esta manera, el profesional además de destacar la inexistencia de denuncias en el plano nacional, menciona que las pacientes son bien recibidas, salvo en algunas circunstancias donde reciben malos tratos o directamente violencia psicológica por parte del personal de salud.

En el discurso de una matrona de una clínica no religiosa, se destaca que la ley señala que es necesario denunciar los casos de aborto provocado. Sin embargo la profesional menciona que que en

la práctica esto no se da así ya que el personal médico no está dispuesto a llevar los casos a esos extremos.

Además, manifiesta que existe un secreto médico en la relación del personal sanitario y las usuarias de salud, que generan que los/as primeros/as, en la mayoría de los casos, no tomen medidas legales frente a estos sucesos.

“Sí, mira, a ver, abortos provocados habitualmente aquí todo paciente que llegue no es un paciente provocado, entonces siempre te dicen que no, que no se hicieron nada, qué se yo, tú lo puedes detectar por diversas condiciones clínicas, la ley dice que tenemos que denunciarlo si detectamos eso (Entrevistadora: ¿Eso dice la ley? ¿O que es optativo?) No, si nosotros detectamos tenemos que avisar, tenemos que denunciar, entonces si tu llegas y yo tengo la sospecha de que tú te hiciste un aborto te tengo que denunciar a fiscalía y llegan, te toman tu declaración a ti, te citan, me citan a mí, eso dice la ley. Bueno aquí llegan, qué se yo, nadie se quiere meter en lío entonces ya, llegan... entonces sí me ha pasado, mira, sabes cuándo sí nos vemos qué se yo, ya listo hay que solucionar y terminar, no somos eh una clínica abortiva, no es que tu vengas y quiero que me hagan algo así, no, solamente o sea, viene sangrando, te resolvemos el tema, porque ya vienes en evolución (...) pero acá estamos hablando de un aborto en evolución, viene sangrando y pucha estaba embarazada y ahora estoy sangrando, ¿qué pasó antes? No tengo idea, aunque tenga sospecha, pero no tengo idea, entonces te tratamos” (Matrona jefa, Ginecología y Obstetricia, Clínica no religiosa).

La matrona destaca que no son una clínica abortiva, sin embargo si llega una usuaria de salud con sangrado o con un aborto en evolución se le hace el tratamiento pertinente. También nos señala que “nadie se quiere meter en un lío” haciendo notar que la denuncia implica un proceso al cual no desean llegar y por lo mismo no se indaga más en cuanto al posible aborto provocado.

## **11.2. Interrogando los objetivos de la medicina: Aborto y eutanasia como ruptura del juramento profesional**

Cuando se habla de eutanasia y de aborto, algunos/as profesionales plantean la existencia del juramento hipocrático que revela su oposición en torno a estos dos procedimientos.

Dicho juramento destaca: “no daré a nadie, aunque me lo pida, ningún fármaco mortal, ni haré semejante sugerencia. Igualmente no proporcionaré a mujer alguna un pesario abortivo. En pureza y santidad mantendré mi vida y mi arte” (Juramento Hipocrático, traducción literal García Gual, 1983),



y es realizado principalmente por los/as médicos/as al momento de titularse. Por este motivo, señalan que la realización de eutanasia o aborto implicaría una ruptura con dicho juramento.

Cabe destacar que, según el Grupo de Estudios de Ética Clínica de la Sociedad Médica de Santiago (2011) el juramento hipocrático se establece en el siglo V a de C por la escuela hipocrática, y se mantiene hasta nuestros días. En este contexto resulta interesante revisar las definiciones en torno a la medicina, ya que nuestros/as informantes apelan a ésta para establecer argumentos que se encuentran en contra de la eutanasia y del aborto.

Siguiendo las definiciones que señala, el Grupo de Estudios de Ética Clínica de la Sociedad Médica de Santiago, “acorde con lo indicado en el “Diccionario de la Lengua Española”, se entiende por Medicina a la “ciencia y arte de precaver y curar las enfermedades del cuerpo humano”. Entre los anglosajones, Dorland define la medicina como “el arte y la ciencia del diagnóstico y el tratamiento de la enfermedad y la conservación de la salud”; también se la ha descrito como “la ciencia y arte de diagnosticar, tratar, curar y prevenir la enfermedad, aliviar el dolor y mejorar y preservar la salud”, o como “la ciencia o práctica del diagnóstico y el tratamiento de enfermedades y lesiones y la preservación de la salud”” (2011: 646).

Si bien podemos reconocer que las definiciones y concepciones acerca de la medicina van cambiando en función de los momentos históricos y los contextos, nos parece que las definiciones señaladas se centran, principalmente, en aspectos procedimentales de la medicina, es decir, diagnosticar, curar y prevenir, sin hacer alusión a la agencia que también tiene la persona en torno a dicho proceso, es decir, su autonomía.

Por el motivo anterior es posible que el aborto y la eutanasia queden subsumidos en interpretaciones de dichas definiciones, siendo necesario mencionar que el Grupo de Estudios de Ética Clínica de la Sociedad Médica de Santiago (2011), las utiliza como argumento para resaltar que la eutanasia, en particular, no se encuentra en el marco de las definiciones de la medicina.

Una médica anestesióloga del comité de ética de un hospital, menciona que una persona, profesional de la salud, no puede estar a favor de la eutanasia, en el sentido de administrar medicamentos que

generen la muerte, y que por ende, dichas personas no deberían ser parte de unidades tales como cuidados intensivos, cuidados paliativos o pabellón.

“Un empleado de salud no puede decir estoy a favor de la eutanasia y me niego administrar una medicación que le va a quitar ciertas molestias, dolencias, dolor, no puede una persona que está a favor de la eutanasia, es el peor lugar ir a trabajar a cuidados intensivos, cuidados paliativos o pabellón, yo pienso que si es médico o enfermera en los consultorios con ambulatorio, algún otro tipo...”  
(Médica anestesióloga, comité de ética, hospital).

Esta postura sin duda genera una distinción, una división entre quienes están a favor y quienes se encuentran en contra de la eutanasia, haciendo presente una visión que segrega debido a la actuación médica que se debería o no llevar a cabo.

De acuerdo a un estudio realizado en Polonia, en torno al conocimiento ético del fin de vida y los cuidados paliativos en torno a su formación y actitud hacia el rompimiento de las malas noticias y la eutanasia, entre médicos/as y estudiantes de medicina (Leppert et al., 2013) es posible destacar algunos elementos de interés para comprender las aptitudes y posicionamientos. Leppert et al. destacan que “un total del 82% de los estudiantes y el 90% de los médicos no practicarían eutanasia; 67% de los estudiantes y 75% de los médicos se oponían a la legalización de la eutanasia (...)” (2013:603)

Asimismo una abogada de un comité de ética de una clínica religiosa destaca que la labor principal de los/as profesionales de la salud es cuidar y acompañar en el momento de la muerte, pero esto no implica generar la muerte. Así, por ejemplo, la profesional señala que no existe un “derecho a la muerte”, poniendo en jaque la autonomía que un/a usuario/a puede tener al momento de fin de vida.

También plantea el tema del juramento hipocrático en la medida que el personal sanitario no se puede encontrar al servicio de provocar la muerte a un/a usuario/a. Al respecto es interesante destacar la posición que desarrolla Serrano en contra de la eutanasia, quien pone en duda el tema de la autonomía en los momentos de fin de vida, “se invoca autonomía cuando esta es quizás menos real, y se olvida la realidad protectora, que debe tener una condición objetiva que el mismo documento citado antes menciona: al final de la vida el objetivo principal de todo tratamiento es

mejorar la calidad de vida o al menos tratar de controlar los síntomas que sean posibles para mejorar la calidad del fin de la vida de las personas” (2013: 176).

De esta manera podemos evidenciar que la mayoría de los argumentos, apuntan al proceso de fin de vida, sobre cómo abordar dicho momento, pero no hacen alusión al fin de vida propiamente tal, es decir, a ese encuentro con la muerte que tarde o temprano llegará para la persona.

La profesional destaca la idea de la buena muerte, pero no entrega detalles sobre a qué se refiere con eso. Nos parece interesante señalar que desde una perspectiva de los cuidados es posible establecer que éstos remiten a un deber moral de satisfacción de necesidades particulares de los/as usuarios/as, las cuales no pueden ser cubiertas por sí mismos/as (Bubeck, 1995).

En el marco de dicha definición, una necesidad del/la usuario/a puede estar ubicada en la petición de adelantar la muerte, poniendo en tensión la construcción de la ética del cuidado y la ética de la justicia (Gilligan, 1985), en el sentido que, al no responder a dicha petición no se está atendiendo a una ética del cuidado sino más bien se está operando bajo valores abstractos basados en la sacralidad de la vida por medio de una visión de ética de la justicia. De este modo, la profesional establece el límite en el sentido de que algunas necesidades son válidas mientras que otras no.

En el discurso de una abogada de un comité de ética de una clínica religiosa, se manifiesta la contrariedad frente a la eutanasia, señalando que dicha actuación médica no está en el espíritu de la medicina, la cual busca el bienestar del/la usuario/a. En este contexto se contraponen el bienestar a la muerte, considerándolos como dos polos opuestos y binarios, es decir, el bienestar es la vida mientras que el malestar es la muerte, planteando dos fenómenos que si bien se encuentran conectados, son contrarios.

“Y cómo va, eh, ah, porque ya está en proceso de muerte, ya está en su agonía, ¿qué debíamos hacer? Acompañarla, pero otra cosa muy distinta es pedir que lo médicos o la enfermeras, o sea, el equipo sanitario, eh, hasta cierto punto, eh, vaya en contra, porque, en contra de su profesión; su profesión es cuidar la vida, sino acompañar pero nunca matar. Entonces, eh, eh, cómo se llama, me debe una buena muerte. Desde el punto de vista de los profesionales de la salud considero que estarían violando su, su, su, cómo se llama, su juramento hipocrático, como así lo hacen de repente algunos que ah, hasta bendicen las armas, eso, me parece que violan lo propio de su profesión. Y lo que, y para mí la vida, no, no es un bien disponible como serían las cosas. Entonces, si usted me dice en definitiva, si la, solicitar la muerte y que me la den es un derecho, no, no es un derecho para mí y ojalá

nunca lo fuera, pero sí acompañar y sí rechazar tratamiento. Eso sí que es considerado legítimo y moralmente aceptable. ¿No?, ¿ya?, si yo rechazo una diálisis no puede venir el médico y el equipo médico a pedir, como se hacía antes, que por un recurso de protección o de amparo me den la posibilidad, me obliguen a dializarme o a recibir tratamiento. Eso me parece que no puede ser jamás” (Abogada, comité de ética, Clínica religiosa).

De esta manera nos preguntamos sobre dicho “bienestar”, ¿bienestar para quién?, ¿bajo qué parámetros? ¿quién decide dicho bienestar? Pareciera ser que éste elemento es definido por el personal sanitario y no por la persona quien pide adelantar la muerte o bien desea interrumpir su embarazo.

También, habría que hacerse la pregunta sobre qué sucede cuando la vía de la muerte es la generación de bienestar, en el sentido que la existencia se torna dolorosa o sufriente y por ende la visualización de la muerte se vuelve como necesaria.

### **11.3. El paternalismo en el ámbito sanitario**

Una enfermera de comité de ética de una clínica no religiosa destaca que la sociedad chilena no se encuentra preparada para afrontar la eutanasia debido a que existiría una mente cerrada que generaría muchas veces barreras complejas de sortear para determinados cambios a nivel de salud pública.

“Trabajo un poco con el sufrimiento de la gente y trabajo con el dolor de la gente, creo que me desespera muchas veces el no poder hacer más. Pero no creo que estemos preparados todavía para algo tan trascendental y tajante como la eutanasia. (Entrevistadora: ¿Y por qué no?) Porque moralmente no estamos preparados, porque mentalmente no tenemos una apertura, porque nos ha costado cantidad integrar otros conceptos que en el resto del mundo se están haciendo. Pero nosotros, como estamos en este lado de Sudamérica, eh, y somos tan, eh, paternalistas en la medicina. Porque nosotros, nuestra medicina es súper paternalista, estamos todavía en el concepto de lo que el médico dice es ley y, y, y, ley...” (Enfermera, comité de ética, clínica no religiosa).

De este modo la profesional menciona también el tema del paternalismo en el ámbito sanitario, que muchas veces resulta un impedimento para poder enfrentar cambios en estos contextos que vayan en la dirección de asumir mayor autonomía por parte del/la usuario/a.

Al respecto es posible plantear que el paternalismo en el ámbito médico es el fundamento para determinadas actuaciones que pueden estar encadenadas con el encarnizamiento terapéutico. Según Pantoja, se le llama paternalismo “a la actuación cuyo objetivo es mantener la vida e impedir la muerte a toda costa, aplicando tratamientos que pueden ser muy agresivos a enfermos con escasa o nula probabilidad de recuperación se la conoce como encarnizamiento terapéutico u obstinación terapéutica. Llamativamente, los profesionales que lo ejercen lo que buscan es, desde una posición de paternalismo, lo que ellos creen que es el bien de sus enfermos, con todas las medidas a su alcance y en ocasiones presionados por los propios familiares que no aceptan que la medicina no lo pueda todo. El médico, intentando ser extremadamente beneficente, puede llegar a ser extremadamente maleficente” (Pantoja, 2019: 129).

De esta manera el paternalismo en el ámbito de la medicina está asociado con no asumir la autonomía de la persona en el sentido de considerar que es la/el médico/a quien siempre tiene la última palabra. En este contexto existiría una formación sanitaria que generaría una asimetría en la relación médico/a – usuario/a, donde el primero tendería a tener la razón por estar más validado/a, mientras que el/la segundo/a pese a ser quien se presenta con su propio cuerpo, no estaría validado/a para tomar determinaciones sobre su salud.

Sobre el paternalismo médico podemos señalar lo que menciona López al respecto “el principio o supuesto del que se parte es que “el médico sabe siempre lo que es mejor” esto es, se convierte en una “autoridad epistémica”, esto es una “autoridad científica”” (1994: 718). De esta manera, el autor realizando una revisión de lo planteado por Hayry destaca que lo paradójico es que la salud y la enfermedad siempre están insertas en cuestiones “extra epistémicas”.

Así, López (1994) destaca que el paternalismo radical concibe la muerte como algo malo y la vida como algo bueno, por lo que es necesario realizar todos los esfuerzos para que esta no se agote, comprendiendo que es sagrada.

Sin embargo, a propósito de que la sociedad no está preparada, nos preguntamos sobre los avances que han existido en el país en torno al aborto, donde si bien hay que considerar que no es aborto libre, ya que se establecen determinadas causales -al mismo tiempo de contemplar objeción de conciencia individual e institucional-, consideramos que de igual manera han existido avances, y con

la discusión del proyecto de ley la materia se tematizó en el ámbito público generando así una transformación de la realidad.

En este sentido nos preguntamos, como el “dilema del huevo y la gallina”, qué va primero, es decir, ¿son los cambios socioculturales los que dan puntapié inicial a transformaciones legislativas que generan la posibilidad de construir realidades distintas? O bien ¿son los cambios legislativos los que permean en la construcción sociocultural de un espacio? Es un dilema de difícil resolución que probablemente no lo responderemos en este espacio, aunque nos parece necesario señalar que ambos elementos, tanto lo sociocultural como lo legislativo se encuentran conectados y deben estar al servicio de la garantía de los derechos de las personas.

Asimismo, al momento de realizar las entrevistas el debate de la eutanasia todavía no estaba tan en boga en el país. Sin embargo, aquel panorama ha cambiado en el transcurso de estos tres años, ya que como planteábamos en los antecedentes, se está discutiendo un proyecto de ley de eutanasia que considera causales vinculadas al sufrimiento de las personas. Esto ha permitido que emerja un debate inicial en el contexto social y, podemos pensar que desde allí se construyen las primeras transformaciones en torno al reconocimiento de la autonomía de las personas.

#### **11.4. Relación usuario/a, profesionales y familias en el marco de la limitación del esfuerzo terapéutico**

Como ya lo hemos dicho antes, la actuación sanitaria del personal no es neutra, en el sentido de que no sólo remite a acciones de carácter técnico sino que también está permeado por decisiones de carácter ético y político en torno a la vida y a la muerte.

En este escenario, podemos visualizar en el discurso de una enfermera de un comité de ética de una clínica no religiosa sobre la necesidad de hacer un cuestionamiento respecto a aquellas decisiones que apuntan a la “vida por la vida” sin considerar los contextos de dolor y sufrimiento por los que pasan muchos/as usuarios/as de salud.

“Eh... eso ha hecho que también llegue a estados de, de o de dolor, o sea, si tú pensai, yo creo que hay que tener una actitud más proactiva en ese sentido, no esa cosa de la vida por la vida, por prolongar o porque hay que hacer todo lo que se pueda hacer y todo, yo creo que no y si la persona ha elaborado ese pensamiento y siente que su vida ya está, ya hizo lo que tenía que hacer, como que está su ciclo completo, eh... ¿por qué seguir prolongándolo? Es un dolor, o sea, no tiene ningún sentido” (Enfermera, comité de ética, Clínica no religiosa).

Así, la profesional destaca la importancia de respetar las decisiones de la persona que se encuentra afectada de salud y que ha desarrollado un proceso reflexivo previo que la ha llevado a eso. De este modo, lo que se lee entre líneas en las palabras de la profesional, es un reconocimiento a quien toma la decisión, lo cual no puede estar bajo principios absolutos como el de mantener a toda costa la vida biológica.

De este modo, podemos mencionar la existencia de la limitación del esfuerzo terapéutico en el marco de la relación sanitaria –que si bien hemos hecho referencia anteriormente, en este espacio lo profundizaremos-. El cual consiste en no realizar esfuerzos adicionales respecto a una enfermedad. Según Carrasco y Crispi la “limitación del esfuerzo terapéutico (LET) consiste en no aplicar medidas desproporcionadas para propósitos terapéuticos en usuarios/as con mal pronóstico. Contempla tanto la omisión como el retiro de tratamientos. La distinción entre LET y eutanasia pasiva permanece en discusión por parte de los expertos” (2016: 1599).

Asimismo en el marco legislativo chileno, la ley de deberes y derechos de los usuarios/as establece la posibilidad del rechazo de tratamiento en situación terminal "a cualquier tratamiento que tenga como efecto prolongar artificialmente su vida, sin perjuicio de mantener las medidas de soporte ordinario. En ningún caso, el rechazo de tratamiento podrá implicar como objetivo la aceleración artificial del proceso de muerte" (Ley 20.584, Art. 16°, Biblioteca del Congreso nacional de Chile, 2012).

En el discurso de los/as profesionales es posible visibilizar la limitación o la adecuación del esfuerzo terapéutico. En la literatura sobre eutanasia ha existido un debate sobre asociar la eutanasia pasiva a

la limitación o adecuación del esfuerzo terapéutico. Aunque progresivamente se ha llegado al consenso de no considerarles como sinónimo<sup>29</sup>.

En este contexto nos parece interesante vincular la limitación del esfuerzo terapéutico y aborto en relación a los procedimientos a los que son interpelados/as los profesionales de la salud. De este modo, por una parte, en el marco de la limitación del esfuerzo terapéutico, lo que se realiza es un “dejar de hacer”, es decir, dejar de aplicar medidas activas para que se siga el curso orgánico, mientras que en el caso del aborto, la solicitud también es por detener el proceso orgánico del feto o del embrión, aunque a través de medidas activas, es decir, a través de “un hacer”.

En este sentido, ambos procedimientos apelan a poner fin a un proceso orgánico, uno a través no acelerar el curso “natural” del proceso orgánico y otro generando acciones activas, en un periodo de tiempo delimitado, para poner fin al proceso orgánico. Asimismo, la eutanasia, al igual que el aborto, también implica realizar acciones activas en el proceso de muerte de la persona.

Una médica neonatóloga de un comité de ética de un hospital, da cuenta sobre a qué se refiere la limitación o adecuación del esfuerzo terapéutico destacando que, en determinados contextos, donde no es necesario o no vale la pena realizar tratamientos o exámenes, porque dichas medidas serán infructuosas, se deja a los/as usuarios/as con las medidas mínimas para su sobrevivencia, es decir, con hidratación, alimento y ventilación.

“O sea lo que yo sé que hay y nosotros también lo hacemos es la unidad de cuidados intensivos, es la limitación del esfuerzo terapéutico, cuando un niño con muerte cerebral, un recién nacido, tiene dos electroencefalograma planos, no va a tener ninguna posibilidad, ni una, se le va suspendiendo las medidas terapéuticas, se le deja que viva lo que debe vivir, con un suerito, con la ventilación, se le da alimentación pero se le deja tranquilo, no se le toman exámenes, no se le hacen procedimientos invasivos y se espera la muerte tranquila y eso se llama limitar el esfuerzo terapéutico, pero no es una muerte asistida, no, porque se hacen cosas” (Médica Neonatóloga, Comité de ética, Hospital).

---

<sup>29</sup> Se puede profundizar sobre este tema en el capítulo de 1. Significaciones, posiciones y expectativas en torno al proyecto de ley de interrupción del embarazo en tres causales y a la eutanasia en el marco del debate social y político del país, donde se formula la reflexión que desestima el uso del concepto “eutanasia pasiva”.



De este modo la profesional hace la distinción entre LET y muerte asistida, señalando que en la primera “se hacen cosas” remitiéndolo al accionar de mantener con alimentación, ventilación, hidratación, entre otros/as, aunque como señalábamos antes, es un hacer pasivo. De esta manera nos preguntamos por las concepciones que existen tras este planteamiento, en función de la muerte asistida, ya que pareciera ser que a la luz de lo que comenta la profesional, esta última remitiera a dejar de hacer todo tipo de procedimientos lo que, de acuerdo a las conceptualizaciones que hemos desarrollado a lo largo de esta investigación, se aleja bastante, dado que la muerte asistida, que engloba la eutanasia y el suicidio asistido, es justamente realizar acciones o procedimientos activos que ayuden al buen morir.

Por otra parte, un tecnólogo médico, presidente de un comité de ética de un hospital, destaca la experiencia que tuvo con su padre, quien tras la realización de un tratamiento solicitó que se dejaran de aplicar medidas innecesarias. La familia frente a dicha situación apoyó su decisión, debido a que él quería dejar de sufrir y por ende tener una muerte tranquila.

Aunque como contraparte, el profesional detalla otra experiencia donde producto de la situación del padre de una familia, ésta decidió que se le hicieran todos los tratamientos posible, lo que implicó no respetar la autonomía del hombre. Producto de lo anterior, el profesional destaca que finalmente el hombre murió y la familia quedó con una deuda millonaria.

“No directamente la mía pero en algún momento bueno mi papá estuvo enfermo y él decía que prefería morirse antes de sufrir tanto como estaba, entonces cuando se enfermó y quedó, se dejó que no se le hiciera nada más (Entrevistadora: No se hizo tratamiento) Si se hizo tratamiento, pero no quiso hacerse más y eso es humano creo yo (Entrevistadora: ¿Y cómo reaccionó tu familia frente a eso, está de acuerdo?) Sí. Y tengo una cosa como parecida, una muy amiga mía donde la familia no estaba de acuerdo (Entrevistadora: ¿Y qué hicieron en ese caso, a quién respetaron?) A la mayoría, a la familia y el caballero murió después, la familia quedó con una deuda terrible, millonaria, estuvo como dos meses en la UCI” (Tecnólogo médico Pdte. Comité de ética, Hospital).

De este modo, podemos evidenciar que en la relación sanitaria muchas veces influyen las posturas y decisiones familiares, que puede producir el realizar acciones médicas que se escapan de lo realmente necesario, configurándose así un encarnizamiento terapéutico o llamado también como “distanasia”.

A través del discurso de una médica oncóloga de un comité de ética de una clínica no religiosa, se plantea el problema de la terminología utilizada, en el sentido de establecer que en Chile se utiliza la palabra “eutanasia” para todo, lo que genera prejuicios.

También plantea la relevancia de la iglesia católica en el país y que hablar de eutanasia pasiva y eutanasia activa genera inconvenientes dado que las personas conciben ambas instancias como eutanasia. De este modo la profesional señala que el concepto eutanasia pasiva no debiese ser utilizado, y a cambio se debería remitir a la limitación o adecuación del esfuerzo terapéutico.

“Sí [silencio] o... no recuerdo a alguien. Y el resto es distinto porque, es que igual se confunden los términos, en Chile se habla igual como de eutanasia como pa cualquier cosa, porque es distinto por ejemplo la limitación del esfuerzo terapéutico (Entrevistadora: Ya, la eutanasia pasiva) Claro, que con ese término yo creo que le hicieron un flaco favor a todos [ríe], porque al introducir... Chile como es tan católico y todo, tiene mucho rollo con la eutanasia, entonces si hablan de eutanasia activa y eutanasia pasiva, la eutanasia pasiva es eutanasia (Entrevistadora: Claro) Y ahí está el problema. Pa mí, la eutanasia pasiva es una palabra que hoy día deberíamos borrar del [ríe] diccionario y hablar de limitación o incluso, más chileno aun, hablar de adecuación del esfuerzo terapéutico” (Médica Oncóloga, Comité de ética, Clínica no religiosa).

La profesional, en la cita de más abajo, al igual que otros/as profesionales, plantea el sin sentido de continuar con una escalada de medidas que puede generar una obstinación del esfuerzo terapéutico.

De este modo podemos complementar las conceptualizaciones realizadas anteriormente con aquella que nos proporcionan Gómez- Sancho et al, quienes plantean que la obstinación del esfuerzo terapéutico “consiste en la aplicación de medidas no indicadas, desproporcionadas o extraordinarias con el objetivo de alargar de forma innecesaria la vida. Estas medidas pueden llamarse también tratamientos inútiles o fútiles. La aplicación por parte del médico de estos tratamientos, generalmente con objetivos curativos, son una mala práctica médica y una falta deontológica. Las causas de obstinación pueden incluir las dificultades en la aceptación del proceso de morir, el ambiente curativo, la falta de formación, la demanda de usuario/a y familia, o la presión para el uso de tecnología diagnóstica o terapéutica. Entre sus consecuencias, podemos destacar la frustración de los profesionales y de los usuarios/as y sus familiares, además de la ineficiencia debida al uso inadecuado de recursos. Es preferible evitar el término “encarnizamiento”, porque presupone una cierta intencionalidad negativa por parte de quien lo efectúa” (2010: 178).

Así, la médica pone el ejemplo de un/a usuario/a que se encuentra con fallas multi orgánicas, destacando que en caso de retirada del ventilador, si la persona fallece, es porque se encuentra muy enferma y no necesariamente por la medida adoptada.

Esta postura nos lleva a considerar los contextos y los distintos diagnósticos que tienen los/as usuarios/as, lo cuales deben ser tomados en cuenta para realizar justamente una adecuación de las medidas para que el proceso de muerte sea lo más tranquilo posible.

Asimismo, esto lo podemos conectar con lo que establece Gracia (1994), en el sentido que es necesario considerar la realidad biológica de cada persona. Aunque lo complementamos señalando que resulta importante también considerar los elementos socioculturales así como psicológicos de la persona en cuestión, en la medida que adoptamos una mirada desde el MBPS (Pozón, 2015). Esto sin dudas plantea o establece dilemas a la hora de la actuación médica con los/as usuarios/as.

“¿Por qué? porque tu esfuerzo tiene que ver con el pronóstico del paciente, tiene que ver con la esperanza de vida, tiene que ver con, eh, evitar la futilidad y evitar la obstinación. Entonces, por ejemplo, si tienes un paciente que tiene un cáncer terminal y que hizo una neumonía aspirativa y que entró en una falla multi-orgánica, con una insuficiencia respiratoria y está séptico y insuficiencia renal, eso pasa. Lo vai a tener en diálisis, con ventilación mecánica, con drogas vasoactivas, que es lo que también pasa. ¿Qué sentido tiene eso? si le sacas el ventilador ¿estás haciendo eutanasia? No. Estás adecuando las medidas terapéuticas. Y el paciente no se murió porque tú le sacaste el ventilador, se murió porque estaba muy enfermo (...). En qué estás tú beneficiando a un paciente, que es terminal por su enfermedad de base y que tiene... está descompensado por otra serie de enfermedades agudas ¿en qué lo beneficia si lo mantiene con un ventilador?” “En nada, si la respuesta es en nada, que pa eso tienen que entrevistarte con todos los tratantes, entonces ¿qué sacai?, “es que se va a morir”, es que se va a morir igual po (...) Eso es, pero eso que parece simple, se vuelve sumamente complicado cuando, cuando no hay comunicación” (Médica Oncóloga, comité de ética, clínica no religiosa).

La profesional también habla del beneficio, es decir, en qué sentido el/la paciente se ve beneficiado/a con determinadas medidas que generarán la prolongación de la vida pero sin calidad de la misma. En este sentido la profesional plantea realizar el cálculo entre beneficencia y maleficencia para tomar las medidas que se adecuen más al caso.

Lo anterior, en el caso de la praxis clínica/hospitalaria muchas veces se vuelve complejo, principalmente, según la profesional, cuando no existe una buena comunicación, por ejemplo entre el/la profesional y los/as familiares o con la persona usuaria. Este elemento lo podemos conectar con

lo que nos planteaba Briozzo (2017), sobre la relevancia de la comunicación asertiva en el marco de la relación sanitaria.

Desde la mirada de una abogada de un comité de ética de una clínica religiosa se manifiesta el apoyo frente a la adecuación o limitación del esfuerzo terapéutico en el sentido de validar o reconocer la voluntad del usuario/a frente al rechazo de un tratamiento. Asimismo la profesional plantea que esta postura trasciende la Ley de deberes y derechos de los usuarios/as (Ley 20.584, Biblioteca del Congreso nacional de Chile, 2012) en la medida que es la posición del/la usuario/a que es validada y reconocida.

“Eh, mira. En la, lo, los estudios porque yo creo que aquí hay que manejarse con mucha evidencia y la evidencia de la, las personas que han mostrado, oye, porque una cosa es querer morir, o sea, no quiero que me sigan haciendo ninguna, ningún tratamiento, que no quiero seguir, por ejemplo, rechazando, incluso, tratamiento, como podría ser una diálisis (Entrevistadora: Que eso se puede por...la ley de derecho de los pacientes) Sí, y más allá de la ley de derecho de los pacientes, porque yo creo que el derecho es mucho más amplio que eso. Si yo quisiera rechazar tratamiento, o sea, más allá de la misma ley, si yo dijera ‘mira, la verdad, es que hasta aquí no más llega’ no me sigan dializando, no me sigan, ¿eso se puede hacer? Se puede hacer. Y que, yo creo, no solo se puede hacer sino que hay que respetar esa voluntad de la persona” (Abogada, comité de ética, clínica religiosa).

La profesional en cuestión también destaca sobre cómo era el contexto hace 10 años atrás, señalando que por medio de la fuerza se obligaba a las personas a recibir tratamiento, cuestión que en la actualidad sería diferente.

Frente a esto la profesional menciona que se ha avanzado un poco en torno a los derechos de los/as usuarios/ as y sus autonomías, sin embargo lo contrastamos frente al relato del tecnólogo médico anterior quien menciona un caso específico donde se llevó adelante la decisión de la mayoría de las personas involucradas, es decir de la mayoría de la familia y no del usuario.

“Y hasta antes diez años atrás se hacía (Entrevistadora: Se obligaba....se obligaba...) Por la fuerza se hacía dializar, se hacía, eh, tratamiento y todo lo demás y eso no puede ser. Parece que en eso hemos avanzado un poco” (Abogada, Comité de ética, Clínica religiosa).

Asimismo, en el discurso de un abogado de un comité de ética de una clínica no religiosa, se relata que muchas veces, dependiendo de las condiciones, los/as médicos/as comienzan a quitar lentamente el oxígeno lo que implica la muerte de la persona.

Esta acción queda en manos del criterio clínico del profesional, sin embargo nos preguntamos sobre cuáles son los límites, en este caso, entre la adecuación del esfuerzo terapéutico y la eutanasia, en el sentido que retirar el oxígeno tiene una clara consecuencia, que es la muerte del/la usuario/a.

“No recuerdo yo, no recuerdo, o sea, o sea, está prohibido digamos y queda muy entregado el criterio médico, porque muchas veces los médicos empiezan a dar, a dar el oxígeno, a quitarlo de a poquito el oxígeno porque la persona, porque están viendo que la familia está como pidiendo eso, entonces hay problemas con la familia” (Abogado, Comité de ética, Clínica no religiosa).

El profesional destaca la presión familiar que se ejerce en estas situaciones, la cual tiene, en muchos casos, incidencia en el accionar médico en el marco de la relación sanitaria. Asimismo destacamos que resulta interesante visualizar cómo en la cita, el ejercicio de la actuación médica recae en una acción –quitar el oxígeno-, que tiene incidencia en la determinación de la muerte del/la usuario/a. En este sentido, como hemos venido sosteniendo, el posicionamiento del personal de salud respecto a la vida y a la muerte no sólo es de conocimiento técnico sino que tienen incidencia en el ejercicio de poder en este marco.

### **11.5. Las emociones del personal de salud asociadas en el marco de la relación sanitaria**

Según Bericat (2000) fue recién en la década de los 80 cuando, en el marco de la sociología, se le empezó a otorgar un espacio a las emociones. Si bien, señala el autor, en las obras clásicas es posible apreciar referencias hacia las emociones, no existía un trabajo sistemático sobre éstas, al mismo tiempo que se le daba relevancia a la racionalidad moderna que dejaba estos elementos en exclusión.

El mismo autor, en el año 2012, publica un artículo dedicado a comprender qué son las emociones. Con esta inquietud, realiza una propuesta teórica a partir de la revisión de variadas propuestas teóricas: “Denzin (2009 [1984]: 66) define la emoción como “una experiencia corporal viva, veraz, situada y transitoria que impregna el flujo de conciencia de una persona, que es percibida en el interior de y recorriendo el cuerpo, y que, durante el trascurso de su vivencia, sume a la persona y a sus acompañantes en una realidad nueva y transformada – la realidad de un mundo constituido por la

experiencia emocional". Para Kemper (1987: 267), "la definición de emoción primaria de Seymour Epstein es útil: una compleja y organizada predisposición a participar en ciertas clases de conductas biológicamente adaptativas... caracterizada por unos peculiares estados de excitación fisiológica, unos peculiares sentimientos o estados afectivos, un peculiar estado de receptividad, y una peculiar pauta de reacciones expresivas". Lawler (2009: 219) define las emociones como estados evaluativos, sean positivos o negativos, relativamente breves, que tienen elementos fisiológicos, neurológicos y cognitivos. Y Brody (2009: 15) ve las emociones como sistemas motivacionales con componentes fisiológicos, conductuales, experienciales y cognitivos, que tienen una valencia positiva o negativa (sentirse bien o mal), que varían en intensidad, y que suelen estar provocadas por situaciones interpersonales o hechos que merecen nuestra atención porque afectan a nuestro bienestar" (Bericat, 2012: 1- 2).

De este modo podemos plantear que las emociones juegan un papel relevante en la relación sanitaria y que si bien son vivenciadas de manera individual, son a su vez compartidas en el marco de una interacción, es decir, también son sociales.

#### **11.5.1. Las emociones en el marco de la relación sanitaria en torno al aborto**

Los/as profesionales de la salud expresaron distintas emociones asociadas al momento de ejecución en el marco del proceso de aborto. Al respecto destacamos la experiencia de una médica obstetra, de ginecología y obstetricia de una clínica religiosa, quien expresa sentir rabia en los momentos en que recibe o tiene que atender a una mujer que se ha realizado un aborto clandestino.

Cabe destacar que la profesional también trabaja en una clínica de asistencia a la reproducción, por lo que debe atender distintas situaciones en que las mujeres o parejas intentan quedar embarazadas sin buenos resultados. Esta experiencia es la que sostiene la emoción de rabia de la profesional, lo que sin duda impide generar empatía con las mujeres que están en proceso de aborto.

"Sí, casi todos los días he tenido muchas pacientes con aborto espontáneo, lloran mucho, abortos inducidos también, cuando hacía turnos en la urgencia llegaban muchas pacientes con abortos inducidos, compraban las pastillas por internet, estaban súper intoxicadas porque no sabían la dosis, a mí me da rabia, debo reconocer que me da mucha rabia las mujeres que se hacen aborto porque quieren, pero trato como de no transmitirlo a la paciente, no voy a tratar mal a una paciente por eso,

no la voy a juzgar, pero si me da rabia porque trabajo en la vereda opuesta cuando hay pacientes que logran embarazo que lata que hay mujeres que luchan por años que darían lo que fuera por quedar embarazadas, me da rabia honestamente, como qué egoísmo” (Médica obstetra, ginecología y obstetricia, clínica religiosa).

Si bien la profesional manifiesta que dicha rabia no implica generar un maltrato hacia las pacientes, no es descabellado pensar que puede interferir en la empatía o en la comunicación asertiva que ésta pudiera generar o no en el marco de la consulta, implicando un resentimiento en la experiencia de la relación médica- usuaria de salud que puede llegar a desarrollar violencia psicológica.

Al respecto González (2018), vincula violencia psicológica con la reproducción de las desigualdades de género que llega a corroer la autonomía de las mujeres. Al respecto Segato (2010) destaca tres dimensiones en torno a la violencia psicológica: por una parte el aspecto más masivo en que la sociedad la naturaliza; por otra parte su arraigo en valores familiares, morales y religioso; así como la falta de nombre para denunciarla y señalarla.

Al mismo tiempo, podemos plantear que la emoción de rabia puede estar conectada a la validación de un orden de género, en términos identitarios, es decir, en el ámbito de lo que las mujeres deberían, por medio del esfuerzo y de actos heroicos quedar embarazadas, logrando la tan anhelada gestación.

Esta interpretación tendría que estar como telón de fondo en la caracterización de las mujeres que abortan como “egoístas”. Es decir, aquellas mujeres que abogan por un proyecto de vida propio, o bien que no tienen las condiciones subjetivas ni materiales para mantener a un hijo/a y que pasan por la clandestinidad, al mismo tiempo de poner en juego hasta sus vidas, serían las egoístas.

Esto produce una dicotomía entre lo deseable y lo no deseable, al mismo tiempo de construir una subjetividad dicotómica de las mujeres, entre aquellas que luchan por alcanzar un embarazo y aquellas otras que desechan dicha opción por egoísmo.

De este modo, la construcción subjetiva de las mujeres que abortan inducidamente se asocia a aquellas sujetas que “lloran” y que llegan “intoxicadas” por desconocer las dosis adecuadas de

pastillas para abortar. Al mismo tiempo que podemos asociar la idea de egoísmo a que no están “dispuestas a nada”, en el sentido de que no están dispuestas a luchar por un embarazo.

Lo anterior parece paradójico en la medida que quienes están “dispuestas a todo”, incluso a dar la vida, por lo enormes riesgos que corren, son las mujeres que llevan a cabo abortos inducidos clandestinamente. Mientras que aquellas mujeres que buscan un embarazo, lo hacen en un contexto monitorizado y controlado de una clínica de reproducción asistida que implica contar con recursos económicos.

Esta oposición de experiencias y de construcción simbólica nos hace pensar en elaboraciones contrapuestas de feminidad, por una parte, la emergencia de una idea de feminidad hegemónica asociada con el destino de la maternidad, como un anhelo a alcanzar a toda costa, y por otra parte, femineidades disidentes, que reniegan de esta imagen hegemónica en la medida que se construyen negando el mandato de la maternidad.

Lo anterior también lo podemos conectar con construcciones de subjetividades que se encuentran más cercanas a la vulnerabilidad y a la fragilidad, al mismo tiempo de develar que las construcciones femeninas hegemónicas producen una inversión de las categorías.

En este caso, por ejemplo, se culpa a las mujeres que abortan inducidamente mientras que se toma como ejemplo a aquellas que se encuentran en espacios de seguridad buscando la maternidad. Es decir, se invierten las atribuciones de vulnerabilidad y fragilidad de las sujetas, en la medida que, interferida por la emoción de la rabia, la profesional no logra visualizar la vulnerabilidad y fragilidad de aquellas mujeres que abortan y que constituyen la construcción de una feminidad disidente o contra hegemónica.

Según el estudio de López y Carril, en relación a los/as profesionales de la salud destaca que “también expresaron reacciones emocionales contradictorias frente a una mujer en situación de gestación no deseada: empatía, enojo, censura, fueron algunas de ellas. De acuerdo al relato las mujeres algunos las trataron con respeto, lo cual generó alivio y tranquilidad. En otros primó la censura y la condena



promoviendo el surgimiento de sentimientos de culpa y malestar emocional en las mujeres” (2010: 14).

Así, podemos mencionar la existencia de una diversidad de formas de abordar a las mujeres que se encuentran en situación de aborto y sin duda, los discursos emanados por el personal sanitario generan cristalización de éstos en una cierta práctica que afecta o no a las mujeres usuarias del sistema de salud.

La experiencia de la emoción de rabia implica un posicionamiento en una relación asimétrica de poder en la medida que la profesional se encuentra situada en un lugar de mayor jerarquía, que al mismo tiempo hace que ésta crea tener la verdad o bien, entender qué es lo bueno, anulando las posibles experiencias y motivaciones de las mujeres que abortan.

También la frialdad y el no involucramiento emocional se encuentra presente en el discurso de los/as profesionales. Al respecto este matrn señala que producto de haber atendido muchos abortos, ha generado en su vivencia una emoción de frialdad que se puede traducir como indiferencia frente a la experiencia.

“Mira yo siento que hay una frialdad cuática porque es como que tú hoy en día no se po me llega una paciente, ah un aborto, y listo, ah es un aborto no me pasa nada, como que pucha un aborto, porque ya son tantos los abortos que uno ve, obviamente cuando son más grandes es más complicado, pero cuando son más chicos como que uno no, a veces ni siquiera se nota es como una bolsa no más, nada más, cuando son más grandes sí ahí es como más complicado pero por lo general es como, eso te lo da también la práctica el tema de que tú te hagai como más frío frente a varios temas” (Matrn 2, ginecología y obstetricia, hospital).

Sin embargo, el matrn destaca que la sensación de frialdad se ve influida por el hecho de atender abortos con fetos de mayor tamaño, en estos casos él lo plantea como “más complicado” y nosotros lo traducimos como más complicado “emocionalmente” el/la profesional en la experiencia sanitaria.

“No quiero parecer contradictoria, pero, porque, de hecho, en otras maneras sí, pero... pero me pareció extraño, eh, pero creo que... que uno tiene que evaluar todas las posibilidades y yo, en ese minuto, era tratante, o sea, fue una indicación, yo sabía el contexto de la historia, pero no indagué más allá, no participé en la... no, no, no hablé con el médico ¿me entiendes? (...) Con los argumentos ¿me entiendes? Pero en ese minuto fue como llegar al turno de noche y como que me tocó la paciente y la historia que me contaron y te tocaba ¿me entiende? (...) ¿Cachai? entonces yo creo que los que están incluidos en el proceso, más la persona, obviamente, en primer lugar y primerísimo lugar y yo siempre,

yo siempre pienso y digo, o sea, la información y la autonomía del paciente” (Enfermera, cuidados paliativos, clínica no religiosa).

En el discurso de esta enfermera de cuidados paliativos de una clínica no religiosa, es posible apreciar una disposición dubitativa frente a su experiencia, expresando que no sabe cómo se sentía debido a que tuvo que realizar el procedimiento sin tener mucha información de contexto.

De este modo la enfermera se significa como “tratante”, quien recibía indicaciones específicas por parte del médico, destacando que no profundizó más en la situación, es decir, “le tocó hacer lo que tenía que hacer”. Independiente de esto, ella se preocupa de resaltar la importancia de que la usuaria cuente con información y se le respete su autonomía.

En este contexto nos parece importante cómo se construye la relación entre el personal sanitario y la usuaria, en el sentido de que la jerarquía establecida y los tiempos de actuación médica influyen en que no exista una cercanía, o bien que se traduzca en el desconocimiento del escenario de la persona usuaria. Esto remite a una relación distante, de poco diálogo y de poco involucramiento en términos psicológicos o emocionales.

También en el discurso de una matrona, podemos apreciar sensaciones o sentimientos que expresan malestar frente al tema del aborto. En este sentido la mujer recalca que la complejidad, según ella, resulta cuando son niñas o adolescentes quienes se encuentran involucradas en el asunto.

En dicho contexto la mujer manifiesta que le da rabia y frustración la situación a la que llegan las menores de edad, al mismo tiempo de cuestionar las relaciones hija- madre, hija- padre en cuanto a información sobre métodos de anticoncepción. De esta manera la matrona destaca que las niñas no deberían llegar a extremos tan complejos como el aborto, en la medida de que existe educación sexual a la cual debieran tener acceso.

“¿Sabes cuándo más siento una especie de sensación amarga? Es cuando me ha tocado con niñas chicas, con menores de edad, primero ¿por qué llegó a ese punto? De llegar a esta situación de aborto en evolución no porque quiera que está embarazada sino más bien ¿por qué llegó a ese punto?, niñas chicas o sea 18, 17, 15 ya si tiene 21, 22 ya es una mujer hecha y derecha pero hoy día, año 2017, es inconcebible que tú como madre no puedas aconsejar a tu hija de que existen métodos anticonceptivos, entonces yo no concibo que una niñita llegue en esa situación, entonces mi pregunta es donde está la mamá, donde está el papá, que no aconsejaron antes, entonces ahí viene esa

sensación de frustración, de un poco de rabia con los padres, porque te digo o sea no es concebible eso, o sea, dime tú qué niño no sabe que hay preservativos, anticonceptivos (...) Además, entonces qué faltó, a lo mejor faltó la confianza con el padre o la madre de decirle estoy teniendo relaciones (...) Si son solas tenemos que llamar a un padre, si son menores de 14 años tienen que venir acompañadas, no las podemos atender solas, a no ser que sea situación de riesgo vital, tienen que venir acompañadas por un mayor de edad, entonces ahí hay una pena, tú dices dónde están esos papás, ¿cachay? Esa sensación de pucha, para qué someter a esto a una niñita que podría haberlo solucionado antes, o sea podría haberlo más que solucionado haber habido una prevención” (Matrona jefa de ginecología y obstetricia, clínica no religiosa).

Asimismo, se destaca que la atención sanitaria debe darse a las menores de edad. Sin embargo las menores de 14 años, por ley, deben estar acompañadas de algún adulto/a responsable. Es justamente el tema de la “responsabilidad” que se construye como telón de fondo de esta cita, en el sentido de instalar dicha responsabilidad en los padres y en las madres, debido a que no han aconsejado o bien no han generado un proceso de autoconocimiento y de uso de métodos anticonceptivos adecuados que permita evitar la situación de aborto.

En este sentido la prevención surge como un tema exclusivamente familiar, excluyendo al varón gestante, en la medida que se cuestiona al núcleo familiar por no haber dotado de información a las niñas y adolescentes.

También, nos resulta interesante contrastar estos elementos con los mecanismos de prevención e información que utilizan otras instituciones fuera de la institución familiar, en el sentido de que no se acude a la escuela o a los servicios de salud como responsables también de esta problemática.

De esta manera se recalca que las niñas y adolescentes vienen con un/a adulto/a, en este caso “irresponsable” quien les acompaña debido a la situación de aborto, pero ¿Dónde quedan las escuelas con sus programas de información y prevención sexual?, ¿en qué parte se tematiza sobre la responsabilidad de prevención de los consultorios o del mismo Ministerio de Salud? ¿qué sucede con el varón gestante? al parecer este tipo de instancias quedan invisibilizadas retrotrayendo la temática de manera exclusiva al espacio doméstico y privado de la niña o mujer joven.

### **11.5.2. La emocionalidad en el marco de la solicitud de adelantar la muerte y la limitación del esfuerzo terapéutico**

En el discurso de un matron de ginecología y obstetricia de un hospital, también se plantea un posicionamiento favorable en torno a la eutanasia en la medida que existe un reconocimiento del dolor y/o sufrimiento que puede estar viviendo una persona en el marco de determinadas patologías.

En este contexto emerge el tema de la compasión, en el sentido que dicho elemento ha servido como argumento para estar a favor de la eutanasia. Así, la compasión sería un motivo por el cual el acto médico puede volverse eutanásico a la luz del sufrimiento y/o del dolor de una persona que lo pide.

Sin embargo existen posturas que critican dicha compasión (Herrera, 2008; Serrano, 2013, Ulrichova, 2017), destacando que es falsa, en la medida que hace cambiar los objetivos trazados en dicha virtud. Para esta línea de autores/a, la falsa compasión es utilizada tanto en el caso de la eutanasia como en el aborto, rompiendo con la sacralidad de la vida como fin superior.

Asimismo el profesional señala la existencia de un egoísmo por parte de las familias, entendido como un “no dejar partir”, o bien lo leemos como un no ponerse en el lugar del/la otro/a en el sentido de conectar con la experiencia compleja por la cual se está viviendo.

“Lo poco que he conocido, la eutanasia creo que es totalmente válida desde el punto de vista de quién está pasando por el momento ¿ya? Yo creo que uno es muy egoísta cuando hay condiciones de eutanasia, llámese una enfermedad terminal ¿cierto? La cual no se ha probado que llega con todo, y de la cual no existe posibilidad de que la persona pueda vivir o salir del coma la condición vegetativa que se encuentra, yo creo que hay un egoísmo en cada uno de nosotros de dejar partir a esa persona y yo creo que enfocado en eso, creo que es netamente un egoísmo por querer tener a esa persona bajo las condiciones que sea pero sin embargo uno que trabaja constantemente y lidia constantemente con el dolor y el sufrimiento de las personas y yo creo que no sé, es que es personal, si una persona está de acuerdo con eso, no querer seguir sufriendo porque puede ser que esté en una etapa terminal donde no quiere seguir adelante por el sufrimiento, porque no hay vuelta atrás, porque hiciste todo lo que pudiste, yo estoy totalmente a favor igual” (Matrón 1, ginecología y obstetricia, hospital).

En el discurso de un médico general, presidente de un comité de ética de una clínica religiosa se evidencia el deseo de muerte que muchas veces ronda al personal sanitario y a los/as familiares de una persona que está cercana a la muerte.

“No es nada raro que uno piense y diga “ojalá que se muriera pronto esta persona”, porque la muerte va a ser el momento que ella va a dejar de sufrir, va a dejar de tener, pero eso no es lo mismo que yo activamente hacer algo para adelantarle su muerte que son cosas distintas, ¿cierto? Muchas veces, hasta con nuestros propios familiares, cuando los hemos visto sufrir nosotros hemos dicho “ojalá esto no dure mucho”. Lo vamos a ayudar con una serie de medicamentos, cuidados, alivio, etc. para que ojalá esto no dure mucho y ojalá se muera pronto, eso lo pensamos todos, y eso no tiene nada de malo, todo lo contrario, yo encuentro que es un pensamiento humano. Pero es distinto cuando yo tomo las riendas del asunto y yo voy aplicar algo para que esa persona muera anticipadamente” (Médico general Pdte de comité de ética, clínica religiosa).

De esta forma el profesional alude al momento de dolor y de sufrimiento y que por lo mismo se configura el deseo de muerte para terminar con dichas experiencias. Sin embargo, el deseo de muerte choca con la norma, es decir, con el deber ser. Por este motivo el profesional hace hincapié en los cuidados que se deben proporcionar, es decir, destaca el cómo debe ser la actuación sanitaria del personal frente al momento de fin de vida.

Al respecto Souza et al., en un estudio sobre emociones de los/as enfermeros/as ante la muerte, destacan que “estudiosos dan a conocer que la muerte provoca un sentimiento de pérdida y al mismo tiempo, un sentimiento de confort, a pesar de sentir que la vida se está yendo, sin embargo aquella persona quedará libre de sus sufrimientos” (2013: 227). De acuerdo a las palabras del médico estas sensaciones son normales y no son posibles de juzgar. Sin embargo hace la distinción entre el deseo y tomar medidas concretas en la aceleramiento de la muerte de un/a usuario/a.

En otro estudio de García et al.(2013) en torno a las emociones de los/as enfermeros/as frente al proceso de muerte, los autores destacan que “las enfermeras expresan sentir tristeza y dolor ante la muerte de su usuario/a, pero esto varía dependiendo de la patología que cursó el mismo, ya que mencionan que cuando es una enfermedad terminal o crónica degenerativa sienten tranquilidad, pues para ellas la muerte de estos usuarios/as es mejor, ya que dejan de sufrir, expresando así las diferentes patologías que les ha generado más sentimientos de pérdida” (2014:54).

De esta manera también se hace la distinción en torno a la patología que vive el/la usuario/a y las emociones que produce en el personal sanitario, destacando que en los casos en que existe una enfermedad crónica, terminal, o donde se ha visto al/la usuario/a sufrir, la muerte se desencadena con emociones de alivio.

En el discurso de un médico cirujano de cuidados paliativos de una clínica religiosa, se menciona lo complejo, en términos emocionales, que implica la petición de adelantar la muerte. En este sentido el profesional señala que la recepción de dicha comunicación por parte del personal sanitario se vivencia atravesada por dilemas éticos en torno a qué hacer.

“Tampoco puedes obligar a una familia a que pase por eso, tú puedes tratar de facilitarle, que es lo que tratamos de hacer (Entrevistadora: Pero va a depender de cada persona como toma esa oportunidad) Claro pero a la vez es muy fuerte que otra persona te pida oiga déjeme algo para morir, en el fondo es muy fuerte que a un personal de salud alguien me pida eso, y yo hacer algo con esa intención es mucha responsabilidad” (Médico Cirujano, cuidados paliativos, clínica religiosa).

De este modo el profesional destaca que “es muy fuerte” recibir una solicitud de adelantar la muerte, en la medida que significa mucha responsabilidad el tomar medidas activas para aquello. Asimismo, consideramos que en la medida que no existe una legislación clara al respecto, que posibilite la eutanasia, se mantendrá esta sensación de rareza y de considerar el acto como fuerte en términos emocionales, ya que además de estar mediado por un contexto de tabú sobre la muerte, está condicionado en una normativa que es punitiva frente al hecho.

Una kinesióloga de cuidados paliativos de una clínica religiosa, plantea que muchas veces los/as profesionales no cuentan con las herramientas para el manejo o para tratar a los/as usuarios/as que se encuentran en los procesos de fin de vida. Al respecto la profesional señala -reafirmando la necesidad que habíamos destacado anteriormente en otros discursos-, que contar con una psico oncológica es lo óptimo, ya que a través de su trabajo puede colaborar en la tranquilidad del/la usuario/a.

Sin embargo, nos preguntamos sobre qué sucede en los establecimientos donde no existe la figura de la psico-oncológica, o bien qué sucede con los/as usuarios/as que no se encuentran en las instituciones de salud. Al respecto pareciera importante cuestionarse sobre la relevancia de generar estas herramientas en el equipo médico en general.

Al respecto Pantoja destaca que “no sólo necesitamos médicos técnicamente bien preparados, sino también buenos profesionales que tengan habilidades de comunicación y sepan resolver conflictos éticos, lo que implica saber detectarlos, entenderlos y tener voluntad de resolverlos. Porque saber

ayudar al final de la vida es una exigencia, a veces difícil, y con la responsabilidad de hacerlo bien” (2009: 131).

“Sabes que me da pena porque siento que esa petición es tan dura y ahí siento que esa persona requiere de alguien con muchas más herramientas que puedo tener yo o el médico, con la psico oncóloga logran hablar, logran decir por qué, buscar qué es lo que les falta para estar tranquilos e ir dejando en el fondo que cada día vaya tranquilo, también yo siento que hay que vivir cada día a la vez, poco a poco” (Kinesióloga, cuidados paliativos, clínica religiosa).

Al respecto resulta importante preguntarnos sobre quién es el/la sujeto/a de la tranquilidad, es decir, quien tiene derecho a estar tranquilo/a en el marco de una relación sanitaria donde, en muchos casos, la experiencia de dolor y de sufrimiento acecha.

También, constituye un cuestionamiento preguntarnos sobre a qué remite el entregar tranquilidad, es decir, ¿es una tranquilidad respecto de dolor?, ¿respecto de la situación emocional?, ¿en términos relacionales? Sin lugar a dudas la intención de responder estas preguntas nos llevan a configurar sobre cuál es la subjetividad que se encuentra en dicha tranquilidad.

Posiblemente tanto para las mujeres que se encuentran en situación de aborto como para las personas que se encuentran en procesos de fin de vida, la tranquilidad la ven lejana, en la medida que existen resquicios legales y socioculturales que no permiten cumplir sus deseos. En ese sentido posiblemente entregar tranquilidad por parte del personal sanitario, es limitado y acotado, aunque tiene relevancia en la medida que también constituyen elementos de legitimación o deslegitimación de la experiencia.

En el discurso del personal sanitario se destaca que las relaciones con los/as familiares de personas que se encuentran en estado de enfermedad, no siempre son fáciles, debido al papel que cumple la emocionalidad frente a un posible fallecimiento.

De este modo una enfermera de cuidados paliativos de una clínica no religiosa, desarrolla la idea en torno a cómo fue una experiencia en particular donde un usuario se encontraba con un mal diagnóstico. Al respecto la profesional señala un perfil relacionado con la construcción de una masculinidad hegemónica.

Así, el usuario de salud que se encuentra pronto a morir había sido siempre un hombre “muy exigente”, “llevado a sus ideas”, “objetivo”, “dueño de fundo<sup>30</sup>”, lo que se condice con una construcción de masculinidad hegemónica relacionada con lo que menciona Olavarría (2001) sobre masculinidades en Chile. Para el autor el “ser hombre”, de acuerdo a los entrevistados implica: un signo de distinción que otros/as reconocen; rectitud y responsabilidad; autonomía y libertad; fortaleza física y racionalidad; emocionalidad controlada; heterosexualidad; entre otros elementos.

“Mmm, si lo recuerdo, creo que un... si lo recuerdo, una vez, pero, pero se revirtió la situación, porque era un señor mayor, que, en realidad, aparte, tenía una, eh, una personalidad muy... complicada, él era como muy machista, muy llevado a sus ideas, muy exigente, muy objetivo, era, él era dueño de fundo ¿me entendís? Lo que él decía se hacía ¿cachai? entonces, llegó con un cáncer muy avanzado y en ese minuto él lo estaba pasando pésimo en realidad y... y costó mucho compensarlo (...) Y entre medio de eso, en alguna ocasión, él decía, “pero señorita por qué no me dejan morir, yo quiero morirme [imitando un grito]” ¿entendís? le daba el ataque de repente y, pero “por qué, yo quiero que usted me ayude a morir”, le dijo una vez a la doctora (...) Entonces la doctora, eh, le dijo, no sé, el nombre, le dijo, “pero cómo, nosotros estamos acá”, le dijo, “para, para que esté usted más cómodo, pero yo no le puedo”... “pero es que yo señorita, estoy tan aburrido” y la la la, estaba descompensado el viejito, entonces las hijas desesperadas, porque decían pero cómo, qué sé yo, entonces se formó un ambiente muy cuestionador desde la familia hacia lo que nosotros hacíamos (...) Cómo lo íbamos a hacer, qué íbamos a hacer y si realmente... (Entrevistadora: Querían saber todo) Todo, todo, todo, todo, una inquietud, una expectativa, demasiado, de parte del usuarios/a una negatividad y una... y una... rabia (Entrevistadora: Pero la familia estaba de acuerdo con que...) No, para nada, no para nada, se te ocurre, o sea, en ese minuto tuvimos que, o sea, el médico, gracias a dios, tuvo que hablar y definir súper concretamente que si el usuario le, o sea... tenía un mal pronóstico, se hizo una reunión con ellos y qué sé yo, un muy mal pronóstico, que, en realidad, lo que se estaba haciendo era absolutamente paliativo, ni siquiera, no había un tratamiento, eh, activo, en ese minuto (...) Pero era todo netamente paliativo, pero si ese señor en algún minuto tenía algún episodio de urgencia, o, o, o, le daba un síncope, se paraba o qué sé yo, tenía que quedar claro, primero, si es que íbamos a hacer algo o lo íbamos a dejar (...) Entonces como el caballero se quería morir, tú le preguntabas a él y él no quería nada, porque tenía pura rabia, escupía fuego, lo único que quería era estar tranquilo y no sentir dolor, por lo tanto, no era muy concordante, muy coherente, de repente, el poder eh, hablar con él o qué sé yo, pero él estaba consciente, lúcido, orientado, lo que pasa es que estaba muy enrabiado (...) Porque no lo dejaban ¿me entendís? Entonces en un minuto el doctor le dijo, “bueno, si usted, en algún minuto, porque usted sabe que su condición es tan delicada, entonces, si en algún minuto, usted se agrava, usted le gustaría que nosotros lo trasladáramos de aquí a un servicio de intermedio, de UCI, qué sé yo y lo entubáramos, hiciéramos todo” “No, dijo, por ningún motivo, yo quiero que me dejen morir”, quedó estipulado en la ficha, que él quedaba con limitación del esfuerzo, que no se iba a trasladar a ningún servicio de alta complejidad, que no se iba a conectar a ninguna ventilación mecánica, ni a drogas vasoactivas, ni a ninguna cosa especial y se le informó a la familia. La familia, en un primer minuto, más encima cuando es familia numerosa, porque parece que, si mal no recuerdo,

---

<sup>30</sup> La expresión de “dueño de fundo” o “patrón de fundo” en Chile guarda relación con aquellas personas que mandan o ejercen el control. En este sentido el fundo hace referencia al campo chileno donde existía un patrón quien determinaba todas las actividades productivas y las relaciones sociales de sus inquilinos/as en el marco de dicho espacio.



eran como cuatro hijos, de los cuales creo que uno o dos no estaban muy de acuerdo. Porque, pa más recacha, nunca habían visto al papá enfermo ¿me entendís? (Entrevistadora: Y cuéntame ¿qué papel jugaste tú en ese caso y cómo te sentiste?) Yo creo que el papel más importante, porque ahí el doctor se abocó al usuarios/a, porque él estaba en una situación de negación súper importante, de negación de lo que estábamos haciendo y la psicóloga y yo nos abocamos a la familia, a tratar de unificar un poco más los conceptos, a tratar de explicarle lo que estaba pasando, como niños de 1° básico, porque ellos no tienen por qué saber. Entonces, en una condición apremiante, no, no entienden el por qué, por qué esta, esta solución es para esto sí... ¿me entiendes? O sea, de qué estamos hablando, pa qué le va a dar morfina al papá” (Enfermera, cuidados paliativos, clínica no religiosa).

Respecto a la relación con la familia del usuario, la profesional destaca que ésta no estuvo exenta de dificultades, en la medida que existía divergencia entre las posturas de los/as hijos/as, quienes se encontraban más a favor o más en contra de limitar el esfuerzo terapéutico.

Es decir, se establece que la eutanasia no es posible, pero se entrega la posibilidad al usuario de que pueda elegir en torno a no generar esfuerzos extras, por ejemplo, en caso que le dé un ataque cardíaco u otra situación médica. Frente a este escenario, el rol de la profesional fue preponderante debido a que tuvo que conversar con la familia, y explicarles todos los procedimientos que se estaban realizando, así como las posibilidades y obstáculos que presentaba la enfermedad.

Asimismo, es interesante contraponer la emocionalidad que embarga al usuario de salud, que la profesional la significa como de rabia e impotencia frente a la situación a la que se enfrenta, con la emocionalidad del personal sanitario, quienes reconocen que es una situación delicada en la medida que deben contener a la familia, además de entregar directrices claras en función del deseo del usuario de salud.

Como mencionábamos anteriormente, todo esto se encuentra teñido de una construcción de masculinidad hegemónica donde, por ejemplo, la profesional destaca que los/as hijos/as del usuario nunca le habían visto enfermo, considerándolo como “un roble”, es decir, un árbol que nunca flaquea pese a la fuerza del viento. Todos estos elementos confluyen en que la relación sanitaria sea compleja, tanto para la familia, la persona usuaria, y el personal sanitario.

## 11.6. Recapitulando

Las relaciones sanitarias, como relaciones humanas, no están enmarcadas sólo por el accionar técnico del personal sanitario, sino que están vinculadas a elementos emocionales y de resolución de conflictos que muchas veces son complejos. En este sentido es interesante destacar sobre cómo dicha relación, no sólo se establece entre el/la profesional y el/la usuaria, sino que también se ve influida por las opiniones y percepciones de los/las familiares de la persona usuaria, destacando así su amplio carácter.

En este marco, los elementos contemplados al comienzo del capítulo, señalados por Briozzio (2007) vinculados principalmente a los principios bioéticos –beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia-, la comunicación asertiva y el secreto médico, muchas veces entran en tensión, en la medida que existen intenciones, disposiciones e intereses que se pueden contraponer en el marco de la relación sanitaria.

En este contexto, el secreto médico frente al aborto, en el discurso del personal sanitario, cobró relevancia, en la medida que mantenían su resguardo a través de la no denuncia de las situaciones detalladas. Es decir, si bien reconocemos que existen posiciones divergentes en torno a la práctica abortiva, y que ésta tiene impacto en el accionar sanitario, se sostiene que los niveles de denuncia son muy bajos manteniendo el secreto médico.

Por otra parte, cuestiones como la obstinación terapéutica se pueden desarrollar si existe una relación muy paternalista entre el/la profesional y la persona usuaria, lo que puede llevar a la generación de tratamientos fútiles siendo sus únicos resultados el alargar la vida de una persona usuaria, sin sentido ni calidad, generando un gran costo para las familias.

De este modo, en el marco de relaciones basadas en un paternalismo médico, se sitúa a la persona usuaria en una posición de subordinación frente al conocimiento científico, negando su autonomía y sus posibilidades de decisión. Así, la relación sanitaria enmarcada bajo este prisma se torna en una relación de poder, de estructuración jerárquica donde no se reconoce a la persona usuaria como ciudadana ni con su respectivo ejercicio de derechos.

En esta dirección nos parece relevante destacar lo extendido que se encuentra entre los discursos la crítica a esta cuestión, así como la validación existente en torno a la limitación del esfuerzo terapéutico, lo que da cuenta del reconocimiento de la autonomía de las personas, aunque hasta cierto límite, ya que cuando hablamos de eutanasia, emergen posturas tanto a favor como en contra, que ponen la vida por la vida sobre todas las cuestiones o bien generan un reconocimiento sobre el sufrimiento o el dolor vivenciado por la persona usuaria.

Asimismo, el tema de las emociones es relevante, en la medida que, a través del discurso, es posible identificar que el personal sanitario no se muestra insensible frente a las situaciones que vivencias las personas usuarias.

En esta dirección nos parece relevante plantear, desde una perspectiva de género, sobre cómo se configuran subjetividades, por ejemplo, en torno al abordaje de la gestación y la construcción de buenas y malas mujeres, en función de sus deseos de lograr o detener una gestación.

Así, recordamos la rabia que experimenta una profesional, en torno a lo cual podemos hipotetizar de que existe una interferencia en su relación sanitaria. En este marco nos preguntamos ¿cómo operaría en dicha médica los principios de las éticas de la justicia o del cuidado frente a mujeres con abortos en evolución, por ejemplo?

También, emerge la construcción de una subjetividad asociada a lo denominado como “masculinidad hegemónica”, donde nuevamente aparece la rabia, pero ahora más bien asociada a la experiencia e imposibilidad de un hombre usuario que no puede adelantar su muerte. En este sentido, la emoción de rabia, traducida en impotencia la veríamos presente, de manera transversal, en la experiencia del personal sanitario y de la persona usuaria. Una rabia o impotencia que la podemos traducir como la imposibilidad de resolución de nuestros deseos.

Lo anterior nos hace pensar sobre la relación entre las emociones en el marco sanitario y su vínculo con la construcción social de género. En esta medida consideramos que los patrones de género, desarrollados y difundidos en sociedades capitalistas, patriarcales y occidentales, inciden en las

emociones de las personas en el marco del aborto y de la eutanasia y en sus construcciones subjetivas.

Así, los debates entre la vida y la muerte, en estos contextos, se encuentran teñidos por elaboraciones genéricas que se expresan tanto en las producciones subjetivas identitarias (“mala” o “buena mujer/madre” frente al aborto, o la imagen del “patrón de fundo” que no acata los tiempos de espera para el morir), así como en las emociones expresadas tanto por el personal sanitario como por la misma persona usuaria (rabia, dolor, miedo, indiferencia, etc.).

## 12. Visiones corporales: entre dualismos e integraciones

Como hemos podido apreciar en los capítulos anteriores, existen distintos temas vinculados a las problemáticas de aborto, la solicitud de adelantar la muerte y la eutanasia, que están ligados a cuestionamientos que se producen cuando establecemos un proceso de reflexividad en torno a la praxis clínica del personal sanitario.

Asimismo, un tema de relevancia y que cruza, o es transversal a las temáticas anteriormente expuestas, es el tema del cuerpo. Es decir, cuando hablamos de aborto y eutanasia, no estamos problematizando sólo desde el ámbito de las ideas, sino que también lo podemos aprehender a través de lo encarnado que se expresa a través del cuerpo.

En esta dirección Le Breton (2002) nos señala que vivir consiste justamente en estar, constantemente, sintetizando, el mundo al cuerpo. En dicho sentido, la experiencia del sujeto siempre es una experiencia corporal. Por lo mismo, focalizando en los temas de aborto y eutanasia, consideramos que con mayor razón la cuestión del cuerpo se ve problematizada, puesto que tenemos en el centro el cuerpo en el debate de la vida y muerte.

Dichos debates apuntan a la existencia o no de un cuerpo, donde no sólo emergen límites entre el cuerpo y lo/s otro/s, sino que también podemos develar límites entre el cuerpo y su existencia.

En este capítulo hemos querido centrarnos principalmente en las representaciones que realiza el personal sanitario en torno al cuerpo. Para esto hemos trabajado con metáforas corporales, en el sentido de consultar sobre cómo se imaginan o qué metáforas podrían hacer en torno al cuerpo, para desde allí develar las construcciones corporales que subyacen en sus imaginarios.

Al respecto Le Breton destaca que “las representaciones sociales le asignan al cuerpo una posición determinada dentro del simbolismo general de la sociedad. Sirven para nombrar las diferentes partes que lo componen y las funciones que cumplen, hacen explícitas sus relaciones, penetran el interior invisible del cuerpo para depositar allí imágenes precisas, le otorgan una ubicación en el cosmos y en la ecología de la comunidad humana” (2002: 13).

De este modo el cuerpo es cultural y al mismo tiempo, hacer el ejercicio de representarlo, permite comprender el posicionamiento de la persona frente a otros/as sujetos y frente a la naturaleza misma, además de comprender la visión de mundo que se encuentra permeando dichas posiciones.

Asimismo, comprendemos que las representaciones e imaginarios sobre el cuerpo, por parte del personal sanitario, tendrán características particulares, en la medida que podemos prever que existe un contexto específico desde donde construyen las metáforas corporales. Es decir, el mundo que rodea al personal sanitario está teñido de maneras de comprender lo corporal, formas de aproximarse y construirlo.

También en este capítulo nos interesa indagar en las visiones de los/as profesionales sobre el cuerpo sano, debido a que desde allí podemos comprender el ideal que subyace desde la mirada en el ámbito sanitario. De esta manera, dicho ideal lo podemos contraponer con lo que sucede en el marco del aborto, de la petición de adelantar la muerte y de la eutanasia, así como con la visión de la medicina en el marco de la vida y de la muerte.

El análisis de este capítulo se encuentra conectado a los desarrollos conceptuales que hemos elaborado en el marco del capítulo de Ejes Conceptuales, particularmente en lo relacionado con la sección sobre “Construcciones corporales: entre el tener y el ser”.

Este capítulo se encuentra estructurado en dos grandes apartados, en el primero se desarrollan las metáforas corporales que realiza el personal sanitario estudiado, revisando de esa manera las construcciones relativas a la corporalidad y sus respectivas asociaciones con otros conceptos, que pueden dar lugar a visiones dicotomizadas o integradas (12.1).

En una segunda sección se revisan las nociones del personal sanitario en torno a lo que se concibe como cuerpo sano, logrando comprender los ideales discursivos sobre lo que se entiende por dicho atributo (12.2).

### **12.1. Vínculos en las Metáforas corporales: entre la disociación y la búsqueda de integración de dicotomías**

En este apartado revisaremos las conexiones que realiza el personal sanitario en torno a lo que conciben por cuerpo de manera metafórica. De este modo, el eje de comprensión de dichas conexiones remitirá a revisar la existencia de dualidades, analizando también sus posibles superaciones, en la medida que se desarrolla una visión integrada del cuerpo.

En este sentido, abordaremos las relaciones entre cuerpo cultura, que nos permitirán visualizar la relevancia de comprenderlo en el marco de una historia y contexto social particular; la relación entre cuerpo y naturaleza, también nos permitirá hacer una comparación entre concepciones modernas y tradicionales.

Por otra parte, el vínculo entre cuerpo y alma, nos dará entrada a visualizar dicotomías que muchas veces conciben al cuerpo como lo de menor relevancia en relación al alma; por otra parte, el cuerpo máquina, nos adentrará en la comprensión de los engranajes corporales y su funcionamiento; finalmente, la visión del cuerpo asociada a la vulnerabilidad y los cuidados, construye puentes de conexión relevantes en la reflexión sobre las personas que se encuentran en situaciones de aborto o frente al deseo de adelantar sus muertes.

#### **12.1.1. Relación entre cuerpo y cultura**

El cuerpo es eminentemente cultural y social, en la medida que dichos sistemas lo permean y lo constituyen. En esta dirección Porzecanski plantea que “lejos de apelar a la idea de lo “humano universal” el cuerpo, desde la perspectiva antropológica, se vincula con circunstancias históricas específicas que lo modelan con prácticas de uso que hacen de él un elemento flexible, des

automatizándolo en primera instancia, aunque posteriormente vaya adquiriendo, a través de los procesos de enculturación, regulaciones motrices propias y repetitivas” (2011: 19).

En este sentido el cuerpo es un constructo vinculado al contexto histórico, proceso que se ve reflejado en prácticas sociales que le dan flexibilidad aunque adquiere, con el tiempo, una determinada automatización.

De esta manera, no podemos escindir el cuerpo del contexto socio histórico, donde si bien éste es un producto, también lo constituye en una relación dialéctica, en el sentido de que contexto permea al cuerpo, al mismo tiempo que los cuerpos dan vida al contexto. En este sentido, desde nuestro punto de vista, no es posible separar el cuerpo del contexto social, lo político ni la historia, reconociendo que su existencia también permite darle vida a dichos escenarios.

En palabras de un médico internista de cuidados paliativos de una clínica religiosa, de manera metafórica, relaciona el cuerpo como un lienzo o una tela en blanco, donde se van inscribiendo marcas que recibe del medio.

“Yo te diría tal vez como, mi metáfora sobre todo, pacientes en fase terminal que el cuerpo es como una tela en blanco, un lienzo en blanco dispuesta a recibir una pintura, o lo que vayamos a hacer como para poder hacer una obra, como dispuesta a decidir el cariño, el cuidado, el manejo de los síntomas etc. pero como un lienzo en blanco como dispuesta a recibir” (Médico internista, cuidados paliativos, clínica religiosa).

De esta forma el profesional pone el acento en el cariño y en el cuidado como elementos que son fundamentales en personas que se encuentran con enfermedades en sus fases terminales. Asimismo visualiza estos elementos relacionados con la praxis clínicas propiamente tal, como el manejo sintomatológico.

De acuerdo a este punto de vista, el cuerpo se encuentra permeado por el contexto el cual lo inscribe, dibuja y modela. En esta línea Esteban (2013) acuña el concepto de “itinerarios corporales” los que si bien, reconoce que son individuales, inevitablemente remiten a lo colectivo en la medida que se encuentran en el centro de estructuras donde se les provee de importancia a las acciones de los sujetos a través del reconocimiento de prácticas corporales. De este modo, para la autora, “el cuerpo



es así entendido como el lugar de la vivencia, el deseo, la reflexión, la resistencia, la contestación y el cambio social en diferentes encrucijadas económicas, políticas, sexuales, estéticas e intelectuales. Itinerarios que deben abarcar un período de tiempo lo suficientemente amplio para que pueda observarse la diversidad de vivencias y contextos, así como evidenciar los cambios” (Esteban, 2013: 58).

Este modo de concebir la corporalidad nos parece interesante, en la medida que no sólo comprende al cuerpo como un receptor pasivo de lo que ocurre a su alrededor, sino que también pone el foco en elementos asociados a su agencia, en tanto que promueve la resistencia y la contestación.

### **12.1.2. Relación cuerpo y naturaleza: finitudes y trascendencias**

Le Breton (2002), tomando los estudios de Leenhardt, plantea la existencia de los Canacos<sup>31</sup> quienes conciben el cuerpo conectado a elementos del reino vegetal. De este modo resaltan las partes de la naturaleza que se asocian con las partes del cuerpo “Kara, designa al mismo tiempo la piel del hombre y la corteza del árbol. La unidad de la carne y de los músculos (pié) refiere a la pulpa o al carozo de las frutas. La parte dura del cuerpo, la osamenta, se denomina con el mismo término que el tronco de la madera” (2002: 16). En este sentido, siguiendo al autor, la relación con lo vegetal no es una metáfora sino más bien se asocia a una visión sustancial.

Esta mirada es contrapuesta a la visión occidental del cuerpo y de persona, dado que en esta última se presenta una escisión entre estos elementos lo que no se concibe entre los/as canacos, quienes consideran el cuerpo vinculado con sí mismo/a y con los/as demás.

De esta manera, para Le Breton “en las sociedades tradicionales, de composición holística, comunitaria, en las que el individuo es indiscernible, el cuerpo no es objeto de una escisión y el hombre se confunde con el cosmos, la naturaleza, y la comunidad. En estas sociedades las representaciones del cuerpo son, efectivamente, representaciones del hombre, de la persona. La

---

<sup>31</sup> El pueblo canaco es originario de Nueva Caledonia.

imagen del cuerpo es una imagen de sí mismos, nutrida por las materias primas que componen la naturaleza, el cosmos, en una suerte de indiferenciación” (Le Breton, 2002: 22).

Al momento de consultar sobre las metáforas que se pueden construir desde lo sanitario en relación al cuerpo, existen diversas visiones que asocian este último con la naturaleza. De este modo, si bien comprendemos que los discursos son contruidos en el marco de una visión occidental, al momento de ser referidos al cuerpo, se conectan con el mundo natural, asimilándolo a los ciclos que se dan en dicho contexto.

De esta manera resulta interesante el contrapunto que plantea una médica anestesióloga, jefa de cuidados paliativos de una clínica no religiosa, en la medida que hace referencia a la división entre cuerpo y alma, señalando que se pregunta constantemente por el lugar donde se dirige el alma al momento del morir.

Esta visión dualista del cuerpo, la contrapone con una mirada relacionada al vínculo cuerpo-naturaleza, con un proceso vital, donde el cuerpo tal como una flor, o como los ciclos de la naturaleza, o como las estaciones del año, tiene, en sus etapas, un momento de nacimiento, de desarrollo y de muerte.

“No soy buena pa’ las metáforas, me es difícil. No sabría cómo describírtelo, porque, eh, no sé po, yo fui enseñada que somos cuerpo y alma, pero siempre me preguntaba cuando estaba en, en parte de mi práctica clínica, en aquellos pacientes que están en coma, que están con daño neurológico importante, ¿dónde está el alma? Está el cuerpo todavía vivo, en aquellos que todavía no están ni siquiera en muerte cerebral, eh, ¿dónde está el alma? Tendí a pensar que era como una cubierta, como algo que te protege (...) Eh, es como un, como un envoltorio, como una flor, algo que... Algo que nace, crece y se va. Eso yo creo que sería como lo veo, como lo imagino, el cuerpo (...) Y si hay un componente extra, lo espiritual, no sé dónde está, no sé. Ahora, creo sí también que, así como la, las flores, la naturaleza, todo va cambiando y va terminando su ciclo, el cuerpo también tiene su ciclo y termina. Yo en lo personal, para mí, no quisiera un ciclo muy prolongado, quisiera que fuera hasta que pueda ser yo autovalente” (Médica anestesióloga jefa de cuidados paliativos, clínica no religiosa).

Así, el cuerpo como una flor, también tiene su ciclo de vida, y en dicho contexto, la profesional destaca que para sí misma no desearía un ciclo tan prolongado, reconociendo la relevancia que le da al lugar a la auto valencia en el proceso vital. Es decir, la profesional plantea que ella quisiera existir con capacidad autovalente frente a la vida.

Considerando la visión del cuerpo atada a la naturaleza emerge también la cuestión de la trascendencia, es decir, el modo cómo dejamos huella en la existencia. Al respecto una matrona jefa de ginecología y obstetricia de una clínica no religiosa, destaca que la metáfora que puede realizar en torno al cuerpo, tiene que ver con concebirlo como una fruta que contiene en su interior una semilla. De este modo la fruta se puede acabar pero contiene la semilla que dará origen a un nuevo proceso vital.

“Es como te decía, es como una fruta pero tú ves la semilla que está dentro por lo tanto si es un fruto cualquiera que se te ocurra y esa semilla jamás se pierde, la plantas, vuelve a crecer, con la semilla, y va pasando y vive toda la ancestrología, tu trascendencia, sí, eso, no sé si es una fruta, no sé si es una flor pero el cuerpo es un contenedor de una semilla” (Matrona jefa de ginecología y obstetricia, clínica no religiosa).

También el cuerpo, metafóricamente, es reconocido como energía, como movimiento que tiene un tiempo acotado. En este sentido, nos parece interesante destacar que en la mayoría de los discursos emerge la idea de finitud del cuerpo, es decir, es considerado como lo que tiene una existencia delimitada temporalmente.

En esta dirección, retomando la cuestión de la energía, una psicóloga de cuidados paliativos de un hospital, releva la existencia de la energía corporal, la cual se va agotando en la medida que nos acercamos a la muerte o a la vejez.

“El cuerpo es como la energía (Entrevistadora: ¿La energía?) Sí, lo que te mueve y cuando esa energía se va a agotando ya no lo (...) y nos vamos quedando, quedando, se acaba la energía, la energía te mueve y en general todo es energía pero hay algo que te mueve que tiene onda, pero cuando ya no se puede es porque la energía se va agotando” (Psicóloga, cuidados paliativos, hospital).

De este modo, resulta interesante la conexión del cuerpo con la naturaleza, dado que a través de estas visiones podemos constatar la mirada de una permanencia. Es decir, el cuerpo se concibe como lo finito, pero también a través de la visión de la energía, o como la semilla de un fruto, existe algo que trasciende, que vuelve a la naturaleza misma y le da continuidad a la vida (no necesariamente consciente).

### 12.1.3. Cuerpo y alma: debate sobre las jerarquías entre estas dos miradas

Bajo la mirada dual entre cuerpo y alma, se concibe al cuerpo como un resto, como lo que se encuentra devaluado frente al alma, que es un alma racional que dota de sentido a la existencia. De esta manera, entre los discursos del personal sanitario esta visión se encuentra bastante presente en la medida que se realiza la separación entre alma y/o mente y cuerpo, al mismo tiempo de señalar que es esta primera la que moviliza a un cuerpo, que en contextos de muerte queda inerte y sin movimiento.

En palabras de una médica jefa de cuidados paliativos de un hospital, existe una distinción entre el alma y el cuerpo. Donde visualiza el cuerpo como cargado de luz, el que se va apagando en la medida que se extingue la vida.

“No sé, es como una luz, no sé, no sé a mí me gusta igual, o sea siempre que me he imaginado por ejemplo en esto de, bueno uno no sabe, siempre en esa discusión del alma, del espíritu y todo yo siempre me he imaginado así pensando en el cuerpo no físico me he imaginado como que es una luz, o sea como que hay algunas luces que no son tan intensas, hay otras luces que son más intensas, siempre me he imaginado así como una luz, como que una tiene una luz por dentro, no sé es como mi idea primera que se me viene a la cabeza” (Médica jefa de cuidados paliativos, hospital).

Pareciera que estos elementos, la existencia del alma, resultan importantes a la hora de concebir el cuerpo, en la medida, como veíamos anteriormente, que nos hablan de una trascendencia. En este sentido pareciera que no se concibe la muerte como un fin sino que, al poder dotar de sentido ese cuerpo, con un alma, es posible establecer una continuidad de la existencia.

Asimismo, la visión del alma y del cuerpo se asocia a que éste último es el “envoltorio” de la primera. Es decir, cuando hablamos de metáforas corporales se hace un doble ejercicio, primero, se asocia automáticamente el cuerpo al alma, pero luego se hace un trabajo de separación de estos componentes.

“El cuerpo es el, como... ¿qué te diría yo del cuerpo? Como la... es como... ¿qué te diría yo, ah? es como el envoltorio del alma (...) Porque el ser humano es alma po ¿ah? (...) Claro ¿ah? y, y, y... esa alma anda con un cuerpo ¿no? Yo no tengo más respuestas” (Abogado, comité de ética, clínica no religiosa).

Si bien se hace la separación entre cuerpo y alma, se plantea la cuestión de la energía. En dicho sentido un cuerpo vivo es un cuerpo con energía corporal. Podríamos decir que es el alma la que dota de dicha energía la que sostiene al cuerpo. En esta dirección también se asocia al alma con la persona, lo que le da sentido a esta última.

“No es nada ¿te fijai? O sea, de esta cuestión está escrita hace muchos años, yo me acuerdo que hay un... Aristóteles que decía que cuando el cuerpo ya no es capaz de sostener el alma, el cuerpo como sostenedor del alma, el alma se va, el alma emigra (...) ¿Te fijai? Y de repente estos cuerpos que, que siguen a lo mejor latiendo, tampoco son capaces de sostener el alma ¿te fijai o no? (...) Y el alma mirada así como lo que es esa persona, que lo hace distinto a otro, con todo, con todo lo que eso implica (Entrevistadora: ¿Y el alma como la psique?) El alma, no sé, yo creo que lo entendía cómo, como, como ese hábito de energía que se va, como el último, el último aliento (...) El alma como el último halito de vida (Y si pensáramos el cuerpo de una manera metafórica ¿qué metáfora podría usar?) No, yo creo que pura energía” (Enfermera, comité de ética, clínica no religiosa).

Bajo la mirada de que el cuerpo es sostenedor del alma, podemos visualizar que desde la perspectiva de una médica oncóloga de un comité de ética de una clínica no religiosa, el cuerpo viene a ser todo, es decir, le otorga centralidad al cuerpo al mismo tiempo que plantea la capacidad de interacción, como un elemento ontológico del cuerpo. Es decir, establece las funcionalidades del cuerpo, pero éstas no son suficientes para dotarlo de calidad de vida la cual remite a la relación con el entorno.

“Yo creo que, si uno no tiene... no tiene esperanza de una mínima calidad de vida, para mí mínima calidad de vida significa poder interactuar con otras personas, o sea, si vas a ser un cuerpo que ventila, que orina, que tiene niveles de sodio-potasio [ríe] eh, adecuados, pero no eres capaz de tener ningún grado de comunicación con tu entorno, pa mí eso es lo mismo que estar muerto (...) Cuerpo muerto aquel que no interactúa con los demás (Entrevistadora: Claro, claro. Si pensáramos en una forma metafórica ¿qué metáfora le daríamos al cuerpo?) chuta, no sé, un... una corteza, algo como un exterior, pero necesario [ríe] Un soporte, claro, o sea, sin cuerpo no eres nada, pero el cuerpo no es todo [ríe] Sin cuerpo uno no es nada pero el cuerpo es todo. No sé, un balde, ponte tú, con agua, si no tenís el balde, no tenís el agua tampoco [ríe] Claro y... claro, si tenís el balde solo, no tenís el agua tampoco [ríe], se escurre, pero... Una cosa así, el continente y el contenido” (Médica oncóloga, comité de ética, clínica no religiosa).

Asimismo, plantea que el cuerpo, metafóricamente es un balde que contiene agua, sin dicho balde el agua escurre, se resbala por los dedos, por lo que el cuerpo viene a cumplir una función fundamental de integración. Aunque cabe destacar que en el discurso no se plantea a qué remite dicha agua, ¿es el alma?, ¿es la energía?, no queda claro, pero lo que sí queda claro es que el cuerpo, como corteza de un árbol, o como balde, sostiene la vida, le da un carácter especial el cual es relacional.

En palabras de una enfermera de cuidados paliativos de una clínica no religiosa también está presente la visión del cuerpo como un envase, con aquel envoltorio que sostiene la existencia. Al mismo tiempo es lo que le da forma, considerando que estamos constantemente en transformación.

También, relata que el cuerpo es lo que encierra la energía, que la cubre, y que da un carácter social a nuestra realidad. Esto lo conectamos con el reconocimiento y la vinculación del cuerpo a un sexo y a un rol social, que podríamos relacionarlo con la visión de Esteban (2013) de cuerpo. En este sentido es un cuerpo con género, producto de una construcción social y que al mismo tiempo nos hace posicionarnos en un entorno con un cierto rol.

Quizás en este punto la mirada puede ligarse a lo planteado por el interaccionismo estratégico de Goffman (1981), donde los sujetos, se posicionan en un determinado escenario social y cumplen con una performance en función de los intereses que tienen y las realidades personales que les hacen relacionarse de una determinada manera con las demás personas.

“Mmm, qué metáfora podríamos darle al cuerpo, mmm [silencio] una forma sutil e itinerante de vivir la vida, porque siempre estamos en cambio (...) Si no tuviéramos esta forma, para mantenernos, mañana amaneceríamos de otra forma [ríe] (...) siento que esto es un, eh, es un envase (...)Eh, definido por características genéticas, llamándolo del método científico, pero, en el fondo, esto engloba muchas cosas distintas, que cambian a diario (...) Y eso somos, un, un, eh, un bolo de energía que cambia a diario y que esto nos tiene cerrados en un cuerpo, en un sexo, en una condición y más encima esto que me, me cubre, eh, me, me, me hace estar en un rol (...) Lo que te cubre la ropa, esto es un rol, yo me lo pongo y yo tengo un papel, un rol, algo que cumplir” (Enfermera, cuidados paliativos, clínica no religiosa).

También es interesante plantear lo que establece una abogada de un comité de ética de una clínica religiosa, quien plantea que no existe una dualidad alma cuerpo, en la medida que reconoce que al verse a sí misma, al voltear hacia su ser, puede observar sus manos, puede observarse a sí misma. Desde esta visión, la profesional nos viene a plantear la existencia de un cuerpo encarnado, el “yo soy” mi cuerpo (Butler, 2006).

“Sí. Pa mí es un delfín, un delfín que va saltando, que te va ayudando, que, a ver, pa mí cuerpo, o sea, no me puedo entender como persona si no me miro mis manos, si no me veo, a, a, no me miro a mí misma. Yo no soy un alma, soy un, un espíritu encarnado, no sé, pero soy mi cuerpo, ¿ya? A eso me refiero, entonces, cuando yo me digo “¿y si no fuera este cuerpo humano qué sería? Sería como un delfín que salta, que tiene como todo el mar como espacio de desarrollo, de relación, etc.”” (Abogada, comité de ética, clínica religiosa).

En el discurso de un médico general, presidente de un comité de ética de una clínica religiosa, podemos percibir el ir y venir en torno a la concepción del cuerpo y del alma como una dualidad. En este sentido el profesional reconoce que muchas veces hay una visión dicotómica, pero al mismo tiempo plantea que lo inanimado y lo animado se encuentra en profunda conexión, tratando de establecer que es complejo separar al cuerpo del alma. Asimismo, pese a la anterior reflexión, el profesional al mirar la cuestión de manera metafórica establece que el cuerpo es como una casa que alberga el alma, pero hace hincapié en que no es una casa inanimada, sino más bien está colmada de significados y de vida.

“Qué difícil es. A ver. Es como, que el cuerpo, es como, es difícil, es que acá hay un problema muy profundo porque no es exactamente como la casa donde habita el principio vivo de la animación, por eso diría como pensar en forma dualista, el cuerpo es una cosa y que lo inanimado es otra y la visión que por lo menos yo tengo, no tengo yo, sino que viene iluminada por otros pensadores, es que hay una unión tan íntima entre cuerpo, entre lo corpóreo y lo no corpóreo que es lo que anima ese cuerpo que es muy difícil separarlo, lo que lo separa definitivamente es la muerte en el fondo. Pero claro, una metáfora sería es como, es como una casa donde, una casa que alberga, pero es como una casa viva porque el cuerpo está animado por ese otro principio inmaterial que es lo que me anima a estar vivo y que está intrínsecamente con mis partes. Si existe un alma, el alma nadie la ve pero se expresa a través de la mirada, se expresa a través de los gestos, se expresa a través de los pensamientos, ahí se está expresando esa otra parte inanimada. El cuerpo es como la casa que acoge y que se deja penetrar profundamente con ese principio de, con ese espíritu, podríamos decir, con ese principio inanimado, principio de animación de esa casa, como una casa viva, no sé cómo llamarla (...) Claro, porque el cuerpo para el hombre es la condición de expresión de su alma. No puede expresarse lo inanimado sino hay un cuerpo, o sea, el hombre solo se entiende a través de eso, por eso es que tenemos que respetar el cuerpo, tenemos que cuidarlo, tenemos que, sin él no se expresa lo más propio del hombre, lo inanimado” (Médico general Pdte. comité de ética, clínica religiosa).

De este modo, para el profesional lo único que hace separar el cuerpo del alma, es la muerte, aunque reconoce que nadie puede observar el alma. Dicha alma, para el profesional, se expresa a través del cuerpo. En este sentido no se podría expresar lo inanimado si éste no existiera. Y por lo mismo el profesional le da un espacio importante al cuidado del cuerpo, ya que sin éste, no se expresa adecuadamente lo inanimado.

Así, a través de estos discursos podemos dar cuenta de que no existe una visión única en relación al reconocimiento de la dualidad alma cuerpo, en la medida que si bien se hace la distinción en términos de dar respuesta a la necesidad de explicación entre lo material e inmaterial, existen posturas que tratan de romper con este dualismo, planteando por ejemplo, la cuestión de lo encarnado, las características de género y de roles del cuerpo, así como establecer el límite de finitud del cuerpo en torno a la muerte.

#### 12.1.4. Cuerpo máquina: engranaje y funcionamiento

De acuerdo a Le Breton, desde los siglos XVI y XVII existen visiones contrapuestas del cuerpo, en la medida que por una parte se le desprecia, considerándolo ajeno al sujeto que lo porta, mientras que desde otras visiones se le considera como encarnado en la persona. En este contexto es el propio Descartes, según el autor, quien le da un carácter escindido y accesorio estableciéndolo como el límite de la individualidad, “el hombre de Descartes es un collage en el que conviven un alma que adquiere sentido al pensar un cuerpo, o más bien una máquina corporal, reductible sólo a su extensión” (Le Breton, 2002: 69).

De esta manera se erige una suerte de mecanicismo, donde el cuerpo es una máquina conducida y dotada de sentido por un Dios, “el movimiento les llega siempre del exterior (de aquí la idea del famoso papirotazo que da Dios en el momento de la creación)” (Le Breton, 2002: 74).

En este sentido el cuerpo se concibe como una serie de herramientas o engranajes, que lo podemos conectar a visiones del cuerpo- máquina que desarrolla el personal sanitario. De este modo, por ejemplo, de acuerdo a la visión de un médico obstetra de ginecología y obstetricia de una clínica no religiosa, el cuerpo, ligado a lo orgánico y concebido como una estructura, como una máquina, está dotado de órganos que funcionan gracias al agua, al oxígeno y a la alimentación que recibe.

“El cuerpo es una máquina, una máquina que la haces funcionar, si le das agua, oxígeno y comida sigue funcionando, tú puedes encontrar un cuerpo como Schumager... el cuerpo es una máquina pero el cuerpo de esa persona no está muerta solamente su capacidad psíquica según lo que nosotros creemos está dormida pero no tenemos toda la información, la medicina occidental está en súper en pañales, nosotros sabemos muy poco” (Médico Gineco Obstetra, ginecología y obstetricia, clínica no religiosa).

Así, se concibe el cuerpo como una máquina, aunque se reconoce su capacidad psíquica frente a lo cual se plantea que la medicina contemporánea sabe muy poco.

Esta visión se complementa con la postura de una médica neonatóloga de un comité de ética de un hospital, quien ante su reflexión plantea que “es terrible” lo que dirá, manteniendo una visión crítica frente a su propio posicionamiento.



La profesional establece la metáfora corporal del cuerpo con un automóvil que funciona. Dicho funcionamiento se encuentra condicionado a los años de uso. Es decir, comienza funcionando en perfectas condiciones cuando tiene 0 kilómetros y comienza a presentar fallas a medida que transcurre el tiempo.

“Qué terrible lo que voy a decir pero yo lo encuentro igual a un auto, un auto nuevo 0 Km, limpiecito, bonito, todo funciona, y el otro es un auto ya con años que empiezan a fallar los neumáticos, la bomba de aire, etc. para mí el cuerpo es una maquinaria que con el tiempo se va deteriorando” (Médica neonatóloga, comité de ética, hospital).

Desde la visión del cuerpo como máquina un alto cargo del Colegio Médico de Chile plantea la relación metafórica del cuerpo con un reloj, en la medida de reconocer un sistema de engranaje que funciona y que permite el equilibrio entre sus partes. De este modo los órganos de los cuerpos son relacionados con las partes de esta máquina que funciona presentándose viva.

“Sí como una máquina podría ser, como algo así, como un, como un sistema como en equilibrio pero no se me ocurre algo como muy concreto en realidad, puede ser algo así como un, un cuerpo, no sé, no se me ocurre nada, ¿qué puede ser?, puede ser un reloj (...) Por el engranaje quizás, como por eso de los sistemas, de que algo que también se ocupa para... efectivamente (...) Como un... como un funcionamiento de que efectivamente, que la muerte tampoco es una cosa como bueno, nosotros definimos un momento de la muerte, pero tampoco es una cosa así medida entonces tienen que ocurrir muchas cosas para que un paciente muera, ehm y entre esas están estas enfermedades como oncológicas, como o terminales pero en general uno va viendo como los pacientes se van muriendo o sea como se van echando a perder los órganos hasta que finalmente se mueren sobre todo cuando uno está en intensivo muy interesante porque uno va midiendo eso, uno se va dando cuenta de que el paciente se le está yendo y tú puedes hacer cosas para impedirlo o puedes facilitar la vía de entregarlo” (Alto cargo del Colegio Médico).

Sin embargo se plantea que la máquina deja de funcionar, los órganos comienzan a fallar debido a determinadas enfermedades que inciden en su funcionamiento. Es en dicho contexto donde el personal sanitario actúa y percibe dicha realidad, al mismo tiempo de incidir en detener el progreso del deterioro.

### **12.1.5. Somos cuerpo: entre la vulnerabilidad y la necesidad de cuidado**

Cuando hablamos de cuerpo también hablamos de lo que atraviesa las distintas cuestiones revisadas en esta investigación. De esta manera consideramos que los temas de cuidado, vulnerabilidad, dignidad, autonomía, entre otros/as, están permeados de cuerpo. Es decir, no podemos concebir estas materias en el aire, sino más bien es preciso comprenderlas de manera encarnada en el cuerpo de las personas que se encuentran en el marco del aborto o queriendo adelantar sus muertes.

Al respecto, resulta necesario comprender que el cuerpo es social, y por lo mismo, es importante concebirlo en una trama relacional, es decir, el cuerpo es cuerpo con otros/as, cuestión que ya revisábamos anteriormente con Butler (2006) y que reafirma Sánchez al señalar que “toda figura que el cuerpo crea, similar a un dibujo, aparece ligada a una práctica cultural, a un uso individual y una simbólica colectiva: el cuerpo dibuja un conjunto de signos que representan una relación. La premisa corporal radica en eso, en estar sujeta al otro, a una alteridad e identidades colectivas”. (Sánchez, 2010: 228).

En esta dirección Butler (2017) destaca que todo ser humano depende de su entorno, en la medida que su existencia pasa por la necesidad de establecer relaciones sociales, se sustenta del medio. En este sentido cobra relevancia la cuestión de la interdependencia y la vulnerabilidad.

Esta última –vulnerabilidad- revisada en los capítulos anteriores, implica, según Butler (2017), un problema político mayor en la medida que afecta la igualdad y la desigualdad, nos pone frente al problema de la pérdida y de nuestra imposibilidad de controlarla, nos hace dependiente de los/as demás.

En palabras de la autora, “al fin y al cabo, la vida que estoy viviendo, aun cuando sea claramente esta vida mía y no la de algún otro, está ya conectada con redes más amplias de la vida, y si no estuviera unida a tales estructuras, yo no podría vivir. De manera que mi vida depende de una vida que no es la mía, que es algo más que la vida de los otros, porque se trata de una organización social y económica de la vida que es mucho más amplia” (Butler, 2017: 214).

Respecto a la vulnerabilidad también emergen, en los discursos del personal sanitario, posicionamientos que destacan metáforas corporales que asocian el cuerpo con lo frágil y vulnerable. Es así como una médica anesthesióloga de un comité de ética de un hospital plantea que el cuerpo es modelable, asociando la fragilidad a los cambios que tiene la vida. Es decir, pone el ejemplo de “estar bien ahora” y “luego no”, que podríamos asociarlo con lo que nos dice Butler (2017) en relación al sentido de pérdida de la vulnerabilidad, que no podemos controlar.

“A ver, el cuerpo es como, para mí es algo frágil, podría ser como una, no sé cómo describirlo, pero para mí el cuerpo es como algo frágil que puede ser moldeable, que puede ser quizás comparado con como un, el adulto, como una mascotita, como algo muy frágil porque (...)Podría ser, algo que es moldeable pero que a la vez es muy frágil porque la vida es así uno está tan bien ahora y en cosa de instantes ya no estás, se fragmente” (Médica anesthesióloga, comité de ética, hospital).

La vulnerabilidad está anclada al cuerpo, es decir, somos cuerpos vulnerables y dependientes de nuestras relaciones sociales, estamos modelados/as por nuestros contextos que al mismo tiempo los reformulamos en función de nuestra capacidad de agencia.

Al respecto, y centrándonos también en los temas vinculados al aborto, que inciden directamente en los cuerpos de las mujeres y en sus capacidades para ejercer derechos sexuales y reproductivos, Butler (2017) nos habla de que ha existido una visión que se encadena con la noción de que las mujeres, de manera esencialista, somos más vulnerables, y que por lo mismo es el Estado, desde una postura paternalista, el que debe dar respuesta a dicha vulnerabilidad a través de disposiciones especiales. Pero frente a esto también existe otra visión, muy distinta, que apela a que las mujeres somos vulnerables pero a la vez somos resistentes y que por lo mismo critican la visión paternalista del Estado.

Nos parece que esta cuestión es relevante en la medida que nos hace reflexionar sobre hasta qué punto apelamos al Estado, y hasta qué punto reconocemos la fortaleza de las mujeres. Nos parece también importante dejar de lado las concepciones esencializadoras de nuestra identidad, en la medida que es relevante reconocer al grupo de mujeres como un espacio heterogéneo, por supuesto cruzado por luchas de poder y desigualdades, pero que son vividas de distintas maneras y en distintas intensidades, en el marco de una estructura patriarcal. Al respecto Butler (2017) hace una crítica a las visiones que se centran en las mujeres como categoría, justamente porque presentan una visión esencialista de la vulnerabilidad.

Por lo mismo nos parece importante señalar que en este sentido el papel del Estado debiera estar en función de prestar garantías a los derechos sociales, pero como decía Segato (2010) el accionar de las mujeres no sólo debe apelar al Estado sino que debe también trascenderlo.

Asimismo la cuestión de la vulnerabilidad, como lo hemos visto anteriormente, se relaciona con la necesidad de cuidados, en la medida que nos reconocemos como interdependientes. Al respecto un matró de ginecología y obstetricia de un hospital, nos plantea que resulta relevante cuidar al cuerpo como una planta, en el sentido de proporcionarle toda el agua y los nutrientes del medio para que se desarrolle.

Esta idea la relaciona con una visión de cuerpo sano, que revisaremos en detalle más adelante en este capítulo, al mismo tiempo de apelar al otro/a en el sentido de que realizar la comparación del cuerpo con una planta dependiente de cuidados, nos habla de la existencia de un/a otro/a que cuida, que riega, que entrega los minerales, etc.

“Un cuerpo sano yo creo que se basa en el, en el buen cuidado, o sea bueno las plantas no se pueden curar solas pero si por ejemplo si pudiera no se po una planta bien cuidada que tú digas siempre agua, que se le dan vitaminas, todo lo que requieren para un buen crecimiento eso es como para mí una comparación, lo mismo con uno, si uno se cuida, si no sé, no ocurren los excesos, eso es para mí una comparación” (Matrón 2, ginecología y obstetricia, hospital).

En esta dirección también recordamos las nociones de Bubeck (1995) respecto del cuidado. De esta manera cuando el profesional habla de una planta, posiciona al sujeto de cuidado como un ser que no se puede propender cuidados por sí mismo/a, es decir, requiere de otros/as.

Por otra parte, en el marco de lo planteado por una informante clave, terapeuta ocupacional de una universidad chilena, el cuidado, en el marco del ámbito sanitario, pasa principalmente por un cuidado del cuerpo, lo que debe estar en función de aliviar experiencias de sufrimiento y de dolor.

“Sino que mucho de lo que está causando el mayor problema, el sentirse ahogado, el sentir dolor terrible, yo creo que no sé cómo que siento que es algo realmente importante no sé qué etapa utilizar, pero no es como solo algo que está conteniendo sino que es algo que tiene brindársele toda la importancia del mundo de no sentir molestias de estar cómodo de que mi corporalidad esté como en

las mejores condiciones y también después de fallecer como que ese cuidado debiese mantenerse para después también (...)” (Terapeuta ocupacional, universidad chilena).

Al mismo tiempo el cuidado no sólo se asocia a evitar síntomas relacionados con las enfermedades, en el marco de la experiencia del dolor y del sufrimiento, sino también se vincula al cuidado del cuerpo posterior a la muerte, es decir, una solemnidad frente al cuerpo que tiene que ver con arreglarlo y prepararlo para que los/as familiares se puedan despedir.

## **12. 2. Concepciones del cuerpo sano: consideraciones y conexiones**

A través de las entrevistas realizadas indagamos sobre las concepciones en torno a la idea del cuerpo sano. Nos interesaban estas visiones debido a que nos dotaba de una comprensión mayor sobre la corporalidad, al mismo tiempo de hacernos reflexionar sobre qué tan cerca y/o lejos se encuentran dichas visiones en relación a las nociones de corporalidad asociadas al aborto, a la petición de adelantar la muerte y a la eutanasia.

De este modo, podemos identificar cinco dimensiones fundamentales: por una parte la idea del cuerpo como agencia, en el sentido que éste posibilita la acción, funciona y dicho funcionamiento facilita el estar en el mundo; por otra parte la idea del alter ego, donde se inscriben las construcciones de tipos ideales de cuerpo a través de la estética; por otra parte la vinculación entre cuerpo y vejez; también, la relación entre las nociones de cuerpo y la inexistencia de enfermedades y, finalmente, una mirada integrada de estas cuestiones, que permean la construcción del cuerpo sano.

### **12.2.1. Cuerpo como voluntad de la acción**

Cuando se habla de cuerpo sano, en el marco de los discursos del personal sanitario, se suele relacionar dicho atributo con la capacidad de que el cuerpo acompañe el proceso vital en el marco de un proyecto de vida. Es decir, el cuerpo sano es concebido como una condición de posibilidad para lograr que realice los objetivos propuestos en mi plan. Es un cuerpo “que funciona”, acorde a lo que se desea.

En este sentido un médico general, presidente de un comité de ética de una clínica religiosa, comienza hablando de cuerpo pero luego, su discurso se permea con la noción de persona lo que nos habla de una ruptura de dualismos en su forma de concepción. De dicha manera cuerpo y persona son concebidos de manera conectada, como uno solo en la medida que ambos se funden para desarrollar la noción de “cuerpo sano”, el cual se encuentra vinculado necesariamente a la respuesta de las acciones que deseo desarrollar.

“Un cuerpo sano es un cuerpo que, o sea, es una pers, es difícil hablar de un cuerpo sano de una persona sana, pero aquel que le permite a la persona desarrollar en forma razonable, eh, su vida cotidiana, su proyecto, no es un cuerpo que no tenga ningún defecto pequeño, sino que en la medida que eso no impida el desarrollo de tus proyectos de vida yo diría que es una persona sana. A uno le puede doler un poco la cabeza pero eso no significa que yo estoy enfermo gravemente. Entonces el cuerpo, sí, eso” (Médico general Pdte. comité de ética, clínica religiosa).

Asimismo, en el discurso se nos muestra la distinción entre un cuerpo enfermo y un cuerpo sano, haciendo la salvedad de que las pequeñas dolencias no producen una generalización en torno a un cuerpo enfermo sino más bien son experiencias puntuales que no necesariamente imposibilitan el desarrollo de un cuerpo sano.

En este punto nos parece relevante lo que plantea Ema (2004), quien si bien se refiere exclusivamente a la relación entre sujeto y acción política, nos entrega claves para comprender esta noción del cuerpo como posibilitador de la acción en general.

De esta manera el autor destaca que “el sujeto no es el antecedente racional, autónomo y transparente de la acción sino que se crea en ella. El sujeto no está dado de forma natural, no es fundamento de la acción. Más bien es un problema político” (2004: 11). Así, podemos considerar que el cuerpo es acción, y nos aventuramos a decir que es acción dirigida hacia un algo/alguien, en la medida que existe voluntad e intencionalidad. En el marco del discurso analizado, el cuerpo, fundido en el sujeto, es acción, se constituye a través de ésta, y se encuentra dirigido a la construcción de un plan vital.

En el discurso de una matrona, jefa de ginecología y obstetricia de una clínica no religiosa, inicialmente se ve la dualidad entre sujeto y cuerpo en la medida que reconoce que el cuerpo sano es aquel que “te acompaña”. Es decir, construye discursivamente una noción de cuerpo separado del

sujeto, aunque posteriormente su discurso transita a la noción de que no somos “entes” sino que más bien sentimos que estamos vivos/as.

En esta dirección, se repite la idea de un cuerpo que permita el funcionamiento de la persona, que habilite. Esto lo podríamos relacionar con una visión de autonomía corporal, en términos de comprender que el cuerpo es condición de posibilidad de dicha autonomía, de nuestras decisiones que le dan direccionalidad al actuar.

“El cuerpo sano es el cuerpo que es capaz oh pucha un cuerpo sano como, un cuerpo sano es un cuerpo que te acompaña en tu día a día un cuerpo que de alguna manera te permite funcionar ojalá no sufra dolencia, ojalá no te duela la espalda ni las rodillas ni nada, pero hay algo que dice que estás vivo, porque no eres un ente que no siente nada, un cuerpo sano es el que te permite ser, el que no te limita, que no te... aunque de pronto hay gente quiera a lo mejor no se pueden ni mover pero es tan valiosa y piensan tanto que hacen mucha más cosas que cualquier persona que pueda andar en la vida caminando sin problemas, tengo varias historias de esas” (Matrona jefa, ginecología y obstetricia, clínica no religiosa).

Además de la noción de autonomía corporal, podemos relacionar este discurso con la idea de la construcción de agencia, que implica, según Ema (2004), la capacidad para actuar. En esta dirección el autor aclara que “no hablamos de una esencia o fundamento último para la acción, sino de la delimitación de determinadas condiciones de posibilidad como responsables de un acto concreto” (Ema, 2004: 18).

De este modo, la agencia se distancia de la idea de ser la acción en sí en la medida que la podemos reconocer como condición de posibilidad de dicha acción. Así, podríamos establecer que el cuerpo constituye una agencia, en tanto que posibilita la acción, pero si vamos más allá, el cuerpo es la acción misma, la acción encarnada, y en la medida que se encuentra libre de dolencias y enfermedades, puede responder mejor a nuestra voluntad.

En este sentido es interesante destacar que Le Breton (2002) señala que en los tiempos modernos, la relación entre sujeto y su propia conciencia corporal se ha modificado sustancialmente, en la medida que el cuerpo se encuentra subordinado a la voluntad del sujeto. De este modo la voluntad adquiere un carácter relevante y, en este marco, se comprende que cuando el personal sanitario habla del cuerpo sano, lo supedita a una voluntad, al logro de realizar el plan trazado por dicha voluntad.

### 12.2.2. Cuerpo como alter ego

En el marco contemporáneo distintos autores/as (Le Breton, 2002, Esteban, 2013, Gimeno, 2003, entre otros/as) coinciden en la existencia de una tendencia narcisista que produce una concepción del cuerpo conectada con el cuidado del mismo en función de determinados patrones estéticos.

De este modo, se construye una idea de alter ego del cuerpo, es decir, mi cuerpo es otro, al que debo cuidar, limpiar, mantenerlo bello, como si fueran piezas de un motor que debo mantener en buenas condiciones.

En esta dirección Le Breton (2002) destaca la existencia de las terapias corporales, los salones de belleza, el jogging, entre otros, los cuales apuntan a la idea de culto al cuerpo. Pero esta idea de culto está ligada con un repliegue hacia lo íntimo, según el autor, donde existe una “búsqueda de sensaciones nuevas, las del bienestar corporal y la exploración de uno mismo” (Le Breton, 2002: 154), demandando un contacto con los/as otros/as pero de manera mesurada.

De esta manera, podemos apreciar, en el discurso de un médico gineco obstetra de una clínica no religiosa, la valoración que le da al cuerpo delgado, relacionándolo así con el cuerpo sano. En este sentido el cuerpo sano vendría a ser el cuerpo exento de sobre peso, “siempre es mejor un kilo de menos que de más”. Así, en el discurso del profesional, si bien se destaca que no son positivos los extremos, en el sentido de que desvaloriza la extrema gordura y la extrema delgadez, pone en valor esta última, dentro de los parámetros que él llama de “normalidad”

“Esa es una de las cosas que nosotros desde el punto de vista médico hacemos mucho primero la recomendación lo más flaco posible, no importa que alguien pese 100 kg y baje a 99, no importa 99 es mejor que 100, lo más flaco posible (Entrevistadora: ¿Siempre es bueno eso?) Siempre, lo más flaco posible (Entrevistadora: ¿Y los casos de anorexia?) Pero estamos hablando dentro del rango de normalidad porque ambos extremos son distintos, no el extremo de la desnutrición, lo más normal posible pero siempre lo más en tu rango lo más bajo sin caer en la desnutrición, siendo bien activo, sin sedentarismo, eso es un cuerpo sano, no sedentario y flaco, flaco normal, no desnutrido” (Médico gineco obstetra, ginecología y obstetricia, clínica no religiosa).

De esta manera, se constata una visión del cuerpo sano asociado a un culto estético del cuerpo, ya que el cuerpo sano no es sano sólo por ser delgado, sino que pareciera ser sano por seguir determinados patrones estéticos. De acuerdo a Esteban (2013), quien hace una lectura de lo



planteado por Aries y Duby (1989), entre el siglo XX y XXI se estaría desarrollando una tendencia de culto al cuerpo caracterizada por un objetivo en sí mismo. En este sentido, para los/as autores/as, el cuerpo como culto de sí mismo estaría en condiciones de ser mostrado y cuidado con esmero lo que se podría apreciar en la mayoría de nuestras acciones cotidianas.

Contraponiendo la visión de Esteban (2013) a la de Le Breton (2002), podemos establecer que la primera señala que esta noción del cuerpo no se relaciona necesariamente con una visión narcisista del cuerpo sino que, en el marco de una tendencia hacia el consumo y al esteticismo “no nos habla tanto de que el cuerpo mismo se haya convertido en objeto de deseo, sino “en símbolo de status, juventud, salud, energía y movilidad, una vez que ha sido disciplinado por la dieta y los ejercicios convenientes” (Callinicos, 1993: 83)” (Esteban, 2013: 72).

### **12.2. 3. Cuerpo exento de enfermedades y de sufrimiento**

El personal sanitario cuando habla de un cuerpo sano también habla de aquel cuerpo que se encuentra exento de enfermedades y de patologías. Esta es una visión recurrente entre los discursos y la podemos ligar al modo de mirar de los/as profesionales en el marco de concepciones de salud.

De esta manera, no se explicita, a través del discurso, sobre qué se entiende por sufrimiento o dolor, sino más bien se les vincula a la posibilidad de no mantener ninguna patología. Esto se conecta también a una visión del cuerpo sano con la mente sana. Es decir, en esta construcción discursiva también emerge el tema del dualismo corporal que veíamos anteriormente, supeditando el cuerpo a la mente.

“¿Un cuerpo sano? Primero sano de mente y debe ser sano de mente, debe tener movilidad, ir a donde quiere, con conocimiento, sin enfermedades, que se sienta bien como es, es sin complejo” (Tecnólogo médico, Pdte. comité de ética, hospital).

Así, en el discurso de un tecnólogo médico, presidente de un comité de ética de un hospital, el cuerpo sano es el que se conecta a una mente sana, además de poseer la capacidad de movimiento, de direccionarse hacia donde es su voluntad, con capacidad de comprender y conocer la realidad y sin enfermedades que lo aquejen.

Según Le Breton “el médico despersonaliza la enfermedad. No se la ve como una herencia de la aventura individual de un hombre en un espacio y en un tiempo, sino como una falla anónima de una función o de un órgano” (Le Breton, 2002: 179). Nos parece, en el marco de los discursos, que si bien se presenta esta visión, en el sentido de remitir el cuerpo sano a la falta de enfermedades comprendiéndolas como dolencias de determinados órganos, también existe una visión que va más allá, en la medida que se identifica el cuerpo sano con un estilo de vida en particular. Es decir, se ve al sujeto de manera más integral, no necesariamente haciendo la distinción que el autor realiza en torno al enfermo/a y la enfermedad, donde en nuestros tiempos la medicina se aboca más a la segunda que al/la primero/a.

De esta manera, por ejemplo en el discurso de una delegada de técnicos/as de ginecología y obstetricia de un hospital, el cuerpo sano lo relaciona con no tener patologías graves, pero al mismo tiempo reconoce que existen huellas y marcas que van quedando en el cuerpo y no quiere decir que sea un cuerpo no sano, sino más bien hace emerger una historia vital.

“Para mí un cuerpo sano es un cuerpo que se vea y que la persona sienta que está bien, que no tenga patología graves, que se vea contenta la persona, con ganas de vivir, independiente de los problemas que tenga atrás pero que se vea un cuerpo sano, pero yo no veo un cuerpo que no tenga heridas, no es un cuerpo que se vea y se sienta bien la persona y que transmita eso” (Delegada de técnicos, ginecología y obstetricia, hospital).

También comprendiendo que en los discursos emerge la cuestión del cuerpo sano sin enfermedades, dolor ni sufrimiento. Como contrapartida se asocia el cuerpo sano a la capacidad de disfrute y goce de la vida. De este modo, en el discurso de una médica jefa de cuidados paliativos de un hospital, se deja en evidencia que el cuerpo sano, además de ser el que permita movimiento y que esté exento de enfermedades, es el que permite disfrutar de aquellas experiencias que valoramos individualmente. Se pone el ejemplo de realizar acciones agradables, como el comer, al mismo tiempo de destacar que el cuerpo no puede ser un límite.

“Un cuerpo sano debería ser un cuerpo que no le dé problemas, igual que le permita a usted hacer las cosas que usted quiere, que le permita movilizarse, que usted pueda disfrutar de cosas que le agradan, que puede igual comer cosas que le agraden porque igual eso juega mucho en los pacientes, les satisface mucho comer y hacer cosas que antes, que comer cosas que antes comían y que ya no pueden comer entonces, no sé para mí que, que el cuerpo no limite, que pueda igual hacer todas las cosas para disfrutar, bueno obvio no beber, no fumar y no consumir drogas, claro pero por ejemplo un

cuerpo, para mí un cuerpo saludable, es eso que puede hacer igual sus actividades, y que obviamente no tenga sus enfermedades de base” (Médica jefa, cuidados paliativos, hospital).

De este modo vemos que el cuerpo sano, para el personal sanitario implica estar exento de enfermedades, aunque se reconoce que la existencia genera huellas en él. Asimismo se plantea una visión más integral del cuerpo sano en el sentido de llevar una “vida saludable” enmarcándola en el deporte, en el comer sano. También, el cuerpo sano es aquel que permite la movilidad y el disfrute, gozar la vida de acuerdo a lo que se considera relevante para dicho goce.

De este modo nos preguntamos sobre qué sucede en el marco de las personas que desean adelantar sus muertes. En este sentido destacamos el proyecto de ley que se encuentra vigente en nuestro país, el cual pone condiciones para la eutanasia, que se encuentran relacionadas con el dolor, el sufrimiento y la existencia de enfermedades, como condiciones para que se acepte la eutanasia en determinados casos. En este marco, consideramos que se apela a la noción de “cuerpo enfermo”, y en dicho contexto se establecería la posibilidad de detener la vida. Cuestión que no sería posible en el marco de una visión de un “cuerpo sano”, el cual al posibilitar la vida, debería ser valorado socialmente y no despreciado.

#### **12.2.4. Cuerpo y vejez**

En los discursos sanitarios también emerge, en contraposición a la idea del cuerpo sano, la visión de la vejez, como una limitante a la vivencia de dicho cuerpo sano. Para Le Breton (2002) la vejez, en algunas situaciones, es llevada como un estigma, y depende, entre otros factores, de elementos que tienen que ver con la clase social y a la aceptación del entorno a dicha condición, en particular sobre cómo se configura la relación con los/as familiares y personas cercanas.

A esto agregaríamos que la experiencia de la vejez también depende de elementos de la construcción social del género, en la medida que existen elementos que son valorados en el marco de una vejez conectada a una masculinidad hegemónica, y que al mismo tiempo son desvalorizados en el marco de una vejez de femineidad hegemónica (tales como los patrones de belleza y de conocimiento que constituye una forma de dar sabiduría, entre otros).

Según Le Breton (2002), la vejez deja al descubierto el camino hacia la muerte, en la medida que nuestras células envejecen, las partes del cuerpo duelen, molestan, haciendo evidente el paso firme hacia lo que se erige como tabú en nuestras sociedades, el momento final. En este contexto, una enfermera de cuidados paliativos de una clínica no religiosa, señala que el cuerpo se degenera por la enfermedad o por la edad, lo que va implicando la pérdida paulatina de las capacidades, haciendo la analogía con una vela que extingue su luz.

“Y... como somos un cuerpo que está degenerando por, ya sea por la enfermedad, puede ser por la edad, puede ser por muchos factores, tus capacidades van disminuyendo de a poco, como una vela que se apaga” (Enfermera, cuidados paliativos, clínica no religiosa).

La profesional realiza la analogía de la pérdida de las capacidades como una “vela que se apaga”, instalando de este modo una visión de progreso y regresión de la vida la cual está marcada por la edad o por la presencia de enfermedades. En este contexto, según Beauvoir (1949), la muerte deviene en desgracia, en la medida que la decadencia física emerge frente a nuestros ojos.

En este sentido, para la autora, la vejez, al igual que la muerte para otros autores (Morin (1999), Seale (1998), Aries (1983) y Elias (1982), entre otros), constituye, socialmente, un secreto que da vergüenza, y por lo mismo se prefiere omitir. En este sentido Beauvoir, contraponiendo la vejez a la muerte, señala que “llegado el momento, y ya al irse acercando, por lo común se prefiere la vejez a la muerte. Sin embargo, a distancia, consideramos con más lucidez a esta última. Forma parte de nuestras posibilidades inmediatas, nos amenaza a toda edad; a veces llegamos a rozarla; con frecuencia le tenemos miedo. En cambio nadie se vuelve viejo en un instante: jóvenes o en la fuerza de la edad, no pensamos, como Buda, que estamos habitados ya por nuestra futura vejez, separada de nosotros por un tiempo tan largo que se confunden a nuestros ojos con la eternidad; ese futuro lejano nos parece irreal. Y además los muertos no son nada; se puede sentir un vértigo metafísico ante esa nada, pero en cierta manera tranquiliza, no plantea problema. “ya no seré”: conservo mi identidad en esa desaparición” (Beauvoir, 1949: 11).

En respuesta a este panorama, Le Breton (2002), destaca que en la modernidad los sujetos toman acciones concretas y activas para disminuir el paso de la vida por sus cuerpos, en este sentido existe un temor a envejecer, un temor a no ser funcional, en términos laborales, y nos atreveríamos a decir que en todo orden de cosas. En este marco las tecnologías de la eterna juventud cobran relevancia,

participando de manera activa, a través de sofisticados procedimientos, en la producción de una imagen jovial.

De esta manera, se visualiza el cuerpo de manera dicotómica: “en los dos platillos de la balanza están el cuerpo despreciado y destituido por la tecnología y el cuerpo mimado de la sociedad del consumo” (Le Breton, 2002: 152).

Si bien, en el discurso del personal sanitario, no se explicita directamente que un “cuerpo viejo” sea un “cuerpo poco sano”, si se hace referencia a la pérdida de capacidad de realizar acciones con “normalidad”. Consideramos que dicha normalidad se asocia a una sobrevaloración de la juventud, lo que implica, al mismo tiempo, generar una jerarquía generacional entre lo deseable y lo no deseable por los sujetos.

“Un cuerpo sano... Claro, sano definido por sano es aquel estado en que tú, eh, puedes hacer todas las actividades que están normalizadas como para tu edad, te fijas, porque acuérdate que con el envejecimiento uno va perdiendo ciertas capacidades, pero son aquellas que te permiten desarrollarte plenamente. Eso es un cuerpo sano en el fondo. A pesar de que mucha gente con discapacidad logra cuestiones increíbles” (Fisiatra, cuidados paliativos, clínica no religiosa).

Así, en palabras de un fisiatra de cuidados paliativos de una clínica no religiosa, el cuerpo sano se asocia con realizar las actividades que están acorde a la edad de cada uno/a, aunque destaca que en la vejez se pierden determinadas capacidades que son centrales para el pleno desarrollo. Acorde a esto Beauvoir establece que “lo que caracteriza al envejecimiento es cierto tipo de cambio irreversible y desfavorable, una declinación” (1949: 17).

En este sentido, si bien se reconoce la existencia de condiciones particulares según la edad de las personas, se desvaloriza el momento de la vejez dado que existe una pérdida de capacidades, que la podríamos contraponer al momento de la juventud, donde existe una “plena presencia de las capacidades”.

Al respecto nos parece que más bien lo que existen son capacidades diferenciadas, siendo necesario reconocer y develar la jerarquía que se establece sobre éstas en el marco de sociedades capitalistas y neoliberales que conciben el funcionamiento del cuerpo productivo como central para el desarrollo

de un sistema económico en particular. De manera, Beauvoir nos señala que “el viejo incapaz de subvenir sus necesidades representa siempre una carga” (1949: 12), planteando que la economía, que se sostiene sobre el lucro, requiere del material humano en la medida de que sea productivo.

#### **12.2.5. Mirada integral del cuerpo sano**

En el marco de los contextos sanitarios, existieron posicionamientos que mantienen una mirada más integral y/u holística respecto a lo que podemos considerar como cuerpo sano. En este sentido en el discurso de una abogada de un comité de ética de una clínica religiosa, podemos destacar que asocia el cuerpo sano a la persona sana, es decir, no hace el ejercicio de dualizar estos componentes.

La profesional destaca que hay distintas maneras de concebir la salud, relacionadas con la salud espiritual, salud social, entre otras. En este sentido podemos dar cuenta de una mirada más abarcativa del concepto de “cuerpo sano” lo que también se relaciona con determinantes sociales, considerando elementos vinculados a lo económico, cultural, social, etc. que permean la vivencia de las personas.

Asimismo destaca que si bien nos pueden hacer un escáner, una revisión de nuestro cuerpo, en términos orgánicos, y que probablemente emerjan distintas patologías, resulta relevante considerar el medio donde nos desenvolvemos, es decir, es una mirada que si bien comprende lo orgánico, considera lo social, lo que podemos vincular con concepciones de la conexión entre cuerpo y cultura que revisábamos al comienzo de este capítulo.

“Em, bueno, yo creo que la salud es un, cómo se llama, igual a como lo definen, me dice, es casi como un sueño. Debe haber un equilibrio en lo que somos (risas). Es demasiado amplia entre la salud espiritual, salud social, la salud...yo creo que es un, eh, yo creo que el cuerpo, nuestra vida, es como un mundo de oportunidades pero también con un mundo de dificultades y tiene que haber cómo, como un equilibrio. Entonces cada uno se va haciendo su proyecto personal a partir de una familia y de un contexto. Eh, si, si, usted es muy joven, pero si yo me fuera desde el punto de vista biológico a pasar por escáner, etc. me bajaría una depresión pero brutal porque voy a tener miles de cosas que no funciona. Sin embargo, y si me lo, lo, hago un escáner social y económico creo que tengo una salud espectacular, en ese sentido muy agradecida por lo que me han regalado. Pero en la suma y resta, yo digo que una persona es sana cuando se ha asumido lo que es esa persona en el aquí y en el ahora desde el punto de vista su, su, determinante económica, sociales, culturales, familiares y dice “tengo mucho por hacer, le echo pa delante”, ¿ya?, y le echo pa delante y peleo por, por, por cambiar este mundo con estas condicionantes que son todas muy importantes. ¿Ya? Este contexto y lucho por no quedarme, hay personas que siempre están quedándose en el debe, o sea, siempre en la mitad del

vaso. Yo creo que hay que estar, en, el, cómo se llama, en el desafío...” (Abogada, comité de ética, clínica religiosa).

Asimismo el componente de voluntad de la persona también está presente en esta mirada, en la medida que se reconoce que la existencia pasa por lo que realizo en el “aquí y en el ahora” frente a los elementos que me determinan y que puedo transformar. En ese sentido podemos visualizar una noción de progreso y de crecimiento bajo esta perspectiva que pone al cuerpo como actor en movimiento.

También podemos apreciar que en el discurso de una asistente social de un comité de ética de una clínica religiosa, se destaca la dualidad alma/cuerpo, señalando que muchas veces las enfermedades tienen un origen emocional vinculado a experiencias de vida concretas que se expresan a través del cuerpo.

De esta manera la profesional pone de ejemplo el caso de una amiga quien se iba a casar, pero su pareja termina con ella lo cual, según la profesional, se expresa posteriormente a través de la expresión de un cáncer. En este contexto es interesante la reflexión que hace la asistente social en la medida que da cuenta de una construcción femenina esencializada y hegemónica, destacando que el cáncer de su amiga se localiza en el útero, lo que manifiesta un problema con el deseo de procreación.

“Cómo el deber ser un cuerpo sano. No sabría decírtelo porque yo, eh, o sea, sí, de que tenga o que le permita hacer todo lo que yo quería (risas), sin restricción, digamos, en el buen sentido, por ejemplo, un cuerpo sano que si yo quiero correr pueda, si yo quisiera comer cualquier cosa a lo mejor pueda. No sé, me pillaste con esa pregunta. Eh, pero un cuerpo sano, eh, es mucho más que solo cuerpo. Y yo diría, por eso decía que muchas veces las enfermedades son psicosomáticas, entonces porque claro cuando tenemos el alma enferma se nos enferma el cuerpo que es la expresión de nuestra, alma (...) tuve una amiga que murió de cáncer uterino y a ella, el pololo (pareja) de toda la vida, estaban con parte de matrimonio dado, traje de novia y la pateo (la deja). Y diez años después le viene este cáncer y digo lo que le pregunté ¿tú sabes cuál es tu cáncer? Y ahí lo razoné, está la matriz, tu feminidad, tu frustración. Y me dijo “sí” y me confirmó que ella también intuía que su cáncer uterino era por esta ruptura, emocional, claro. Y se enferma de su matriz, desde donde iba a brotar familia, iba a brotar sexualidad, iba a brotar su relación de pareja, digamos de su feminidad” (Asistente social, comité de ética, clínica Religiosa).

De este modo se le otorga un carácter simbólico al útero de la mujer, un lugar de donde brotaría su relación y su descendencia, lo que se ve truncado por el corte en su proyecto de vida. De esta manera vemos que la noción de cuerpo y en particular de cuerpo sano se relaciona con construcciones

identitarias y simbólicas de género que producen explicaciones de situaciones de enfermedad concreta.

En el discurso de la profesional en realidad no se habla de cuerpo sano, sólo en un comienzo, donde se asocia con un cuerpo que responde a lo que deseo. Consideramos que el foco está más bien puesto en la enfermedad y en conocer los orígenes de éstas.

Relacionado con lo que nos menciona una médica obstetra de ginecología y obstetricia de una clínica religiosa, la idea del cuerpo sano va más allá de lo orgánico y de la exención de las enfermedades, conectándolo con la vivencia de la felicidad consigo mismo

“Para mí el concepto de salud tiene la parte más psicológica, a la larga estar feliz con uno mismo, contento con uno mismo, sentirse digno y respetado, además tiene el concepto de lo físico idealmente que tus sistemas funcionen bien, o sea la parte más tangible que funcione bien y que te desenvuelvas en una sociedad en la cual te sientas tranquilo de pertenecer a esa sociedad, yo creo que mientras tengas esas áreas cubiertas y bien, eres un cuerpo sano” (Médica obstetra, ginecología y obstetricia, clínica religiosa).

En este sentido esta concepción de cuerpo sano y de felicidad también se conecta con una visión ética de la persona en sociedad, en la medida que el cuerpo sano se expresa en la medida que nos sentimos dignos/as, reconocidos/as e integrados a una sociedad, lo que se vincula con la construcción de una comunidad humana donde existen lazos sociales fuertes que se expresan en sentir que ocupamos un espacio en un entorno que nos alberga.

### **12.3. Recapitulando**

En este capítulo hemos comenzado por revisar los distintos elementos y conceptualizaciones corporales que realiza el personal sanitario. Así, además de comprender las metáforas corporales, hemos indagado en cada apartado la existencia de una construcción dicotómica en esta visión, o bien la superación de dichas dicotomías en la comprensión corporal.

De este modo, hemos revisado las conexiones entre cuerpo y cultura, poniendo atención a los contextos sociales e históricos que posibilitan la construcción corporal. Por otra parte, entre las



visiones metafóricas corporales del personal sanitario se encuentra la relación entre cuerpo y naturaleza, implicando así la inevitable conexión entre estos elementos e invitándonos a revisar sobre cómo en el paso de la sociedad tradicional y la moderna esta relación se transforma.

La relación cuerpo y alma también fue central en las concepciones metafóricas corporales, lo que nos ha llevado a reflexionar sobre la existencia de una jerarquía entre estos elementos implicando una visión de desechabilidad de lo corpóreo.

Asimismo, la imagen del cuerpo como máquina es potente en la medida que se atiende a sus funciones y su engranaje, dejando entrever una visión orgánica corporal que se erige hegemónicamente en el ámbito de la medicina. Este punto es interesante en el marco de nuestra sociedad, donde el funcionamiento y la productividad se construyen como un valor en el marco del neoliberalismo. De este modo, lo corporal se valora por su uso y no necesariamente por su ser, en la medida que responde a los distintos requerimientos económicos que se estructuran en las relaciones de poder imperantes en este contexto.

Por último, en el marco de estas metáforas corporales, visualizamos la idea de vulnerabilidad y de cuidados necesarios para el cuerpo, lo que pudimos conectar con reflexiones en torno a las experiencias de aborto y al deseo de adelantar la muerte.

Nos llama la atención que en los discursos sanitarios, emerge poco el género, en el sentido de que se invisibiliza y se homogenizan los cuerpos. En este sentido, sólo hay un discurso que remite al sexo como característica de los cuerpos, que de alguna manera, remite a elementos particulares. En esta dirección consideramos que la existencia de una estructura patriarcal recae en una visión de cuerpo a-generizado, donde se deja dicho carácter en el silencio (Esteban, 2013).

Asimismo, podemos constatar que las metáforas corporales aludidas por los/as profesionales, refieren más a lo orgánico. Es decir, es desde su posición de personal sanitario desde el cual se construyen los discursos y metáforas corporales. Es desde su visión particular del cuerpo. Un cuerpo – no cuerpos- separados del alma, cuerpos máquinas que dotan de funcionamiento a la vivencia.

También hemos podido revisar las concepciones en torno a lo que los/as profesionales consideran como “cuerpo sano”. A primera vista y considerando la posición que ocupan estos/as actores, podríamos decir que la exención de enfermedades en esta visión es fundamental, aunque podemos constatar que el cuerpo sano también es relacionado a otros elementos.

Si bien en esta visión no existe una clara mirada de género, si existe una mirada generacional, que problematiza a la vejez en la medida que es concebida como obstáculo del bienestar. Asimismo la cuestión del cuerpo sano también se relaciona a la estética, a la delgadez, entre otros elementos.

## Conclusiones

Mientras escribimos este capítulo, nos es inevitable no estar atentas a las noticias del acontecer nacional chileno. Nuestras sensaciones frente a este escenario son diversas, por una parte la esperanza e ilusión de que otro país es posible, de que por fin se producen demandas estructurales por una nueva constitución, que trascienden a la individualidad del neoliberalismo y del patriarcado, apostando a dejar atrás 30 años de sometimiento y desigualdad. Por otra parte, la sensación de angustia frente a las diversas denuncias por violaciones de derechos humanos, que han incluido mutilaciones, tortura, muertes, violaciones, entre otras.

Este escenario es de alta complejidad y apostamos, desde la lejanía, a que tendrá una resolución que responda a la estructuración de una sociedad más igualitaria. Asimismo, este panorama nos invita a reflexionar en torno a las temáticas de esta investigación, en la medida que también apuntan a la dignificación de la vida y de la muerte, teniendo en consideración la adversidad del escenario nacional. Para ello he articulado estas conclusiones entorno a diversos nodos que a continuación desarrollo.

- **Argumentos polares que al desmadejarlos develan su complejidad y su uso político**

Tanto aborto como eutanasia son reconocidas por el personal sanitario como temáticas políticas. Si bien constituyen experiencias sanitarias, personales o familiares donde se pone en juego la cuestión de la vida y la muerte, se construyen como materias políticas sobre las que se tejen discursos de saber/poder.

Pudimos constatar que los argumentos a favor tanto del aborto como de la eutanasia apuntaban inicialmente al mismo tema: la autonomía de las personas y su capacidad de decisión, mientras que los argumentos en contra, se centraban principalmente en elementos de carácter cientificistas, basados en la sacralidad de la vida.

Sin embargo a medida que afinamos la mirada, esta polaridad, se fue complejizando, en la medida en que aparecían elementos que configuraban más bien una matriz argumentativa en torno a las problemáticas aludidas.

Lo anterior se conecta bastante con nuestra primera hipótesis de investigación, que aludía a esta dicotomía argumentativa (autonomía versus sacralidad de la vida), aunque también planteaba una conexión entre los argumentos a favor y en contra respecto de aborto y eutanasia. Dicha conexión no la pudimos evidenciar claramente, debido a que existían discursos que si bien eran favorables al aborto, no lo eran para el caso de eutanasia, o viceversa.

Los argumentos en contra del aborto, y en particular en torno al proyecto de ley de interrupción voluntaria del embarazo en tres causales, apuntaron a que la magnitud del fenómeno no era justificación para legislar al respecto. Asimismo, en los discursos del personal sanitario se develó el temor del abuso de la ley.

Lo anterior develaba una clara insistencia en la idea de la sexualidad de las mujeres como una sexualidad coartada, que debía ser administrada y, por ende, cualquier atisbo de libertad debía ser constreñido.

También, los/as profesionales plantearon que en la causal de posible muerte de la mujer, se realizaban intentos por salvaguardar su vida debido a un mandato cultural y social arraigado en la noción de que ella era la principal cuidadora, siendo necesario preservar su vida para que cuidara a futuros/as a otros/as hijos/as. Esto lo vimos arraigado a una concepción de femeneidad hegemónica de nuestras sociedades capitalistas neoliberales, patriarcales y sexistas, así como la construcción de “buena madre” y “mala madre”.

La construcción subjetiva de “buena madre” o “mala madre”, viene a confirmarnos nuestra cuarta hipótesis de trabajo, que tenía que ver justamente con esta elaboración en función de mandatos socioculturales y hegemónicos que conectan de modo natural la maternidad con el cuidado.

La causal de inviabilidad fetal con carácter letal se vio cuestionada por la falta de certeza diagnóstica aunque, como se pudo ver a través de evidencia científica, esta cuestión no era así, dado que los avances científicos y tecnológicos en el país permitían una alta certeza diagnóstica.

Frente a la causal violación, principalmente desde los discursos de profesionales de clínicas religiosas, pudimos evidenciar una suerte de desconfianza hacia las mujeres e invisibilización de la violencia sexual, lo que redundaba en una regulación institucional de la sexualidad de las mujeres. Al mismo tiempo, en discursos contrapuestos, se apuntó a que esta causal develaba un problema estructural de violencia sexual patriarcal lo que hizo emerger su carácter eminentemente político.

En el ámbito de la eutanasia, en el discurso de los/as profesionales se hizo bastante referencia a otras realidades internacionales, destacando la falta de capacitación en tratamientos de dolor y en cuidados paliativos en Chile.

En esta dirección se planteó que muchas veces se desconocía la realidad de los/as usuarios/as de cuidados paliativos respecto a cómo mueren, cuántos/as son, etc. lo que se combinaba con que los cuidados paliativos tienen un alcance limitado en término de las patologías consideradas. Lo anterior abre interrogantes y líneas de investigación en torno a esta materia, las cuales son necesarias de desarrollar para tener una visión más amplia de la problemática.

También, los discursos nos plantearon reticencias en torno a la eutanasia, en términos de reconocer la interferencia religiosa que podía existir sobre la materia en el país, además de constatar, que podría existir un riesgo económico, traducido en el fenómeno de pendiente resbaladiza, que plantea un aumento de eventos eutanásicos en países donde existe legislación vigente al respecto.

Constatamos que existía una diversidad de argumentos: el abuso de la ley, incerteza diagnóstica, femeneidad hegemónica, invisibilización de la violencia de género, etc. en el aborto; la pendiente resbaladiza, falta de cuidados paliativos. etc. en la eutanasia. Y de manera transversal la autonomía en la toma de decisiones respecto de los proyectos de vida.

A través de los discursos vimos la necesidad de abordar tanto aborto como eutanasia, de una manera integral, en conjunto con políticas que vayan de la mano con la educación sexual y anticonceptiva, por una parte y, formación y producción de conocimiento en torno a los cuidados paliativos, por otra parte.

- **Debates y construcciones subjetivas entre la vida biológica, la vida habitable, la dignidad con autonomía o el “hacer todo lo posible”**

Hemos podido identificar que la noción de lo humano es relevante en los discursos sanitarios concibiéndolo principalmente como el estar cobijado/a, como un sostén emocional al momento de nacer y de morir. Esta visión también se veía atada al reconocimiento de la vida, aunque en algunos casos, se conectaba a una vida biológica y no necesariamente a una vida habitable o vivible. Así, las concepciones de lo humano, conectadas al reconocimiento normativo de los/as sujetos/as en torno a sus deseos, estaba menos presente en los discursos.

Constatamos que algunos/as profesionales, hacían una defensa férrea al producto de la gestación en el caso del aborto, y a la vida biológica de la persona que desea adelantar la muerte, sin reconocer las condiciones límites por las cuales atravesaban los/as sujetos/as o lo que querían para sus proyectos de vida.

Desde la visión de nuestras informantes clave identificamos posicionamientos que visibilizan la dignidad como las adecuadas condiciones materiales y subjetivas de existencia de las personas, y en particular en el ámbito sanitario, la conectaban con la higiene, con el cuidado de los cuerpos y al respeto a las preferencias particulares en cuanto a trato de los/as sujetos/as, lo que se relacionaba con el reconocimiento de la autonomía.

En contraste, identificamos la dignidad como al “hacer todo lo posible”. Es decir, agotar todos los recursos médicos para mantener la vida de las personas. El “hacer todo lo posible” emerge vinculado a una valoración a una vida biológica, pero que puede tener incidencia en mermar las posibilidades de una vida habitable. Asimismo, en este marco consideramos que se pone la dignidad en el accionar del personal sanitario y no necesariamente en las personas y sus preferencias.

También, constatamos que existían distintas maneras de concebir a la “persona” que no necesariamente se relacionaba con tener consciencia, voluntad o intereses propios, en la medida que, en los argumentos contrarios al aborto, se hablaba del feto o del embrión como “mini persona” o directamente como “niño/niña”. También, el feto o embrión, mientras más forma de humano/a tenía, se le reconocía en mayor medida como persona.

De la mano del argumento de la sacralidad de la vida, los/as profesionales plantearon que el inicio de la vida era cuando existía fecundación, lo que conectamos a la idea religiosa de hominización temprana, donde el alma entra al cuerpo cuando existe fecundación. Lo anterior servía para la culpabilización del aborto y también para poner en duda la autonomía sexual de las mujeres.

Al mismo tiempo, la noción de persona se ponía en duda frente a quienes deseaban adelantar sus muertes, en la medida que la voluntad y sus deseos no eran reconocidos, no sólo en la relación sanitaria, sino también a nivel legislativo. Asimismo, esta cuestión nos hacía reflexionar en torno a qué sucede con aquellas personas que se encuentran conectadas e inconscientes ¿cómo preservamos sus preferencias?, ¿cómo les otorgamos una condición de personas de igual manera?

Los/as profesionales contrarios/as al aborto configuraban el tema como un asesinato, y es desde allí que construían subjetivamente la idea de la “mujer asesina”, asesina de un/a niño/a indefenso/a. Aunque es importante recalcar que esta figura se desdibujaba en la medida que nos planteaban, desde otros discursos, una construcción subjetiva en torno a la mujer como “víctima”, lo que se constataba por los bajos niveles de denuncia, que tensionaba este tipo de posicionamiento inicial.

Estos tipos de construcciones denotaban la existencia de relaciones de poder en el marco de la relación sanitaria, donde la mujer, tanto como asesina o como víctima, se sitúa en una posición de subordinación respecto de la/el profesional, con más o con menos culpa, pero siempre en una posición inferior.

Nos preguntamos sobre qué sucede en el caso de la eutanasia, ¿existe una construcción subjetiva del/la médico/a como asesino/a? esto no lo pudimos ver en los discursos, cuestión que nos hace

reflexionar en que probablemente existe un trasfondo de mayor coerción y culpabilización hacia las mujeres, y una visión persistente del paternalismo médico atada a las materias relacionadas con la eutanasia. Esto último denota nuevamente relaciones de poder patriarcales que se configuran bajo un poder epistémico del/la profesional –“es quien sabe”- por sobre la persona que desea adelantar su muerte.

También, permanentemente vimos contrapuestos eutanasia y cuidados paliativos, destacando que las personas en situaciones límites, con cuidados paliativos adecuados, deberían desistir de sus deseos de adelantar la muerte. En esta dirección, desde profesionales de distintas instituciones, se consideraban ambos procesos en oposición- eutanasia y cuidados paliativos- y no en conexión o como un continuo de medidas para afrontar la enfermedad y la muerte.

Además, pudimos ver que tanto aborto como eutanasia, desde una visión conservadora, constituían una anomia social, una ruptura de lazos, que ponían en jaque la visión de sociedad que se desea sostener y construir. En este contexto se apelaba a los derechos humanos (tanto para plantear posturas a favor como en contra del aborto y de la eutanasia) que devela sobre cómo, a través de argumentos de matriz común –tanto para aborto como para eutanasia- se apela a mantener un statu quo social que establece relaciones de poder donde los/as sujetos se les limita la capacidad de agencia.

En resumen, podemos señalar que entre los discursos del personal sanitario se apela a lo humano como un sostén emocional, pero no se visualiza un reconocimiento normativo de los deseos, instalando una visión desde la vida biológica. Sin embargo se plantearon posturas que establecían la posibilidad de una vida habitable, en el reconocimiento de la autonomía y de las situaciones límites a las que se enfrentaban las mujeres en el caso del aborto y las personas en general cuando piden adelantar su muerte.

Pudimos ver que existían distintos abordajes de la dignidad, en un extremo la dignidad atada a la autonomía de las personas, mientras que por otra parte la dignidad conectada a “hacer todo lo posible” por parte del personal sanitario.



Este “hacer todo lo posible” nos muestra que es una dignidad para el accionar del personal sanitario, que apela a una vida biológica, pero no necesariamente a una vida habitable, lo que recae también en una visión negativa de la muerte y en un posicionamiento de mayor jerarquía del/la profesional respecto a la persona usuaria, en la relación sanitaria, lo que estructura una relación de poder.

Así, la vida biológica es lo bueno y deseable, mientras que la muerte es lo que hay que evitar a toda costa, independiente de que se ponga en juego la habitabilidad de la vida de la persona o sus proyectos personales, y el poder de decisión y de acción recae en el/la médico/a tratante.

Vimos que subjetivamente emergían figuras que daban cuenta de relaciones de poder, donde se posicionaban tanto a las mujeres que abortaban como a las personas que desean adelantar sus muertes, en lugares de mayor subordinación. La construcción subjetiva de las primeras –las mujeres- se enmarcaba en una estructura patriarcal, de femeneidad hegemónica y sexualidad coartada, mientras que la construcción subjetiva de las segundas –las personas que deseaban adelantar sus muertes- se desarrollaba, también bajo una matriz patriarcal, pero basada principalmente en un paternalismo médico que invisibilizaba la construcción subjetiva del/la médico/a.

- **Las visiones sobre la autonomía se encuentran atadas a construcciones binarias de género, que son necesarias de superar**

La cuestión de la autonomía fue reflexionada por los/as profesionales en torno a los contextos sociales por los que atravesaban las personas usuarias. Asimismo nos plantearon dicha autonomía en conexión con los derechos, tanto en términos de derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, en el caso de aborto; como derechos para decidir cuándo terminar con la vida de la persona que desea adelantar su muerte.

Vimos que la mayoría de las hablas a favor de la autonomía de las mujeres frente al aborto, provenían de profesionales mujeres de instituciones no religiosas, quienes destacaban la empatía con las usuarias como una práctica relevante. En esta dirección, este planteamiento está sustentado por una visión de la aborto libre con garantía de derechos estatales.

Conectamos estas concepciones de autonomía a lo comunitario, a una autonomía relacional que, contemplaba el cuerpo como medio para su ejercicio, comprendida desde la razón y la reflexividad, pero también desde las emociones y los deseos.

También constatamos visiones de autonomía conectadas a lo liberal, principalmente desde las hablas de profesionales varones, aunque desde el mismo personal sanitario, emergieron críticas a esta visión. Así, se realizó una crítica a la autonomía liberal conectada a la ética de la justicia y a la masculinidad hegemónica, en la medida que, bajo nuestra interpretación, se apelaba a los vínculos sociales y a la ética del cuidado.

Considerando nuestra tercera hipótesis de trabajo que planteaba la existencia de discursos que contraponían vulnerabilidad a autonomía, entre los discursos se planteaba que al ser todos/as vulnerables, necesitábamos unos/as y de otros/as para vivir en comunidad. En esta dirección se planteó la autonomía como una ilusión, ya que alcanzarla era una utopía que apelaría a un ser individual, en el marco de que nos reconocemos como seres sociales y con la necesidad de vínculo.

Frente a esta propuesta, nos parece pertinente señalar que más allá de contraponer autonomía y vulnerabilidad, lo que se hacía era apelar a una noción comunitaria que traspasaba una visión individual de la autonomía, lo que podemos conectar con una crítica a la visión liberal de este concepto.

En esta dirección el discurso que aquí emergía, nos parece que podía encontrar su fundamento en la visión de autonomía relacional que hemos revisado a lo largo de esta investigación, que apela justamente a los vínculos comunitarios, a una autonomía encarnada que considera las necesidades de los/as demás, pero que al mismo tiempo toma sus propias decisiones.

Consideramos relevante, en el marco de lo sanitario, pero también en otros espacios sociales, el reconocimiento de ambas autonomías –liberal y relacional- conectadas con las éticas de la justicia y del cuidado, ya que a través de la integración de ambas miradas, podemos trascender los binarismos de género en torno a dichas construcciones. Así, la persona usuaria, a diferencia de la concepción

del/la “paciente” que posiciona al/la sujeto/a en espacios de subordinación y pasividad, está dotada de politicidad.

Asimismo, se establecieron cuestionamientos sobre quién decide en el marco del aborto y de la eutanasia donde, en algunos casos, la decisión dependía de Dios o de la naturaleza, apelando a la sacralidad de la vida.

Así, se plantearon conexiones entre aborto y eutanasia, en la medida que ambos remitían a una muerte, muerte del feto o del embrión o muerte de la persona que cruza una enfermedad mortal. Sin embargo, se destacó que en el aborto se decide por un tercero (feto o embrión), cuestión que no ocurre en la eutanasia, donde es la persona quien decide por sí misma. Sin embargo, como veíamos anteriormente, en el caso del aborto, ese otro/a –feto o embrión- ¿qué carácter tiene?, ¿es acaso posible asimilar sus derechos inexistentes con los derechos de las mujeres?, a nuestro juicio, aquello no debiese ser posible.

También, vimos prácticas que para el personal sanitario eran favorables para el desarrollo de la autonomía en el marco del aborto y de la eutanasia en cuanto a las decisiones de vida y muerte. Tales como el uso de misoprostol, limitación del esfuerzo terapéutico y voluntades anticipadas, que se han situado recientemente y que se conectan también con una mirada distinta de la relación sanitaria que posiciona más el foco en las decisiones de la persona usuaria del sistema de salud.

En este marco, podemos plantear que existen visiones dicotómicas en torno a la autonomía de las personas. En el contexto sanitario, damos cuenta de posicionamientos que conectan la autonomía a una ética del cuidado (una autonomía relacional, conectada a lo vincular) y una ética de la justicia (una autonomía liberal conectada a lo individual).

Nos parece necesario integrar ambas miradas. Es decir, en la relación sanitaria debiesen ser reconocidas ambos tipos de autonomía, no sólo por un quiebre o ruptura con los binarismos de género, que sitúan de manera escindida la autonomía liberal (vinculada a una masculinidad hegemónica) y una autonomía relacional (que la conectamos con una femeneidad hegemónica), sino también porque es imprescindible concebir a la persona en sus contextos sociales, con el

reconocimiento de sus vínculos y afectos, pero también con las decisiones propias, voluntades y deseos.

Asimismo, frente al cuestionamiento respecto al quién se decide, si bien las mujeres deciden sobre los fetos o embriones, ¿debemos someter los derechos, los proyectos de vida, voluntades y deseos de las mujeres a los derechos, consciencias y voluntades inexistentes de fetos y embriones?, como ya lo hemos señalado anteriormente, consideramos que son las mujeres quienes pueden ejercer derechos, por lo que el/la quién decide, debiese recaer en ellas y sus propios proyectos de vida.

Por otra parte, si en el caso de la eutanasia se decide sobre la propia vida ¿quién más tiene potestad sobre el sí mismo/a para determinar el futuro?, al mismo tiempo, si bien reconocemos que para algunos/as profesionales el “quién decide” recae en Dios o en la naturaleza, ¿esto vale para imponer dichas creencias a las demás personas?, nos parece que la respuesta es negativa, en tanto que no podemos exigir estas creencias en contextos donde existen una diversidad de experiencias de vida, distintas visiones en torno a éstas, y la proclamación de un estado laico.

- **Las relaciones de cuidados, en el marco del aborto y en el deseo de adelantar las muertes ¿consideran las necesidades y el reconocimiento respetuoso de los deseos de las personas?**

Pudimos ver que de manera transversal, los/as profesionales reconocían la necesidad de cuidados que el Estado debiese proporcionar. Dicho reconocimiento comenzaba desde la necesidad de cuidados en el ámbito sanitario, en el marco de la dependencia que vivimos a lo largo de nuestras trayectorias de vida, y en el contexto particular de las mujeres que abortan o de las personas que quieren adelantar sus muertes.

En el escenario de los discursos del personal sanitario cobró importancia el cuidado en función de la construcción simbólica de la “mujer madre” que contrastábamos con los deseos de las mujeres de no maternidad. En este contexto pudimos ver una construcción subjetiva atada a las relaciones de poder, donde se situaba a las mujeres, y principalmente a las madres, en posiciones de subordinación, donde debían ser cuidadoras dejando de lado otros tipos de deseos. Pero también encontramos otras

subjetividades, mujeres disidentes que, por ejemplo, optaban por abortar, lo que develaba que el deseo de ser madre no era natural sino más bien una construcción social y hegemónica.

Desde algunas voces se veía una visión más comprensiva de la situación de las mujeres que abortaban, en el sentido de que situaban el foco en ellas y no exclusivamente en el feto o el embrión, reconociendo sus deseos y necesidades, conectados muchas veces a construcciones de proyectos de vida.

Lo anterior lo podíamos conectar a una visión de la ética de los cuidados, en el sentido de reconocer las necesidades particulares de las personas y el rol moral de este tipo de relaciones. Si bien estos discursos emergen principalmente de mujeres profesionales, también estaban presentes en el discurso de algunos profesionales varones.

En este sentido, no podemos constatar nuestra segunda hipótesis de trabajo, que conectaba la ética del cuidado a la construcción de discursos femeninos y a una visión de los servicios asociada a los discursos de varones. Los discursos se entrecruzaban, dando cuenta que las construcciones de masculinidad y feminidad no son rígidas y que, probablemente por las experiencias de vida y las experiencias sanitarias de los/as profesionales, en el marco de sus discursos se construyen nociones donde ponen de relieve el cuidado, independiente del sexo y la construcción genérica de estos/as.

También, desde la visión de los cuidados, ocuparon un lugar importante los cuidados paliativos, aunque en la mayoría de las veces –como veíamos anteriormente- fueron vistos en oposición con la eutanasia. Con los cuidados paliativos se apelaba a una calidad de vida, y por lo mismo, bajo la visión de los/as profesionales la muerte asistida, o particularmente la eutanasia, no cabía en esos parámetros.

Frente a esto nos preguntamos ¿la única salida de bienestar es aquella que no apela a la muerte? Cuando hablamos de calidad de vida ¿sólo nos estamos remitiendo al control sintomatológico o vamos más allá, en el sentido de comprender también que dicha calidad de vida está relacionada con las concepciones de vida digna que tiene la persona enferma? En este contexto ¿qué pasa si la

persona rechaza los cuidados? ¿Está rechazando también la idea de calidad de vida o bien está buscando, bajo sus parámetros, lo que significa por calidad de vida?

Asimismo, vimos que la labor de los/as profesionales de la salud iba más allá de lo orgánico, siendo relevante para ellos/as el ámbito psicológico y emocional. Frente a esto existieron discursos en general donde se relevaban la función del/la psico oncólogo/a, aunque consideramos que es importante desarrollar estas habilidades de manera transversal en la práctica sanitaria.

También, nos preguntamos si existía cuidado o servicios en el ámbito sanitario en torno a las problemáticas estudiadas. Al respecto nos parece que esto dependía de si la persona podía satisfacer sus necesidades por sí mismo/a. Así, emergió el tema del acompañamiento, el cual, dado su carácter, podía constituir una fuente punitiva y culpabilizadora (principalmente de carácter religioso) o una herramienta de liberación y satisfacción de necesidades particulares.

Bajo este contexto nos cuestionamos cómo se entrecruza el cuidado con las relaciones de poder, en el sentido que la dependencia, y la necesidad de cuidado, remiten a posibles construcciones de relaciones sociales de manera jerarquizada, que dan cuenta de posiciones asimétricas entre las personas.

En este sentido consideramos que es de vital importancia tener claridad sobre cómo desarrollamos las relaciones de cuidado, es decir, de qué manera podemos intencionar para que dichas relaciones se desarrollen en el marco de la horizontalidad y en el reconocimiento, no sólo de las necesidades particulares, sino también de los deseos de las personas. Así, nos parecen peligrosas aquellas prácticas catalogadas como cuidado, por ejemplo en el acompañamiento, que buscan la disuasión o imprimir sentimientos de culpa y negación de los deseos, ya que se evidencia la subordinación en el marco de claras relaciones de poder.

También, consideramos que en los debates de la vida y de la muerte es imprescindible considerar los cuidados, como rol social y moral frente a los cuales debemos responder, pero teniendo en cuenta que quien brinda dicho cuidado, no se puede apropiarse de la potestad de establecer su visión ética de la vida por sobre las visiones que tienen las personas cuidadas. En este contexto, tanto en decisiones

de aborto como en aquellas relacionadas al deseo de adelantar la muerte, debe existir un reconocimiento respetuoso y una valoración de las voluntades y los deseos de quienes están en dichas circunstancias.

- **El sufrimiento y el dolor se enmarcan por las condiciones materiales y subjetivas de existencia de las personas y por cómo se ha concebido la muerte en nuestra sociedad**

Pudimos ver que los/as profesionales habían experimentado, de manera transversal, en el marco de sus prácticas clínicas, en sus familias y espacio íntimo elementos relacionados con la muerte, sufrimiento y el dolor.

De este modo, indagamos en las motivaciones que los/as profesionales reconocían en torno al deseo de adelantar la muerte. En este contexto nos plantearon que muchas veces el deseo de muerte era cuestionado por familiares o por los/as propios/as profesionales, quienes le daban otra interpretación o bien, presionaban para que las voluntades de la persona cambiaran.

Fue así como vimos que la angustia y la ansiedad eran motores frente a la espera de la muerte. Asimismo, la espera era un concepto vinculante entre aborto y eutanasia, la espera de la mujer por realizarse un aborto y la espera de las personas por la muerte que no llega.

Por otra parte, constatamos que el abandono y soledad también eran vinculantes entre aborto y eutanasia, en la medida que en el primer caso, las mujeres, debido a un contexto de ilegalidad, muchas veces estaban solas frente al hecho de abortar, mientras que en el segundo caso las personas, debido a una construcción social de la muerte, asociada al abandono de los/as moribundos, estaban, en muchos casos, solos/as o en desconexión emocional con su entorno.

También, vimos como motor del deseo de muerte el no ser carga, principalmente económica para la familia. Esto lo conectamos con las condiciones materiales y subjetivas de existencia, en el sentido que al existir una desigualdad social y económica estructural en Chile, producto de un neoliberalismo que genera una precarización creciente de la vida, las personas se ven enfrentadas de manera

desigual a la muerte. Unas pocas teniendo recursos económicos, psicológicos y afectivos para abordarla, mientras que muchas otras lo hacen en condiciones económicas precarias.

La precariedad se traduce para el caso del aborto como para el deseo de alentar la muerte, ya que el primero incide en que las mujeres tengan un mayor riesgo de muerte o de afectar su salud, en el marco de procedimientos clandestinos, mientras que en el segundo caso se evidencian peores condiciones para pagar tratamientos que permitan tener un deceso con menos dolor y sufrimiento.

Por otra parte, respecto al dolor y al sufrimiento, los/as profesionales plantearon la existencia de un síndrome post aborto, aunque los antecedentes científicos lo desestiman. Además, establecía que las mujeres que sufrían posterior al aborto lo hacían por constricciones sociales y políticas, por la ilegalidad y lo religioso que recae en construcciones subjetivas atadas a lo femenino hegemónico.

Más en concreto, en el caso de la causal de violación, se planteó que el aborto era un segundo trauma, porque se mataba a un/a inocente. Aunque por otra parte, se establecía que la violación repercutiría en el bebé, siendo motivo para avalar el aborto en estos casos. Así, vemos argumentos contrapuestos a favor y en contra, pero además dichos argumentos permean los distintos posicionamientos en torno a las consecuencias del aborto en las mujeres y en sus trayectorias de vida.

También, en relación al aborto por inviabilidad fetal, emergió la cuestión del duelo frente a una pérdida que no podemos prever ni planificar. En esta dirección se planteó la necesidad de realizar ceremonias o un cierre frente a estos eventos. Así, la inviabilidad fetal y el sufrimiento que conlleva tanto para las mujeres como para sus familias, hace cuestionarse a los/as profesionales si es necesario que las personas pasen por ese sufrimiento, al no poder abortar, implicando también una experiencia de sufrimiento para el mismo personal.

Pudimos visualizar que existían dolores y sufrimientos más legítimos que otros, por ejemplo, los discursos hacían referencia al dolor y al sufrimiento de las mujeres y de las familias en el caso de gestaciones inviables, pero no necesariamente al dolor y al sufrimiento de mujeres con abortos clandestinos que no contaban con una razón médica de por medio.



También, emergió una visión del sufrimiento heroico y crecedor en estas experiencias. Así, se plantearon las ideas de “sufrimiento de vida” y “sufrimiento de muerte”. Al respecto consideramos que si bien pueden existir estas concepciones, de manera personal, no resulta pertinente imponer dicha visión a otras personas, dado que resulta imprescindible resguardar la autonomía y la dignidad de éstas. En esta dirección, imponer una situación de sufrimiento, cuando existen otras salidas, y cuando existen otros deseos, nos parece que es atentar contra los derechos humanos.

Continuando con las encrucijadas en las que se vertían las decisiones del personal sanitario en torno a la vida y la muerte, también pudimos dar cuenta de algunos dilemas éticos frente a los cuales se veían enfrentados/as. Así, en los discursos de profesionales del hospital, se destacó el mito del uso de la morfina que debía estar conectado con los objetivos clínicos en todo momento. Asimismo, se reconoció que el miedo al uso de la morfina, por generar un aceleramiento de la muerte, que llevaba a algunos/as usuarios/as a no manifestar el real dolor, lo que incluso podía incidir en la muerte, muerte por dolor.

También pudimos dar cuenta de otros dilemas, encadenados a la sedación paliativa, la suspensión de la ventilación mecánica. Dichas medidas, en algunos casos, eran vistas por los/as usuarios/as y familiares como medidas eutanásicas.

Asimismo, entre los/as profesionales, vimos que se reconocía el sufrimiento de las personas que desean adelantar sus muertes, asociado dicho deseo a la experiencia de soledad, abandono, angustia, no ser una carga económica, entre otras, lo que remite a construcciones de la muerte en el Occidente actual.

Dicha construcción de muerte occidental, que establece la vida como lo bueno y la muerte como lo malo, tanto para el caso de aborto como de eutanasia, se conjugaba con las condiciones materiales y subjetivas de existencia de las personas, considerando que nos encontramos en el marco de la sociedad chilena, en contextos de alta desigualdad social y de precarización de la vida producto del neoliberalismo, el capitalismo y el patriarcado.

La comprensión de la vida y de la muerte, de manera binaria, donde la vida siempre es mejor que la muerte, nos permite constatar nuestra quinta hipótesis de trabajo que tenía relación con la visión occidental, neoliberal y patriarcal de estos eventos. De este modo, a diferencia de Oriente, la muerte no es parte de la vida, sino que viene a constituir un quiebre, una separación entre existencia y no existencia, un miedo hacia lo desconocido que le otorga una oscuridad y una lejanía que produce desasosiego y emociones negativas entre quienes se encuentran cercanas a ésta.

- **En las relaciones sanitarias emerge el secreto médico, el paternalismo, la obstinación terapéutica, permeadas por emociones de rabia, frustración, impotencia e indolencia**

También, a lo largo de esta investigación revisamos la construcción de las relaciones sanitarias, las que, a la luz de los resultados, develaban que no sólo se encuentran permeadas por cuestiones técnicas sino, al ser relaciones humanas, consideran elementos emocionales y de resolución de conflictos que son complejos.

En dicho contexto, en el discurso del personal sanitario, cobró relevancia la cuestión del secreto médico o confidencialidad en torno al aborto. Si bien se expresaron posiciones divergentes en torno a la problemática, se sostuvo que los niveles de denuncia eran muy bajos, apelando al secreto médico.

También, en algunas oportunidades, como posición contrapuesta al aborto y a la eutanasia por parte de profesionales de la clínica religiosa, se acudió al juramento hipocrático, en el sentido de relevar el rol que adoptaba el/la médico/a en las actuaciones en el ámbito sanitario, apelando a la vida. De este modo veíamos que esta visión cuestionaba la ética del cuidado, valiéndose de la ética de la justicia para una visión de valores abstractos donde se encontraba la sacralidad de la vida.

Frente a estos elementos nos cuestionamos sobre el rol actual de la medicina en torno a la generación de bienestar, ¿Quiénes definen el bienestar y el malestar?, y al mismo tiempo, en este contexto ¿dónde queda la decisión de los/as usuarios en torno a su propio bienestar?

También, profesionales mujeres de la clínica no religiosa, manifestaron el obstáculo que generaba el paternalismo médico, que imposibilitaba cambios legislativos en el marco de la eutanasia, que se conectaba con la obstinación terapéutica y con la generación de tratamientos fútiles, siendo sus únicos resultados los de alargar la vida, a veces sin sentido ni calidad, generando un gran costo económico y emocional para las familias.

Frente a esto los/as profesionales, de manera transversal, hacían emerger la cuestión de la limitación del esfuerzo terapéutico, en la medida que otorgaba reconocimiento a la autonomía a las personas, aunque hasta cierto límite, dado que al plantear la eutanasia como alternativa, emergían voces que ponían la vida biológica por la vida sobre todo.

De este modo pudimos constatar la conexión entre la limitación del esfuerzo terapéutico y el aborto, en la medida que el primero, apelaba a un accionar inactivo, mientras que el segundo –el aborto-, al igual que la eutanasia, remitía a un accionar activo, lo que sin duda planteaba la cuestión de la interferencia humana en los procesos orgánicos, que como ya vimos, produce distintas posiciones políticas, muchas veces sustentadas por argumentos científicos/cistas, éticos y religiosos.

También, pudimos ver que en las relaciones sanitarias se experimentaban diversas emociones, no sólo por parte de la persona usuaria y familiares, sino también por parte de los/as mismos/as profesionales. Así, emergió la rabia frente a las mujeres que se hacían abortos clandestinos.

En este sentido las mujeres subjetivamente eran consideradas “egoístas”, manifestando una inversión en las construcciones subjetivas, dado que consideraba a las mujeres que luchaban por una maternidad, en espacios de control y monitoreo –en clínicas privadas de reproducción asistida-, como heroicas, mientras que tildaba de egoísta a las mujeres que se hacían abortos clandestinos en búsqueda de un proyecto propio, disidente y contra hegemónico.

También, emergió entre los/as profesionales la frialdad y el no involucramiento emocional debido a que, tras realizar distintos procedimientos relacionados con el aborto, se generaba una suerte de insensibilización frente al fenómeno.

Los/as profesionales también destacaron sentir rabia y frustración frente a las situaciones de niñas con abortos, principalmente porque reconocían que no existía una buena relación padre- hija madre- hija que permitiera una buena educación sexual. Se hablaba de padre y madre responsable, pero no se problematizaba la responsabilidad de la escuela, del Estado, o de la pareja sexual, en torno a la salud sexual y reproductiva de niñas/os y jóvenes.

Los/as profesionales mencionaron que existía egoísmo, por parte de los/as familiares, al no dejar partir a las personas que querían adelantar sus muertes. Asimismo, manifestaron emociones asociadas a querer que la persona se muriera para que dejara de sufrir, aunque esto no necesariamente avalaba el hecho de estar a favor de la eutanasia.

Asociado a las construcciones de género, emergió la construcción de una subjetividad asociada a una persona usuaria, varón, que no podía adelantar su muerte. La rabia de la persona usuaria, traducida en impotencia, la podíamos comprender como la imposibilidad de resolución de nuestros deseos en el marco de la relación sanitaria, la imposibilidad de ser el hombre independiente que toda la vida había sido, que conectábamos con una construcción de masculinidad hegemónica.

Asimismo, el tema emocional es relevante en la medida que los/as profesionales se reconocen afectados/as por las problemáticas aludidas. Dichas emociones se encuentran permeadas por construcciones de género que son su motor constitutivo y que producen construcciones subjetivas. De esta manera la rabia y la construcción de la subjetividad en el marco del aborto o la rabia y la sensación de impotencia en el marco de la petición de adelantar la muerte, vienen a constatar que existe una configuración de género en torno a lo femenino y a lo masculino hegemónico.

En el marco de estas construcciones subjetivas, asociadas a lo emocional, podemos dar cuenta de la configuración de relaciones de poder, por ejemplo en la medida que una profesional siente rabia frente a las mujeres que abortan clandestinamente, lo que sin duda generará una relación sanitaria jerarquizada y asimétrica, en la medida que la profesional desvaloriza la experiencia de la mujer usuaria.

- **La corporalidad marca el límite entre la vida y la muerte, en ésta se cristalizan los conflictos sociales y se marca la trayectoria de nuestras vidas. La corporalidad es nuestra posibilidad de agencia**

La mirada corporal estuvo presente transversalmente a lo largo de toda la investigación, en la medida que tanto aborto como eutanasia remiten a nuestros cuerpos. De este modo, destinamos una parte de este estudio a comprender las metáforas corporales que producían los/as profesionales.

En esa dirección vimos cómo emergía la noción de cuerpo como tela en blanco, donde se iban inscribiendo nuestras trayectorias de vida, marcadas por los contextos sociales, políticos y culturales. Sin embargo, esta tela en blanco no era inerte en la medida que se reconocía la capacidad de agencia a través del cuerpo y de cómo podíamos transformar nuestros contextos.

Por otra parte, a través de estas metáforas pudimos ver las construcciones dicotómicas naturaleza-cuerpo, lo que consideraba la noción del cuerpo conectada a los ciclos de la naturaleza: nacimiento, desarrollo, muerte. Asimismo, estuvo presente la visión del cuerpo como un fruto que contiene en su interior una semilla, lo finito y lo trascendente, lo que termina y lo que perdura.

También, en los discursos vimos representada la corporalidad atada a la energía que le da movimiento, así como también al sostenedor o al envase del alma, resaltando una visión de desechabilidad de la primera, dando cuenta de que es la muerte el punto de separación entre alma y cuerpo. Pero también estuvo presente en los discursos una visión integradora, que resaltaba la visión del cuerpo encarnado y de un “soy cuerpo”.

Asimismo, la imagen del cuerpo como máquina fue importante en la medida que nos resaltaba sus funciones y su engranaje, lo que pudimos conectar con una visión orgánica corporal que se erigía hegemónicamente en el ámbito de las ciencias médicas. Conectado a lo anterior, y reconociendo los discursos en el marco de lo sanitario, emergió la idea de los cuerpos vulnerables, dependientes y con necesidad de cuidados.

Lo que nos pareció llamativo fue la poca referencia a temáticas de género en torno a las metáforas corporales de los/as profesionales, redundando en una invisibilización y homogenización de los cuerpos. Sólo existió un discurso, que si bien no hacía referencia al género planteaba diferencias relacionadas al sexo, como características corporales.

También, pudimos revisar nociones en torno al “cuerpo sano”. Al respecto los/as profesionales destacaron que un cuerpo sano era un cuerpo funcional, que permitía la acción encarnada y la autonomía corporal. Pero también el cuerpo sano lo plantearon desde lo hegemónicamente estético a través de los ideales de delgadez.

El cuerpo sano, también fue un cuerpo sin dolor, sin patologías, sin sufrimientos ni enfermedades. También, desde esta mirada, se desvalorizaba el cuerpo viejo, que no permitía la movilidad ni el accionar de la juventud, presente en discursos de profesionales de la clínica no religiosa.

Los/as profesionales, también proporcionaron una mirada integral del cuerpo sano, conectándolo a determinantes sociales, tales como salud, educación, entre otras. Así también con la posibilidad de acción para transformar el entorno.

De este modo podemos concluir, que el cuerpo es lo finito, cuestión que se contraponía al alma o a la semilla, o a la energía que perduraban. En este sentido es en el cuerpo donde recaen los conflictos sociales y políticos así como también los límites entre la vida y la muerte.

En esta dirección, el cuerpo sano era relevante en la medida que los discursos resaltaban la importancia de que dicho cuerpo generara respuesta a nuestros deseos, es decir, que nos permitiera funcionar. Desde este punto nos preguntamos ¿en el marco del aborto y de la eutanasia, no es acaso el cuerpo no sano que se expresa en la medida que no me permite la posibilidad de agencia?, ¿si mi cuerpo no me permite agenciar mi vida, qué caminos quedan, quién/es deciden dichos caminos?

Por último, nos parece importante señalar que el cuerpo es un cuerpo social, en conexión con los vínculos, con las trayectorias de vida, y con las condiciones (económicas, culturales, sociales, etc.) que le atraviesan. Por dicho motivo, al referirnos a aborto y a eutanasia, hacemos alusión directa a

nuestros cuerpos y al mismo tiempo, a través de estas visiones se tejen construcciones y posiciones en torno a la sociedad que tenemos y que queremos.

En esta dirección nos parece que existe transversalmente, en el discurso sanitario, una mirada crítica a la sociedad actual, en términos de que el contexto social nos hace preguntarnos por la necesidad de vínculos y los lazos sociales, apelando a la noción de comunidad y superando el individualismo imperante del neoliberalismo, capitalismo y patriarcado.

Los/as profesionales destacaban visiones diferenciadas en torno a la construcción de dichos lazos y vínculos, en la medida que por un lado dichos vínculos se sostienen en una visión que pone a la persona humana por debajo de la naturaleza y de Dios, estableciendo un orden natural y/o religioso de las cosas, mientras que por otra parte se apela a los mencionados vínculos poniendo a la persona humana al centro, dotándola de capacidad de autonomía en torno a la construcción de sociedad y de existencia.

No podemos negar la capacidad de politicidad y de agencia de los cuerpos encarnados. Por este motivo, concebir la necesidad de construcción de una sociedad más interconectada, con vínculos, con reconocimiento de los deseos, más igualitaria y justa, es una mirada política que debe posibilitar al/la sujeto construir su propio camino, y tomar las decisiones necesarias respecto a sus cuerpos y a su existencia, en concordancia con su voluntad individual y sus vínculos afectivos y relaciones sociales.

## Bibliografía<sup>32</sup>

- Ahumada Marisol, Gonzales Marcela, Velasco Maritza (2012) *Atlas de Cuidados Paliativos en Latinoamérica. Chile*. 1ra Edición Houston, USA: IHPC. <https://dadun.unav.edu/bitstream/10171/34465/1/Atlas%20de%20Cuidados%20Paliativos%20de%20Latinoamerica.pdf>
- Aliseda Atocha (1998) La abucción como cambio epistémico: C. S. Peirce y las teorías epistémicas en inteligencia artificial. *Analogía* 12 (1998), pp. 125- 144 México: UNAM. [http://datateca.unad.edu.co/contenidos/90018/TEORIA\\_DEL\\_CONOCIMIENTO/Referencias\\_Complementarias\\_/Adbduccion.pdf](http://datateca.unad.edu.co/contenidos/90018/TEORIA_DEL_CONOCIMIENTO/Referencias_Complementarias_/Adbduccion.pdf)
- Aliyeva Bahija. (2015) The boomerang effect of liberal abortion laws in patriarchal societies: the case of gender biased sex-selection in the republic of Azerbaijan. *Journal of Research in Gender Studies*. Vol 5, Núm 1, Pp. 93–109.
- Altarejos F (1990) El sufrimiento: un escollo en la axiología educativa; En *Razón y Libertad*, Ed. Por R Alvira, Madrid, España: Rialp.
- Álvarez- Goyau Juan Luis (2003) *¿Cómo hacer investigación cualitativa? Fundamentos y metodología*. México: Editorial Paidós Ibérica.
- Amenábar Alejandro (2004) *Mar adentro*. Cinta cinematográfica. España, Francia, Italia.
- Amigot Patricia (2007) Una tensa oscuridad. Interrogando el abordaje psicosocial de la subjetividad. *Psicología e Sociedade*, Vol 19, Núm 3, Pp. 20-25.
- Amuchástegui Ana (2005) Condiciones de posibilidad para el ejercicio del derecho al aborto: discursos sociales, leyes y relaciones sexuales. *Desacatos* no.17 México. <http://www.scielo.org.mx/pdf/desacatos/n17/n17a5.pdf>
- Amuchástegui Ana, Flores Edith y Aldaz Evelyn (2015) Disputa social y disputa subjetiva. Religión, género y discursos sociales en la legalización del aborto en México. *Revista de Estudios de Género. La ventana*, vol. 5, núm. 41, pp 153-195 México: Universidad de Guadalajara Guadalajara. <http://www.scielo.org.mx/pdf/laven/v5n41/1405-9436-laven-5-41-00153.pdf>

---

<sup>32</sup> En esta sección se puede apreciar la bibliografía que hemos utilizado para esta investigación doctoral. Cabe destacar que si bien hemos realizado el esfuerzo de señalar la referencia con el mayor detalle posible, destacando además de los apellidos de los/as autores/as también sus nombres, en algunos casos esto último no ha sido posible debido a que las referencias de origen no proporcionaban dicho dato.



- Aquino Alejandra (2013) La subjetividad a debate. *Sociológica*, México, Vol. 28, número 80, pp. 259-278. <http://www.scielo.org.mx/pdf/soc/v28n80/v28n80a9.pdf>
- Araujo Kathya (2009) Estado, sujeto y sexualidad en el Chile postdictatorial. *Revista Nomadías* Chile, Vol. 9, pp. 11- 39. <https://adnz.uchile.cl/index.php/NO/article/view/12296/12620>
- Aries Phillipe (1983) *El hombre ante la muerte*. Edición 2011. Madrid: Taurus.
- Armengol Rogeli (2010) *Felicidad y dolor: una mirada ética*. Barcelona España: Editorial Ariel.
- Asociación Federal pro Derecho a Morir Dignamente (AFDMD) (2012) Eutanasia en Bélgica ¿un modelo para España? *Revista Española de Salud Pública*, España. Vol. 86, Núm 1, pp. 1-4. [http://scielo.isciii.es/pdf/resp/v86n1/01\\_editorial.pdf](http://scielo.isciii.es/pdf/resp/v86n1/01_editorial.pdf)
- Astete Carmen, Beca Juan Pablo, Lecaros Alberto. (2014) Propuesta de un glosario para la discusión del aborto. *Revista Médica de Chile*. Santiago Chile. Vol. 142, Núm. 11. Pp. 1449-1451. <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rmc/v142n11/art12.pdf>
- Baez Narciso, Mezzaroba Orides, (2013). Dimensiones de los derechos humanos fundamentales, *Anuario Jurídico y Económico Escurialense*, Brasil, Núm. 46, Pp. 103-136. <http://www.rcumariacristina.net:8080/ojs/index.php/AJEE/article/view/148/129>
- Baeza Andrea y Schmitt-Fiebig Paloma (2015) El aborto en Chile: ¿disputa social o jurídica? *Revista Nomadías*. Núm 20, Pp. 97-119. <https://revistahistoriaindigena.uchile.cl/index.php/NO/article/view/39140/40776>
- Balanta Xiomara (2009) Sentencia de constitucionalidad condicionada. Caso sobre despenalización del aborto en Colombia. *Revista de Derecho*, Quito, Núm 12 , Pp. 233-245. <https://search.proquest.com/docview/945340813/fulltextPDF/77D4246B2B10447FPQ/1?accountid=15292>
- Baptista Pilar, Collado Fernando y Sampieri, Roberto. (2010). *Metodología de la investigación*. 5º ed. México D.F: Mc Graw Hill.
- Barbero Javier (2004) Sufrimiento y responsabilidad. *Monografía Humanitas*, Dolor y sufrimiento en la práctica clínica Núm 2. Pp. 151-170. [http://www.iatros.es/wp-content/uploads/humanitas/materiales/Monografia\\_Humanitas\\_2.pdf](http://www.iatros.es/wp-content/uploads/humanitas/materiales/Monografia_Humanitas_2.pdf)
- Beauchamp Tom y Childress James (1979). *Principles of Biomedical Ethics*. 6ta Edición 2009 New York: Orxford University Press.
- Beauvoir Simone (1949) *El segundo sexo*. Edición 1983, Buenos Aires: Siglo XX.

- Belgrano Milagros (2012) Ley de matrimonio igualitario y aborto en Argentina: notas sobre una revolución incompleta. *Revista Estudios Feministas*. Vol. 20. Núm. 1. Pp. 173- 188. [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-026X2012000100010&script=sci\\_abstract&tlng=es](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-026X2012000100010&script=sci_abstract&tlng=es)
- Bericat Eduardo (2000) La sociología de la emoción y la emoción en la sociología. Papers: *Revista de sociología*, Núm 62, Pp. 145-176. <https://idus.us.es/xmlui/bitstream/handle/11441/48381/02102862n62p145-1.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- \_\_\_\_\_ (2012). Emociones. *Sociopedia*. Isa, Pp. 1-13. <https://idus.us.es/xmlui/bitstream/handle/11441/47752/DOIEmociones.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Bessone Guido (2012) Experiencia, aborto y maternidad en las católicas feministas. *Nómadas. Revista Crítica de Ciencias Sociales y Jurídicas*, Vol. 34, Núm. 2. <https://www.redalyc.org/pdf/181/18126057017.pdf>
- Betancourt Jesús (2011) Limitación del esfuerzo terapéutico versus eutanasia: una reflexión bioética. *Revista Humanidades Médicas*, Vol.11 Núm. 2. Pp. 259- 273. [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1727-81202011000200003](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-81202011000200003)
- Bhaskar, Roy (1986) *Scientific Realism and Human Emancipation*. Londres: Routledge.
- Boladeras, M. (2007). Vida, vida humana, vida digna. *Logos Anales del Seminario de Metafísica*, Vol. 40, Pp. 91–116. <http://www.bioeticanet.info/boladeras/VidaVHVDLogos.pdf>
- Sherpap Bonnie y Casas Lidia (2007) Abortion Policies and Practices in Chile: Ambiguities and Dilemmas. *Reproductive Health Matters*. Vol 15, Núm 30, Pp. 202-210. <https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1016/S0968-8080%2807%2930328-5?needAccess=true>
- Borrell-Carrio Francesc, Suchman Anthony, Epstein Ronald (2004) The Biopsychosocial model 25 years later: principles, practice and scientific inquiry. *Annals of Family Medicine*. Vol 2. Núm. 6. Pp. 576-582. <http://www.annfammed.org/content/2/6/576.full.pdf+html>
- Boyer, Amalia (2012). Biopolítica y filosofía feminista. *Revista de Estudios sociales*, Núm43, Pp. 131-138. <https://revistas.uniandes.edu.co/doi/pdf/10.7440/res43.2012.11>

- Briozzo Leonel (2007) La crisis como oportunidad: reformulando la relación sanitaria. *Revista Médica del Uruguay*. Vol. 23, Núm 3, Pp. 139- 141. <http://www.scielo.edu.uy/pdf/rmu/v23n3/v23n3a01.pdf>
- Broom Alex (2012) On Euthanasia, Resistance, and Redemption: The Moralities and Politics of a Hospice. *Qualitative Health Research*. Vol 22, Núm 2, Pp. 226–237. <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/1049732311421181>
- Bubeck, Diemut (1995) *Care, Gender and Justice*. Nueva York: Oxford University Press.
- Butler Judith (1990) *El género en disputa. El feminismo y la subversión de la identidad*. Barcelona: Paidós.
- \_\_\_\_\_ (2004) *Deshacer el género*. Barcelona: Paidós.
- \_\_\_\_\_ (2006) *Vida precaria: El poder del duelo y la violencia*. Buenos Aires: Paidós.
- \_\_\_\_\_ (2009) *Marcos de guerra. Las vidas lloradas*. Madrid: Paidós.
- \_\_\_\_\_ (2017) *Vulnerabilidad del cuerpo y la política de coaliciones. En Cuerpos aliados y lucha política Hacia una teoría performativa de la asamblea*. Barcelona: Paidós.
- Cabnal, Lorena. (2010). *Feminismos diversos: el feminismo comunitario*. Madrid: ACSUR-Las Segovias. <https://porunavidavivible.files.wordpress.com/2012/09/feminismos-comunitario-lorena-cabnal.pdf>
- Cabòs Jordi (2013) *Fenomenología del sufrimiento. Po una comprensi3n filos3fica a partir de la obra de Arthur Schopenhauer*. Tesis doctoral. Universidad de Barcelona. Espa1a. [https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/129448/JCT\\_TESIS.pdf?sequence=8&isAllowed=y](https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/129448/JCT_TESIS.pdf?sequence=8&isAllowed=y)
- Cáceres Pablo (2003) Análisis cualitativo de contenido: una alternativa metodol3gica alcanzable. *Psicoperspectivas*, revista de la escuela de psicología facultad de filosofía y educaci3n Pontificia Universidad Cat3lica de Valparaíso. Vol. 2, Pp. 53 – 82. <https://www.psicoperspectivas.cl/index.php/psicoperspectivas/article/viewFile/3/1003>
- Campos Jeannette (2009) Argumentos y dilemas 3ticos en torno al aborto. *Revista internacional de filosofía política*, Núm 33, Pp. 157- 173. <http://e-spacio.uned.es/fez/eserv/bibliuned:filopoli-2009-numero33-10008/PDF>
- Canales Manuel. Coord. (2006) *Metodología de la investigaci3n social. Introducci3n a los oficios*. Santiago de Chile: LOM Ediciones.

- Cano Mónica (2014) Transformaciones performativas: agencia y vulnerabilidad en Judith Butler. *Oxímora Revista Internacional de Ética y Política*. Núm. 5. Pp. 1-16. <http://revistes.ub.edu/index.php/oximora/article/view/10869/14473>
- Carbonelli, Marcos (2016). Los evangélicos y la arena partidaria en la Argentina contemporánea. *Estudios Políticos*, Núm. 37. Pp. 193–219. <http://www.scielo.org.mx/pdf/ep/n37/n37a8.pdf>
- Cardoso Fernando y Faletto Enzo (1969) *Dependencia y desarrollo en América Latina: Ensayo de interpretación sociológica*. México: Siglo XXI Editores.
- Carino Gisselle, Gonzalez Ana y Durán Juanita, (2008) *Aborto legal: regulaciones sanitarias comparadas. Un análisis en América Latina y algunos países de Europa y Africa*. IPPF/RHO [http://vps-1089923-x.dattaweb.com:8080/bitstream/handle/123456789/167/aborto\\_legal.pdf?sequence=5&isAllowed=y](http://vps-1089923-x.dattaweb.com:8080/bitstream/handle/123456789/167/aborto_legal.pdf?sequence=5&isAllowed=y)
- Carrasco Cristina, Borderías Cristina, Torns Teresa Eds. (2011) *El trabajo de cuidados: historia, teorías y políticas*. Madrid: Los libros de la catarata.
- Carrasco Víctor y Crispi Francisca (2016) Eutanasia en Chile: una discusión pendiente. *Revista Médica de Chile*. Vol. 144, Núm. 12, Pp. 1598-1604. <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rmc/v144n12/art12.pdf>
- Casado, María (2008). Una vez más sobre la Eutanasia. *Enrahonar*, Vol. 40. Núm. 41. Pp. 113–121. <https://revistes.uab.cat/enrahonar/article/view/v40-casado/271>
- Casas Lidia, Vivaldi Lieta, Silva María, Bravo María, Navarro Consuelo, Sandoval Fernanda, (2013) *La penalización del aborto como una violación a los derechos humanos de las mujeres*. Chile: Universidad Diego Portales. [http://www.clacaidigital.info:8080/bitstream/handle/123456789/527/udp\\_La%20penalizaci%C3%B3n%20del%20AbortoDDHH2013.pdf?sequence=5&isAllowed=y](http://www.clacaidigital.info:8080/bitstream/handle/123456789/527/udp_La%20penalizaci%C3%B3n%20del%20AbortoDDHH2013.pdf?sequence=5&isAllowed=y)
- Casas Lidia y Vivaldi Lieta (2014). Abortion in Chile: the practice under a restrictive regime. *Reproductive health matters*, Vol. 22, Núm. 44, Pp. 70-81. <https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1016/S0968-8080%2814%2944811-0?needAccess=true>

- Casas Lidia, Vivaldi Lieta, Alvarez Juan, (2015) *Informe sobre embarazos en situación de malformación fetal incompatible con la vida post-natal en Chile*. Chile: Universidad Diego Portales.
- Casas, L. Vivaldi, L, Álvarez Juan, (2016). Debate sobre la legalización de la interrupción del embarazo en Chile: las condiciones mínimas necesarias de garantizar y preservar, En *Debates y reflexiones en torno a la despenalización del aborto en Chile*, Casas Lidia y Lawson Delfina (Comp.). Chile: Facultad de Derecho UDP, Centro de Derechos Humanos. [http://www.derechoshumanos.udp.cl/derechoshumanos/images/Publicaciones/Libros/ABORTO\\_DEBATESYREFLEXIONES/DebatesobrelalegalizaciondelainterrupciondelembarazoenChile.pdf](http://www.derechoshumanos.udp.cl/derechoshumanos/images/Publicaciones/Libros/ABORTO_DEBATESYREFLEXIONES/DebatesobrelalegalizaciondelainterrupciondelembarazoenChile.pdf)
- Chía Eduardo (2012) Prohibición del aborto: ¿Protección de la santidad de la vida o coacción de la autonomía sexual de las mujeres? *Nomadías*, Núm. 15, Pp. 44-67. <https://nomadias.uchile.cl/index.php/NO/article/view/21053/22287>
- Choza Jacinto (1980) *Dimensiones antropológicas del dolor en Supresión del pudor, signo de nuestros tiempos y otros ensayos*, Bilbao: Eunsa.
- Ciasc Rustin (2013). Euthanasia, National and International Perspectives. *Acta Universitatis Danubius Juridica*, Vol. 9, Núm. 2, Pp. 41-51. [file:///C:/Users/lore/Downloads/1875-7426-2-PB%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/lore/Downloads/1875-7426-2-PB%20(1).pdf)
- Cisternas María Soledad (2013) Salud global, género y derechos humanos. *Revista Enfoques* Vol. XI, Núm. 18, Pp. 153-186. <http://www.revistaenfoques.cl/index.php/revista-uno/article/view/56/38>
- Colegio Médico de Chile, Departamento de Ética. Bórquez Gladys, Bernier Lionel, Besio Mauricio, Momberg Julio, Sotta Fernando, Salas Sofía, Salinas Rodrigo, Valenzuela Carlos, Misseroni Adelio (2015) Reflexiones en torno al proyecto de ley que regula la despenalización voluntaria del embarazo en tres causales (Boletín Nº9895- 11). Santiago de Chile. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, Vol. 80, Núm. 3, Pp. 199- 207. [https://sochog.cl/wp-content/uploads/2019/06/REVISTA\\_COMPLETA-VOL80-ED03.pdf](https://sochog.cl/wp-content/uploads/2019/06/REVISTA_COMPLETA-VOL80-ED03.pdf)
- Colegio Médico de Chile, Departamento de Ética (2019) Encuesta de opinión acerca de la muerte asistida médicamente” 25 de Abril. Chile. <http://www.colegiomedico.cl/wp-content/uploads/2019/04/PPT-Encuesta-Eutanasia.pdf>

- Collado Ana María, Piñón Aimee, Odales Rogelio, Acosta Leanne, Serra Silvia (2011) Eutanasia y valor absoluto de la vida. *Revista Cubana de Higiene y Epidemiología*. Vol. 49, Núm. 3, Pp. 450-45. <https://www.redalyc.org/pdf/2232/223221363011.pdf>
- Coll- Planas Gerard (2009) *La voluntad del deseo. Construcciones discursivas del género y la sexualidad: el caso trans, gays y lesbianas*. Tesis doctoral. Facultad de Ciencias Políticas y Sociología. Departamento de Sociología. Barcelona España: Universidad Autónoma de Barcelona.
- Corporación Humanas (2016) Undécima Encuesta Nacional, “Percepciones de las Mujeres sobre su situación y condiciones de vida en Chile 2016”. Santiago, Chile. <http://www.humanas.cl/wp-content/uploads/2016/10/Presentacion-encuesta-humanas-2016.pdf>
- Creagh, Mabel (2012). Dilema ético de la eutanasia. *Revista cubana de salud pública*, Vol. 38, Núm 1, Pp. 150-155. [https://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S0864-34662012000100014&script=sci\\_arttext&tlng=en](https://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S0864-34662012000100014&script=sci_arttext&tlng=en)
- Cruz, María Angélica., Reyes, María José y Cornejo Marcela (2012) Conocimiento situado y el problema de la subjetividad del investigador/a. *Cinta Moebio*. Núm 45, Pp. 253-274. <https://scielo.conicyt.cl/pdf/cmoebio/n45/art05.pdf>
- De Jesús, Ligia, y Frank Margaret (2014). Aborto y derechos prenatales en América Latina y El Caribe: un análisis comparativo de leyes y jurisprudencia relevantes tras la adopción de la Convención Americana sobre Derechos Humanos. *Ars Boni et Aequi*, Año 10, Núm 1, Pp. 11-100. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5853787>
- De León Deyanira, Salinas Addis., Torre María del Pilar, y Mora Fernando (2014) Necesidades de salud sexual y reproductiva en estudiantes de una universidad pública mexicana. *Global Health Promotion*, Vol. 21, Núm 3, Pp. 68-79.
- De Oliveira R, Silva A, Silva D y Ferreira J (2011) El enfermero frente al usuarios/a sin posibilidad terapéutica: dignidad y calidad en el proceso de muerte. *Enfermería Global*, revista electrónica trimestral de enfermería. Núm. 22. <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v10n22/administracion6.pdf>
- De Pablos Gemma (2012) El embrión humano: consideraciones éticas en cuanto al estatuto ontológico del mismo. protección jurídica. *Revista de Derecho UNED*, Núm. 11, Pp. 651- 664. <file:///C:/Users/lore/Downloads/11147-16094-1-PB.pdf>

- Del Río Ignacia y Palma Alejandra (2007). Cuidados Paliativos: historia y desarrollo. *Boletín Escuela de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile*, Vol. 32, Núm. 1. Pp. 16- 22. <https://cuidadospaliativos.org/uploads/2013/10/historia%20de%20CP.pdf>
- Dides Claudia, Benavente María Cristina, Sáez Isabel, Morán José Manuel (2011a) *Estudio De Opinión Pública Sobre Aborto y Derechos Sexuales y Reproductivos en Brasil, Chile, México y Nicaragua*. Chile: FLACSO. <http://www.clacaidigital.info/bitstream/handle/123456789/767/opinion-publica-aborto.pdf?sequence=5&isAllowed=y>
- Dides Claudia, María Cristina Benavente, Isabel Sáez (2011b) *Dinámicas políticas sobre aborto en latinoamerica: estudio de casos*. Chile: FLACSO. <https://issuu.com/flacso.chile/docs/www.idrc.com>
- Dides, Claudia, Fernández Constanza, Peltier Gwendoline (2015) Aborto en Chile: cifras y testimonios que respaldan la exigencia de la legalización del aborto por tres causales. *Nomadías*, Núm. 20, Pp. 145-187. <https://nomadias.uchile.cl/index.php/NO/article/view/39142/40778>
- Donath Orna (2016) *Madres arrepentidas. Una mirada radical a la maternidad y sus falacias sociales*. España: Penguin Random House Gripo Editorial.
- Durkheim Émil (1982) *El suicidio. Un estudio de sociología*. Madrid España: Akal Universitaria.
- Dworkin, R., (1994) *El Dominio de la Vida, Una discusión acerca del aborto, la eutanasia y la libertad individual*. Barcelona: Ariel.
- Eco Umberto (1991). *Tratado de semiótica general*. Quinta edición. Barcelona: Editorial Lumen.
- Elías Norbert (1982) *La soledad de los moribundos*. Edición 1987. México: Fondo de Cultura Económica.
- Ema José (2004) Del sujeto a la agencia (a través de lo político) *Athenea Digital*, Núm. 6, Pp. 1-24. <https://atheneadigital.net/article/view/n5-ema/114-pdf-es>
- Engel G (1980) The Clinical Application of the Biopsychosocial Model. *The american journal of psychiatry*. Vol. 137, Núm 5, Pp. 535- 544.
- Erdman Joanna (2012) Ethical and legal issues in reproductive health harm reduction, human rights, and access to information on safer abortion. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*. Núm 118. Pp. 83–86.

- \_\_\_\_\_ (2012) Harm reduction, human rights, and access to information on safer abortion. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*. Núm 118, Pp. 83–86.
- \_\_\_\_\_ (2014) Procedural abortion rights: Ireland and the European Court of Human Rights. *Reproductive Health Matters*. Vol 22, Núm 44, Pp. 22-30.
- Esquivel Juan Cruz y Alonso Juan Pedro (2015). Actores y discursos religiosos en la esfera pública: los debates en torno a la educación sexual y a la "muerte digna" en Argentina. *Sexualidad, Salud y Sociedad*, Num 21, Pp. 85- 110. <http://www.scielo.br/pdf/sess/n21/1984-6487-sess-21-00085.pdf>
- Esteban, Mari Luz (2013) *Antropología del cuerpo. Género, itinerarios corporales, identidad y cambio*. Segunda Edición. Barcelona: Ediciones Bellaterra.
- Estrada, Diego (2015). La medicina como producción de subjetividad: una aproximación a Michel Foucault. *Escritos*, Vol. 23, Núm. 51, Pp. 331–355. <http://www.scielo.org.co/pdf/esupb/v23n51/v23n51a03.pdf>
- Etcheberry, Lorena (2018) Los discursos de saber/poder en torno al aborto y el proyecto de ley de despenalización de la interrupción voluntaria del embarazo en Chile. *Punto Género*, Núm. 10, Pp. 1- 20. <https://revistas.uchile.cl/index.php/RPG/article/view/52036/55543>
- Fairclough N. (2003) El análisis crítico del discurso como método para la investigación en ciencias sociales. En Woodak Ruth y Meyer Michael, *Métodos de análisis Crítico del discurso*. España: Editorial Gedisa.
- Falcón Juan (2007) China pisa el acelerador. *Revista Global*. Núm. 27. <http://www.accionculturalcristiana.org/html/revista/r69/69chin.pdf>
- Federici Silvia (2004) *Calibán y la bruja. Mujeres, cuerpo y acumulación originaria*. Madrid: Traficantes de sueños. <https://www.traficantes.net/sites/default/files/pdfs/Caliban%20y%20la%20bruja-TdS.pdf>
- \_\_\_\_\_ (2013) *Revolución punto cero. Trabajo doméstico, reproducción y luchas feministas*. Madrid: Traficantes de Sueños. <https://www.traficantes.net/sites/default/files/pdfs/Revolucion%20en%20punto%20cero-TdS.pdf>
- Felitti, Karina (2007). El debate médico sobre anticoncepción y aborto en Buenos Aires en los años sesenta del siglo XX. *Dynamis*, Núm. 27, Pp. 333–357. <https://core.ac.uk/download/pdf/13272973.pdf>



- Fernández Ángel (2005) Modelos de razonamiento abductivo. *Contrastes, Revista internacional de Filosofía*. Núm. 10, 155-180.
- Fernández, Atahualpa (2011). La herencia de Darwin y el problema de la justificación filosófico-jurídica de la Dignidad Humana. *Nómadas*, Vol. 31, Núm. 3, Pp. 1-20. <https://www.redalyc.org/pdf/181/18120621015.pdf>
- Fernández Macarena (2010), Cultura afectiva y emotividad: las emociones en la vida social. *Cuerpos, emociones y sociedad*, Núm 2, Año 2, Pp. 84-86.
- Fielding, Stephen y Schaff, Eric (2004) Social Context and the Experience of a Sample of U.S. Women Taking RU-486 (mifepristone) for Early Abortion. *Qualitative Health Research*, Vol. 14, Núm. 5, Pp. 612-627.
- Figueroa Rodolfo (2007) Concepto de persona, titularidad del derecho a la vida y aborto. *Revista de Derecho (Valdivia)*. Vol.20, Núm.2, Pp. 95-1309.
- Flores Ilona (2013) *The anti-abortion legislation in nicaragua: gender hierarchies and ideologies in reproduction*. Submitted to the University at Albany, State University of New York in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of Doctor of Philosophy College of Arts & Sciences Department of Anthropology.
- Fondo Alquimia y Mesa Acción por el aborto en Chile (2019) Informe de monitoreo social. Implementación de la ley de interrupción del embarazo en tres causales. Santiago, Chile.
- Fondo Alquimia y Mesa Acción por el aborto en Chile (2019) Resumen ejecutivo monitoreo social a la implementación de la ley de interrupción del embarazo en tres causales. Santiago de Chile.
- Foucault Michel (1969). *La arqueología del saber*. Edición 1970. Traducción de. A. Garzón del Camino. Madrid, México, Bogotá y Buenos Aires: Siglo XXI.
- \_\_\_\_\_ (1970) *El orden del discurso*. Edición 1992, Traducción de Alberto González Troyano, Buenos Aires: Tusquets Editores.
- \_\_\_\_\_ (1976) *Historia de la sexualidad*. Volumen 1: La voluntad del saber. España: Siglo XXI.
- \_\_\_\_\_ (1984a) La ética del cuidado de sí como práctica de la libertad. Diálogo con H. Becker, R. Fernet-Betancourt, A. Gomez-Müller, 20 de enero de 1984. *Revista de Psicología Universidad Nacional de Córdoba*, 2000. <https://revistas.psi.unc.edu.ar/index.php/NOMBRES/article/viewFile/2276/1217>

- \_\_\_\_\_ (1984b). Le retour de la morale. In D. Defert & F. Ewald (Eds.), *Dits et écrits*. Vol. IV, Pp. 696-708. Paris: Gallimard.
- \_\_\_\_\_ (2007) La vida: la experiencia y la ciencia, en Giorgi Gabriel, Rodríguez Fermín (Comps.) *Ensayos sobre Biopolítica, excesos de vida*, Buenos Aires: Paidós.
- Fox Keller, Evelin (1991), *Reflexiones sobre género y ciencia*. Valencia: Institució Alfons el Magnanim.
- Fraser Nancy (1997) *Iustitia Interrupta: Reflexiones críticas desde la posición "postsocialista*. Santafé de Bogotá: Siglo del Hombre Editores, Universidad de los Andes. Facultad de Derecho.
- \_\_\_\_\_ (2008) La justicia social en la era de la política de identidad: redistribución, reconocimiento y participación. *Revista de Trabajo, Nueva época*, Año 4, Núm. 6. [http://www.trabajo.gob.ar/downloads/estadisticas/2009n06\\_revistaDeTrabajo.pdf#page=83](http://www.trabajo.gob.ar/downloads/estadisticas/2009n06_revistaDeTrabajo.pdf#page=83)
- Freud Sigmund (1969) *Psicología de las masas. Más allá del principio del placer. El porvenir de una ilusión*. Madrid: Ediciones Castilla.
- Fuentes Laura (2013). Afirmar la autonomía reproductiva en la disidencia religiosa. *Iconos. Revista de Ciencias Sociales*, Núm. 45, Pp. 59–74. <https://www.redalyc.org/pdf/509/50925659005.pdf>
- Fuller Norma (1995) Acerca de la polaridad marianismo machismo. En: Arango, Gabriela, León, Magdalena y Viveros, Mara (editores/as), *Lo Femenino y lo Masculino: Estudios Sociales sobre las Identidades de Género en América Latina*, Bogotá: Third World Editions, Ediciones UniAndes Editions, Programa de Estudios de Género, Mujer y Desarrollo, Universidad Nacional de Bogotá.
- Gaínza, Alvaro (2006). La entrevista en profundidad individual. En Manuel Canales (Editor), *Metodologías de investigación social. Introducción a los oficios*. Santiago: LOM Ediciones.
- Garcés Marina (2005) La vida como concepto político: una lectura de Foucault y Deleuze. *Athenea Digital*. Núm. 7, Pp. 87-104. <https://www.ssoar.info/ssoar/handle/document/6449>
- García-del Moral Paulina y Korteweg Anna (2012) The sexual politics of citizenship and reproductive rights in Ireland: From national, international, supranational and transnational to postnational claims to membership? *European Journal of Women's Studies*. Vol. 19, Núm. 4, Pp. 413–427. <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1350506812466580>

- García Gual Carlos (1983) *Juramento Hipocrático*, traducción literal directa del original griego. Tratados Hipocráticos. Vol. I. Madrid: Editorial Gredos.
- García Samira y Guevara Rodrigo (2014) Percepción de la eutanasia y factores asociados, Tesis para optar al título de Médico Cirujano. Lima, Perú: Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas. [http://repositorioacademico.upc.edu.pe/upc/bitstream/10757/322312/2/Garcia\\_HS.pdf](http://repositorioacademico.upc.edu.pe/upc/bitstream/10757/322312/2/Garcia_HS.pdf)
- García Juan José (2004) La muerte hoy: aportes de Emmanuel Lévinas. *Acta Philosophica*. Vol. 13, fasc. 2. Pp. 305-319. [http://www.actaphilosophica.it/sites/default/files/pdf/garcia\\_2004\\_2-5.pdf](http://www.actaphilosophica.it/sites/default/files/pdf/garcia_2004_2-5.pdf)
- García Bethzabeth., Araujo Edith, García Victoria y García María (2013) Sentimientos que manifiestan las enfermeras ante la muerte de su paciente. *Horizontes en Salud*. Vol. 5, Núm. 2. [http://web.uaemex.mx/revistahorizontes/docs/revistas/Vol5/5\\_SENTIMIENTOS.pdf](http://web.uaemex.mx/revistahorizontes/docs/revistas/Vol5/5_SENTIMIENTOS.pdf)
- Giddens Anthony (1992) *The transformation of intimacy: Sexuality, love and intimacy in modern societies*. Cambridge: Polity
- Gilligan Carol (1985) *La moral y la teoría. Psicología del desarrollo femenino*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Gimeno Ana, (2003) *Un modelo de integración de la dimensión corporal en psicoterapia*. España: Instituto Erich Fromm de Psicología Humanista.
- Gimeno Beatriz, Barriento Violeta. (2010). Nuevas perspectivas en el debate sobre el aborto libre como derecho: el caso de España. *Nomadías*. Núm 11, Pp. 94-120. <https://revistas.uchile.cl/index.php/NO/article/view/15156>
- Goel Asish, Gaurav Chhabra, Robyn Weijma, Marla Solari, Sarah Thornton, Achondo, Sonal Pruthi, Vineet Gupta, Kalantri Anurag, Kalra Ramavat (2014). End-of-Life Care Attitudes, Values, and Practices Among Health Care Workers. *American Journal of Hospice & Palliative Medicine*. Vol. 31, Núm. 2, Pp. 139-147. <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1049909113479440>
- Goffman, Ervin (1981) *La presentación de la persona en la vida cotidiana*. Edición 2001. Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Gomes, Edlaine y Menezes, Rachel. (2015). Sexualidad, Salud y Sociedad Diferentes perspectivas sobre aborto y gestión de la muerte en Brasil: posiciones religiosas y del

discurso médico. *Sexualidad, Salud y Sociedad Revista Latinoamericana*. Núm.20. Pp. 28-48.  
<http://www.scielo.br/pdf/sess/n20/1984-6487-sess-20-0028.pdf>

- Gómez Marcos (2006) *El hombre y el médico ante la muerte*. España: Arán.
- Gómez-Sancho M, R. Altisent, J. Bátiz, L. Ciprés, P. Corral, J.L. González-Fernández, J.A. Herranz, J. Rocafort y J.J. Rodríguez-Sendín (2010) Atención médica al final de la vida. Conceptos. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*. Vol. 17, Núm.3. Pp. 177-17.  
<http://scielo.isciii.es/pdf/dolor/v17n3/especial.pdf>
- González, Patricia (2018) *Aborto y la autonomía sexual de las mujeres*. Buenos Aires. Argentina: Ediciones Didot.
- González de León Deyanira, Abeba Addis, Torre M. del Pilar, Mora Fernando (2014) Necesidades de salud sexual y reproductiva en estudiantes de una universidad mexicana. *Global Health Promotion*. Vol. 21, Núm. 3, Pp. 68-79.  
<https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1757975913516653>
- Gracia Guillén Diego (1994) *Dilemas actuales de la ética médica ante opciones vida-muerte*. Cuadernos de Sección. Ciencias Médicas Núm 3. Pp. 143-154. Donostia: Eusko Ikaskuntza  
<https://core.ac.uk/download/pdf/11502709.pdf>
- Grofu, Nicolae, Predescu Ovidiu (2012) The right to life and euthanasia in the light of the (european) convention for protection of human rights and fundamental freedoms, of the practice of the european court of human rights and of the romanian criminal law. *Criminal Law Review*. Vol. 2, Núm 2, Pp. 1-9. 9.
- Grupo de Estudios de Ética Clínica de la Sociedad Médica de Santiago (2011). Eutanasia y acto médico. *Revista Médica de Chile*. Vol. 139, Núm. 5. Pp. 642-654.  
<https://scielo.conicyt.cl/pdf/rmc/v139n5/art13.pdf>
- Guattari Felix y Rolnik Suely (2006) *Micropolítica. Cartografías del deseo*. Madrid: Traficantes de sueños.
- Guttmacher Institute (2017), *Haciendo cuentas: invertir en anticoncepción y salud materna y neonatal*. Hoja Informativa, New York: Guttmacher Institute.
- Haraway Donna (1995) *Ciencia cyborgs y mujeres, la reinención de la naturaleza*. Madrid: Cátedra.
- Harding Sandra (1996) *Ciencia y feminismo*. Ediciones Morata, Madrid.

- \_\_\_\_\_ (2002) ¿Existe un método feminista? En Bartra Eli (Comp.) *Debates en torno a una metodología feminista*. México: PUEG-UAM.
- Henríquez Tomás (2015). Hacerse la víctima: aborto, performance y teatralidades liminales. *Universitas humanística*. Núm. 79. Pp. 193-210. [https://www.researchgate.net/publication/273474758\\_Hacerse\\_la\\_victima\\_aborto\\_performance\\_y\\_teatralidades\\_liminales](https://www.researchgate.net/publication/273474758_Hacerse_la_victima_aborto_performance_y_teatralidades_liminales)
- Hernández Isabel (2012) Investigación cualitativa: una metodología en marcha sobre el hecho social. *Revista Rastros Rostros*, 14(27), 57-68. <https://revistas.ucc.edu.co/index.php/ra/article/view/444>
- Hernández Isabel, Alvarado Juan y Luna Sara (2015) Creatividad e innovación: competencias genéricas o transversales en la formación profesional. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte*. Núm. 44. Pp. 135-151. <https://www.semanticscholar.org/paper/Creatividad-e-innovaci%C3%B3n%3A-competencias-gen%C3%A9ricas-o-Arteaga-P%C3%A9rez/4d8bc3ed0cd5c1c5294383757e667b534465bc42>
- Hernández José, Herrera Larry, Martínez Ramón, Páez José, Páez María., Inciarte Alicia (Facilitadora) (2011) *Seminario: generación de teoría fundamentada*. Venezuela: La Universidad del Zulia. Facultad de humanidades y educación. División de estudios para graduados doctorados en ciencias humanas. [https://www.academia.edu/4976826/SEMINARIO\\_GENERACI%C3%93N\\_DE\\_TEOR%C3%8DA\\_TEOR%C3%8DA\\_FUNDAMENTADA](https://www.academia.edu/4976826/SEMINARIO_GENERACI%C3%93N_DE_TEOR%C3%8DA_TEOR%C3%8DA_FUNDAMENTADA)
- Hernández Roberto (1994) *Metodología de la investigación*. México: McGraw-Hill.
- Hernández Tania (2011) El partido acción nacional en la lucha por la no despenalización del aborto en el distrito federal. *Andamios*. Vol. 8, Núm. 15. Pp. 367-396. <http://www.scielo.org.mx/pdf/anda/v8n15/v8n15a14.pdf>
- Herrera Asunción (2008) Nueva retórica del concepto vida. *Revista Iberoamericana de Ciencia, Tecnología y Sociedad*. Vol. 4. Núm. 10. Pp. 229-240. <http://www.revistacts.net/volumen-4-numero-10/71-foro-cts/165-nueva-retorica-del-concepto-vida>
- Herrera Luis y Mendoza Juliana (2016). Reflections on euthanasia in Colombia. *Revista Colombiana de Anestesiología*. Vol. 44. Núm. 4. Pp. 324-329. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2256208716300542>

- Ingala Ema (2016) Cuerpos vulnerables y vidas precarias. ¿Un retorno de lo humano en la filosofía política de Judith Butler? *Daimon, Revista Internacional de Filosofía*. Suplemento 5, Pp. 879-887. <http://dx.doi.org/10.6018/daimon/268741>.
- Jackson Emily (2008) Secularism, Sanctity and the Wrongness of Killing. *Bio Societies*, Vol. 3. Núm. 2. Pp. 125–145 London School of Economics and Political Science.
- Kant, Immanuel (1785) *Fundamentación de la metafísica de las costumbres*. Trad. de García Morente Manuel. Edición 2003. Madrid: Encuentro.
- \_\_\_\_\_ (1797) *La metafísica de las costumbres*. Trad. de O. Cortina y J. Connill Sancho. Edición 1989. Madrid: Tecnos.
- Kismödi Eszter, Bueno de Mesquita Judith, Andiön Ximena, Khosla Rajat, Sepúlveda Lilian (2012) Human rights accountability for maternal death and failure to provide safe, legal abortion: the significance of two ground-breaking CEDAW decisions. *Reproductive Health Matters*. Vol. 20, Núm. 39, Pp. 31–39. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22789080>
- Knowles Jon (2007) The emotional effects of induced abortion. *Planned Parenthood*. <https://www.plannedparenthood.org/resources/research-papers/emotional-effects-in-duced-abortion-6137.htm>
- Kohen, Beatriz (2005) Ciudadanía y ética del cuidado. En Carrió Elisa y Maffia Diana (Comps.) *Búsquedas de sentido para una nueva política*. Buenos Aires: Paidós.
- Kogan Liuba (2010) La entrevista como herramienta del estudio del cuerpo vivido en Cuerpos y emociones desde América Latina. Compiladores/as. Grosso José y Boito María Eugenia. *Cuerpos y emociones desde Latinoamérica*. Córdoba, Argentina: CEA UNICET.
- Kornblit Ana, Sustas Sebastián y Adaszko Dan (2013). Concepciones sobre sexualidad y género en docentes de escuelas públicas argentinas. *Ciencia, Docencia Y Tecnología*, XXIV. Núm. 47. Pp. 47–78. [http://www.revistacdyt.uner.edu.ar/spanish/cdt\\_47/documentos/47\\_Kornblit.pdf](http://www.revistacdyt.uner.edu.ar/spanish/cdt_47/documentos/47_Kornblit.pdf)
- Kottow Miguel y Schramm Fermín (2001) Principios bioéticos en salud pública: limitaciones y propuestas. *Cadernos de Saúde Pública*. Vol. 17. Núm. 4. Pp. 949-956. <http://www.scielo.br/pdf/csp/v17n4/5301.pdf>
- Kvale Steinar (1996) *Interviews. An introduction to qualitative reserch interviewing*. Thousands Oaks. California: Sage publication.

- Labaca María Lourdes (2014) Modelos europeos de eutanasia y suicidio asistido en Holanda, Bélgica, Suiza, Luxemburgo y Francia. *Quaestio Iuris*. Vol.07. Núm. 2. Pp. 892-1009. <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/quaestioiuris/article/view/13436/10324>
- Lacombe Andrea (2012) Inapropiadas e inapropiables. Claves para entender el aborto como alteridad. *Revista Nueva Sociedad*. Núm. 241. <https://nuso.org/articulo/inapropiadas-e-inapropiables-claves-para-entender-el-aborto-como-alteridad/>
- Lagarde Marcela (1990). *Cautiverio de las mujeres. Madresposas, monjas, putas, presas y locas*. Ciudad de México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Lamas Marta (1993) La bioética: Proceso social y cambio de valores. Revista del departamento de sociología de la UAM, *Sociológica*. Vol. 8 Núm. 22. Pp. 187-203.
- \_\_\_\_\_ (2009) La despenalización del aborto en México Lamas. *Revista Nueva Sociedad*. Núm. 220. <https://nuso.org/articulo/la-despenalizacion-del-aborto-en-mexico/>
- \_\_\_\_\_ (2015) *El largo camino hacia la ILE. Mi versión de los hechos*. México: Universidad Nacional Autónoma de México. Programa Universitario de Estudios de Género.
- Larsson Sofia, Eliasson Miriam, Klingberg Marie, Faxelid Elisabeth, Atuyambe Linn, Fritzell Sara (2015) The discourses on induced abortion in Ugandan daily newspapers: a discourse analysis. *Reproductive Health*. Vol. 12. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4481262/>
- Le Breton David (1999) *Antropología del dolor*. Barcelona: Seix Barral.
- \_\_\_\_\_ (2002) *Antropología del cuerpo y de la modernidad*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Lechuga José y Sarmiento Claudia (2007) *Derechos humanos de las mujeres y la penalización absoluta del aborto en Chile*. Memoria para optar al grado de Licenciado en Ciencias Jurídicas y Sociales. Chile: Universidad de Chile. <http://repositorio.uchile.cl/handle/2250/112956>
- León Francisco (2008) Las voluntades anticipadas: análisis desde las experiencias en ética clínica. *Revista Colombiana de Bioética*. Vol. 3. Núm. 2. Pp. 83-101. <https://www.redalyc.org/pdf/1892/189214386006.pdf>
- Leppert Wojciech, Majkowicz Mikolaj, Forycka María (2013). Attitudes of Polish Physicians and Medical Students toward Breaking Bad News, Euthanasia and Morphine Administration in Cancer Patients. *J Canc Educ*. Vol. 28. Núm. 4. Pp. 603–610. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3825587/>
- Le Planche Jean y Pontalis Jean (1996) *Diccionario de psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós.

- Levinas Emmanuel (1993) *El tiempo y el otro*. Traducción JL Pardo. Barcelona: Paidós.
- Lewis Clive Stables (1994) El problema del dolor. Traducción J. L Del Barco. Madrid: Rialp.
- López A y Carril E (2010) Aborto voluntario y subjetividad en contextos de penalización. Efectos y significados en mujeres, varones y profesionales de la salud. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*. Vol. 1. Núm. 2. Pp. 1 - 32. <https://revista.psico.edu.uy/index.php/revpsicologia/article/view/40>
- Mackinnon Catharine (1995) *Hacia una teoría feminista del estado*. Madrid: Cátedra.
- López Nicolás (1994) La vida y la muerte ante la ética y el derecho: paternalismo médico y desarrollo científico. *Doxa: cuadernos de filosofía del derecho*. Alicante, Vol. 15. Pp. 715- 729. <https://doxa.ua.es/article/view/1994-n15-16-la-vida-y-la-muerte-ante-la-etica-y-el-derecho-paternalismo-medico-y-desarrollo-cientifico>
- Luna Florencia (2016) Entre el tabú y el doble estándar: aborto, derechos de las personas LGBT y técnicas de reproducción asistida en Argentina. *Revista de Bioética y Derecho & Perspectivas Bioéticas*. Núm. 36. Pp. 5-22. <http://revistes.ub.edu/index.php/RBD/article/view/15373>
- Maier Elizabet (2015) La disputa sobre el aborto en México: Discursos contrastados de personificación, derechos, la familia y el Estado. *Revista Gerencia Política y Salud*. Vol. 14. Núm. 29. Pp. 10-24. <http://www.scielo.org.co/pdf/rgps/v14n29/v14n29a02.pdf>
- Martínez Víctor (2013). Reflexiones sobre la dignidad humana en la actualidad. *Boletín mexicano de derecho comparado*, Vol. 46, Núm. 136, Pp. 39-67. <http://www.scielo.org.mx/pdf/bmdc/v46n136/v46n136a2.pdf>
- Martínez Jorge (2011) Metodologías de la investigación cualitativa. *Silogismo más que conceptos*. Núm. 8. Pp. 27-38. <http://www.cide.edu.co/doc/investigacion/3.%20metodos%20de%20investigacion.pdf>
- Martuccelli Danilo (2005) Les trois voies de l'individu sociologique. *EspacesTemps.net, Textuel*.
- Marzano, Michela (2009). Consiento, luego existo. Ética de la autonomía. España: Editorial Proteus.
- Matamala María Isabel (2014) Aborto en Chile: Cuerpos, derechos, libertades. En *Voces sobre el aborto. Ciudadanía de las mujeres, cuerpo y autonomía*. Articulación Chile: Feminista por la Libertad de Decidir, AFLD, Escuela de Salud Pública "Dr. Salvador Allende G".



- Maté Jorge, Bayés R, González Jesús, Muñoz Susana, Moreno Francisco y Gómez Xavier (2008) ¿A qué se atribuye que los enfermos oncológicos de una unidad de cuidados paliativos mueran en paz? *Psiconcología*. Vol. 5, Núm. 2-3. Pp. 303-321. <https://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/PSIC0808220303A/15399>
- Mejía Alexandra (2008) Aspectos psico- emocionales y espirituales al fin de la vida: el proceso de morir dignamente. *Medicina Naturista*. Vol. 2. Núm. 3.
- Méndez Víctor (2001) *Eutanasia, derechos, razones*. Madrid, España: Trotta.
- Mendoza Juliana y Herrera Luis (2016) Reflexiones acerca de la eutanasia en Colombia. *Revista Colombiana de Anestesiología*. Vol. 44. Núm. 4. Pp. 324-329. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0120334716300867>
- Mill, John Stuart (1859) *Sobre la libertad*. Edición 2008. Madrid: Tecnos
- Millán Miguel y Garrido Gloria (2012). Persona y rostro, principios constitutivos de la bioética personalista. *Persona Y Bioética*. Vol. 16. Núm. 2. Pp. 165–174. <http://www.scielo.org.co/pdf/pebi/v16n2/v16n2a07.pdf>
- Miller Grant y Valente Christine (2016) Population Policy: Abortion and Modern Contraception Are Substitutes. *Demography*. Vol 53. Núm. 4. Pp. 979–1009 <https://link.springer.com/article/10.1007/s13524-016-0492-8>
- Millet Kate (1970) *Sexual Politics*. New York: Doubleday & Company.
- Ministerio de Salud de Chile MINSAL, Departamento de Estadísticas e Información en Salud DEIS e Instituto Nacional de Estadísticas INE (2015) Estadísticas vitales. Chile.
- Ministerio de Salud de Chile –MINSAL- (2019) Cifras sobre objeción de conciencia en médicos/as obstetras. Chile <https://www.minsal.cl/funcionarios-objetores-de-conciencia-por-servicio-de-salud/>
- \_\_\_\_\_ (2018) IVE: Reporte mensual actualizado al 22 de octubre de 2018. <https://www.minsal.cl/ive-reporte-mensual-actualizado/>
- \_\_\_\_\_, Departamento de Estadísticas e información de salud (2017) Estadísticas de Natalidad y Mortalidad. Chile.
- Molina Ramiro (2009) Editorial ¿es seguro el aborto de causa médica en Chile? *Revista chilena de Obstetricia y Ginecología*. Vol. 74. Núm. 5. Pp. 273 – 275. [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-75262009000500001](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262009000500001)

- \_\_\_\_\_ (2012) Aborto: mitos y realidades. *Revista digital: Iniciativa Laicista*. Número especial. <http://iniciativalaicista.cl/images/pdf/iniciativa-laicista-especial-octubre-2012/Iniciativa-Laicista-Especial-1.pdf>
- \_\_\_\_\_ (2014) Perspectiva Médico-Epidemiológica del aborto en Chile. En *Voces sobre el aborto Ciudadanía de las mujeres, cuerpo y autonomía*. Chile: Articulación Feminista por la Libertad de Decidir, AFLD Escuela de Salud Pública “Dr. Salvador Allende G.”, Facultad de Medicina Universidad de Chile.
- Montserrat Alicia (2016) *El aborto provocado en relación a la temática de la feminidad desde una perspectiva psicoanalítica* Tesis doctoral: Memoria para optar al grado de doctora. España Facultad de Filosofía: Universidad Complutense de Madrid. <https://eprints.ucm.es/38340/1/T37474.pdf>
- Moore Henrietta (2007) *Antropología y feminismo*. Tercera edición. Madrid: Ediciones Cátedra. <https://www.te.gob.mx/genero/media/pdf/336842bb346a46b.pdf>
- Mora Enrico (2008) Los componentes de cuidado y de servicio cuando se globaliza el trabajo doméstico. En *Servidoras sin fronteras Migración femenina filipina y redes de cuidado*. Barcelona: Grupo de Estudios sobre Sentimientos, Emociones y Sociedad (GESES) Universitat Autònoma de Barcelona Con la colaboración de la Fundació Jaume Bofill. <https://www.casaasia.es/encuentromujeres/2011/files/servidoras-sin-fronteras.pdf>
- Mora Enrico y Pujal Margot (2018) El cuidado: más allá del trabajo doméstico. *Revista Mexicana de Sociología*. Vol. 80. Núm. 2. Pp. 445-469. [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0188-25032018000200445](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0188-25032018000200445)
- Morin Edgard (1999) *El hombre y la muerte*. Barcelona, España: Editorial Kairós.
- Morris David (1994) *La cultura del dolor*. Buenos Aires: Andrés Bello.
- Moscoso Melania y Palmero María José (2015). El déficit interseccional en el reciente debate sobre el aborto. Tensiones y tendencias emergentes en la bioética española. *Dilemata*. Núm 17. Pp. 65-94. <https://www.dilemata.net/revista/index.php/dilemata/article/view/347>
- Murgueytio María José (2018) *Embarazo producto de violación: salud mental de las madres y vínculo afectivo con sus hijos*. Trabajo de titulación presentado como requisito para la obtención del título de Psicóloga Clínica. Quito Ecuador: Universidad San Francisco de Quito, Colegio de Ciencias Sociales y Humanidades. <http://repositorio.usfq.edu.ec/bitstream/23000/7249/1/137929.pdf>

- Naranjo Gloria y Fernández Luis (2014). El respeto a la vida: situación sociopolítica latinoamericana. *Producción Más Limpia*. Vol. 9. Núm. 2. Pp. 126–139. [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1909-04552014000200011](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1909-04552014000200011)
- Navarrete Julio (2000) El muestreo en la investigación cualitativa. *Investigaciones sociales*. Año IV. Núm. 5.
- Navarro Luis (2015) Estudio crítico de un nuevo dilema en el sistema jurídico mexicano. la regulación del aborto inducido: ¿derecho del nasciturus a nacer o derecho de la mujer a la libre determinación sobre su propio cuerpo? *Revista de Derecho UNED*, Núm. 16. <http://revistas.uned.es/index.php/RDUNED/article/view/15271>
- Navarro Pablo y Díaz Capitalina (1999). Análisis de Contenido. En *Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales*. Delgado Juan y Fernández Juan (Coord.). España: Síntesis.
- Ngwena Charles (2012) State obligations to implement African abortion laws: Employing human rights in a changing legal landscape. *International Journal of Obstetric and Gynecology*. Vol. 119. Núm. 2. Pp. 198-202. [https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1016/j.ijgo.2012.08.001?casa\\_token=pJKuJnfzebQAAAAA%3AWDooW4OUObiHA7vZOFEOVM5bPRjy\\_eu9usqSO42rMN5NjjoJFHFCIZQJ2H\\_vBQ7IRe1E2TifcHA](https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1016/j.ijgo.2012.08.001?casa_token=pJKuJnfzebQAAAAA%3AWDooW4OUObiHA7vZOFEOVM5bPRjy_eu9usqSO42rMN5NjjoJFHFCIZQJ2H_vBQ7IRe1E2TifcHA)
- \_\_\_\_\_ (2014) Conscientious Objection to Abortion and Accommodating Women's Reproductive Health Rights: Reflections on a Decision of the Constitutional Court of Colombia from an African Regional Human Rights Perspective. *Journal of African Law*, Vol. 58. Núm. 2. Pp. 183–209.
- Núñez S (2012) Reforma social, honor y justicia: infanticidio y aborto en la Ciudad de México, 1920-1940. *Signos Históricos*. Vol. 14. Núm. 28. Pp. 68-113. [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1665-44202012000200003](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-44202012000200003)
- Nussbaum Martha (2008) Human dignity and political entitlements. In The President's Council on Bioethics. *Human dignity and bioethics: Essays Commissioned by the President's Council on Bioethics*. Washington D. C.
- Olavarría José (2001). *Hombres: Identidad/es y violencia. Segundo encuentro de estudios de masculinidades: Identidades, cuerpos, violencia y políticas públicas*. Chile: FLACSO.

- Organización Mundial de la Salud (2018) *Cuidados Paliativos*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>
- Ortner Sherry (1974). Is Female to Male as Nature is to Culture? En Michelle Rosaldo y Louise Lamphere, Eds. *Woman, Culture and Society*. Stanford: Standford University Press. [http://radicalanthropologygroup.org/sites/default/files/pdf/class\\_text\\_049.pdf](http://radicalanthropologygroup.org/sites/default/files/pdf/class_text_049.pdf)
- Oyěwùmí Oyèrónké (2007) *La invención de las mujeres. Una perspectiva africana sobre los discursos occidentales del género*. Bogotá Colombia: Editorial en la frontera.
- Pantoja Lucía (2009) Problemas éticos al final de la vida ¿todo es eutanasia? *Seminarios de la Fundación Española de Reumatología*. Vol. 10. Núm. 4. Pp. 128-131. <https://www.elsevier.es/es-revista-seminarios-fundacion-espanola-reumatologia-274-articulo-problemas-eticos-al-final-vida-S1577356609000049>
- Palma Irma y Moreno Claudia (2015) Prohibición y tolerancia al aborto en el discurso de actores del debate público en Chile. *Revista Nomadías*. Núm. 20. Pp. 51-74.
- Paredes, Julieta (2010) *Hilando fino desde el feminismo comunitario*. La Paz, Bolivia: Deutscher Entwicklungsdients
- Parreiras Mariana, Cafure Guilerme, Pacelli Livia, Lucas Silva, Rück Sarah, Andrade Lúcia (2016) Eutanasia y suicidio asistido en países occidentales: una revisión sistemática. *Revista de Bioética*. Vol. 24. Núm. 2. Pp. 355-67. [http://www.scielo.br/pdf/bioet/v24n2/es\\_1983-8034-bioet-24-2-0355.pdf](http://www.scielo.br/pdf/bioet/v24n2/es_1983-8034-bioet-24-2-0355.pdf)
- Pele, Antonio (2015) Kant y la Dignidad Humana. *Revista Brasileira de Estudios Políticos*. Núm. 111. Pp. 15-46. <https://pos.direito.ufmg.br/rbep/index.php/rbep/article/view/P.0034-7191.2016V111P15>
- Piekarewicz Mina (2015) Bioética, aborto y políticas públicas en América Latina. *Revista de Bioética y Derecho*. Núm. 33. Pp. 3-13. <http://revistes.ub.edu/index.php/RBD/article/view/14712>
- Porta Sales J, Nuñez Olarte JM, Altisent Trota R, et al (2002) Aspectos éticos de la sedación en Cuidados Paliativos. *Medicina Paliativa*. Vol 9. Núm 1. Pp. 41-46. <https://derechoamorrir.org/wp-content/uploads/2018/07/aspectoseticos.pdf>
- Porta José (2007) Sedación paliativa y eutanasia. *Atención primaria: Publicación oficial de la Sociedad Española de Familia y Comunitaria*. Vol. 39. Núm. 1. <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-sedacion-paliativa-eutanasia-13098265>

- Potdar Pritam, Barua Alka, Dalvie Suchitra y Pawar Anand (2015) "If a woman has even one daughter, I refuse to perform the abortion": Sex determination and safe abortion in India. *Journal Reproductive Health Matters An international journal on sexual and reproductive health and rights*. Vol. 23. Núm. 45. Pp. 114- 125.
- Porzecanski, Teresa (2011) *Somos cuerpo: itinerarios y límites*. Ediciones Trilce.
- Pozón Sergio (2015) Una propuesta de actualización del modelo bio-psicosocial para ser aplicado a la esquizofrenia. *Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría*. Vol. 35. Núm. 127. Pp. 511-526. [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0211-57352015000300005](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352015000300005)
- Pusca Florentina (2010) Euthanasia – a Contemporary Issue. *Acta Universitatis Danubius*. Vol. 6. Núm. 1. Pp. 79- 88.
- Quintero Odalys y Rodríguez Jorge (2015) Implicaciones jurídicas para el debate cubano sobre eutanasia Legal. *Revista Cubana de Salud Pública*. Vol. 41. Núm. 3. Pp. 547-565. [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662015000300012](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662015000300012)
- Rabbia Hugo, Sgró María Candelaria (2014) Posiciones sobre aborto en Argentina: de la Conferencia Episcopal a las opiniones de los/as ciudadanos/as católicos/as. *Revista Política y sociedad, revista de sociología política*. Vol.13. Núm. 26. Pp. 195- 219. <https://periodicos.ufsc.br/index.php/politica/article/view/2175-7984.2014v13n26p195/26916>
- Ramos Paulina y Arenas Ángela (2015). Algunas conceptualizaciones de la dignidad del anciano en bioderecho. *Persona Y Bioética*. Vol. 19. Núm. 1. Pp. 25–35. <https://personaybioetica.unisabana.edu.co/index.php/personaybioetica/article/view/4672>
- Raposo Vera (2014) The Right not to Live. *GSTF Journal of Law and Social Sciences (JLSS)* Vol. 4. Núm. 1. <https://pdfs.semanticscholar.org/23e6/2f38948ac7cefec4aea137945febf745a006.pdf>
- Requero José (2009) La reforma de la legislación del aborto en España. *Cuadernos de Bioética*. Vol. XX. Núm. 3. Pp. 487-501 <https://www.redalyc.org/pdf/875/87512342013.pdf>
- Revel Judith (2008) *El vocabulario de Foucault*. Argentina: Editorial Paidós.
- Rivera Cusicanqui (2013) Entrevista de *Revista Pirka, del Grupo de Investigación Política, Cultura, y artes del Hacer*. Vol. I. <http://agendadelasmujeres.com.ar/index2.php?id=3&nota=6642>

- Roa Mónica y Klugman Bárbara (2014) Considering strategic litigation as an advocacy tool: a case study of the defence of reproductive rights in Colombia. *Reproductive Health Matters*. Vol. 22. Núm. 44. Pp. 31-41.
- Rodríguez Blanca (2012) Género en el discurso constitucional del aborto. *Revista de Estudios Políticos* (nueva época). Núm. 156. Pp. 49-83. <https://recyt.fecyt.es/index.php/RevEsPol/article/view/40033>
- Royes, Albert (2008) La eutanasia y el suicidio médicamente asistido. *Psicooncología*. Vol. 5. Núm. 2-3. Pp. 323- 337. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2873875>
- Rojas Carlos, Esser Joyce y Rojas Mariana (2004) Complejidad del dolor y el sufrimiento humano. *Revista Latinoamericana Psicopatología Fundamental*. Vol. VII. Núm. 3. Pp. 70-81. [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-47142004000300070](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-47142004000300070)
- Ruiz Miguel, Ivañez, Lourdes y García Javier (2012) Características sociodemográficas de la interrupción voluntaria del embarazo en Andalucía: Diferencias entre población autóctona y extranjera. *Gaceta Sanitaria*. Vol. 26. Núm. 6. Pp. 504–511. [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0213-91112012000600003](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112012000600003)
- Sábada Javier (2015) Eutanasia y ética. *Revista Bioética y Derecho*. Núm. 8. Pp. 1-7. <http://revistes.ub.edu/index.php/RBD/article/view/7852>
- Sánchez José (2010). Cuerpo y tecnología. La virtualidad como espacio de acción contemporánea. *Revista Nueva Época*. Vol. 23. Núm. 62. Pp. 227- 244. [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0187-57952010000100010](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0187-57952010000100010)
- San Martín Sofía (2015). Reflexiones en torno al aborto desde la perspectiva del sujeto moral competente. *Nomadías*. Núm. 20. Pp. 121- 143. <https://nomadias.uchile.cl/index.php/NO/article/view/39141/40777>
- Scott Joan (1990) El género: Una categoría útil para el análisis histórico. En Scott Joan, Amelang James y Nash Mary (Eds.) *Historia y género: las mujeres en la Europa moderna y contemporánea*. España: Edicions Alfons el Magnanim, Institució Valencina d'Estudis i Investigació.
- Scott Rosamund (2015) Risks, reasons and rights: the european convention on human rights and english abortion law. *Medical Law Review*, Vol. 24, No. 1, pp. 1–33. [https://www.researchgate.net/publication/283576104\\_Risks\\_reasons\\_and\\_rights\\_The\\_european\\_convention\\_on\\_human\\_rights\\_and\\_english\\_abortion\\_law](https://www.researchgate.net/publication/283576104_Risks_reasons_and_rights_The_european_convention_on_human_rights_and_english_abortion_law)

- Scribano Adrian (2009) A modo de epílogo. ¿Por qué una mirada sociológica de los cuerpos y las emociones? En Figari Carlos y Scribano Adrian (Comps.). *Cuerpo(s), subjetividad(es) y conflicto(s). Hacia una sociología de los cuerpos y las emociones desde Latinoamérica*. Buenos Aires: Fundación Ciccus  
<http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ar/libros/coedicion/scribano/Scribano.%20Figari.pdf>
- Seale Clive (1998) *Constructing death. The sociology of dying and breavement*. Reino Unido: Cambridge University press.
- Segato, Rita (2010) *Las estructuras elementales de la violencia: ensayos sobre género entre la antropología, el psicoanálisis y los derechos humanos*. Segunda edición. Buenos Aires, Argentina: Promteo.
- Serrano-Ruiz-calderón José (2013) Sobre la injusticia de la eutanasia. El uso de la compasión como máscara moral. *Persona y bioética*. Vol. 17. Núm. 2. Pp. 168-186.
- Simón Pablo y Barrio Inés (2012) La eutanasia en Bélgica. *Revista Española Salud Pública*. Vol. 86. Núm. 1. Pp. 5-19. [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1135-57272012000100002](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272012000100002)
- Singer Peter (1997) *Repensar la vida y la muerte. El derrumbe de nuestra ética tradicional*. España: Paidós.
- Singh Susheela, Remez Lisa, Sedgh Gilda, Kwok Lorraine and Onda Tsuyoshi (2018), *Abortion Worldwide 2017: Uneven Progress and Unequal Access*. New York: Guttmacher Institute.  
<https://www.guttmacher.org/report/abortion-worldwide-2017>
- Sinuhé Moisés y Villagrana Erika (2007) Aborto: controversia entre el Estado laico y la Iglesia. Polarización de ideologías. *El Cotidiano*. Vol. 22. Pp. 13- 20  
<http://clacso.redalyc.org/pdf/325/32514603.pdf>
- Smith Stephanie (2013) Reproductive Health and the Question of Abortion in Botswana: *African Journal of Reproductive Health*. Vol. 17. Núm. 4. Pp. 26-34.  
<https://www.ajol.info/index.php/ajrh/article/viewFile/98371/87657>
- Soriano Encarnación, González Antonio y Soriano Manuel (2014) Educación para la salud sexual. Del enamoramiento al aborto Un estudio cualitativo con adolescentes españoles e inmigrantes. *Perfiles Educativos*. Vol. XXXVI. Núm. 144. Pp. 105- 119  
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0185269814706269>

- Souza Luis, Mota Juliana, Barbosa Rosa, Ribeiro Renata, Oliveira Carla, Barbosa Dulce (2013) La muerte y el proceso de morir: sentimientos manifestados por los enfermeros. *Enfermería Global*. Vol. 12. Núm. 32. Pp. 222- 229. [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1695-61412013000400013](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412013000400013)
- Subsecretaría de Prevención del Delito de Chile (2019) Datos por sexo y edad: Víctimas Constatadas en los partes de Denuncias y Detenciones. <http://www.seguridadpublica.gov.cl/estadisticas/datos-por-sexo-y-edad/>
- Szasz Thomas (1988) *Pain and Pleasure: A Study of Bodily Feelings*. New York: Syracuse University Press Edition.
- Tabbush Constanza, Díaz María Constanza, Trebisacce Catalina, Keller Victoria (2016). Matrimonio igualitario, identidad de género y disputas por el derecho al aborto en Argentina. La política sexual durante el kirchnerismo (2003-2015). *Sexualidad, Salud y Sociedad*. Núm. 22. Pp. 22-55. [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1984-64872016000100022&lng=en&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1984-64872016000100022&lng=en&nrm=iso&tlng=es)
- Thomson Judith (1971) A defense of abortion, *Philosophi and publics affairs*. Vol.1. Núm. 1. Pp. 47- 76.
- Tizón Jorge (2007) A propósito del modelo biopsicosocial, 28 años después: epistemología, política, emociones y contratransferencia. *Atención Primaria*. Vol. 39. Núm. 2. Pp. 93-97 <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656707708466>
- Tomás Joaquín y Gómez Juana (2003) Variables relacionadas con la ansiedad ante la muerte. *Revista de psicología general y aplicada*. Vol. 56. Núm. 3. Pp. 257-279.
- Tomescu Andrea, Todiras Delia, Bigiu Nicusor, Rogozea Liliana (2013) Abortion in Romania during the communist time. *Journal Medical Brasovean*. Núm. 1. Pp. 75-81.
- Tubert, Silvia (2010) Los ideales culturales de la feminidad y sus efectos sobre el cuerpo de las mujeres Cultural. *Quaderns de Psicologia*. Vol. 12. Núm. 2. Pp. 161-174. <https://www.quadernsdepsicologia.cat/article/view/760>
- \_\_\_\_\_ (1996) Figuras de la madre. Madrid: Ediciones Cátedra.
- Ulrichová Mónica (2017). Euthanasia and the Needs of the Terminally Ill. Merits and Risks of Voluntary Workers in Hospices. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*. Núm. 5. Pp. 657-668. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S187704281600118X>



- Universidad Diego Portales –UDP- Laboratorio Constitucional y Criterias Research (2019) *Brechas en la Representación: Congresistas y Opinión Pública*. Santiago, Chile.
- Van Dijk Teun (1999) El análisis del discurso. *Revista Athropos: Huellas del conocimiento*. Nº 186. Pp. 23-36.  
<http://www.discursos.org/oldarticles/El%20an%20lisis%20cr%20del%20discurso.pdf>
- Varelius Jukka (2012) Two Challenges for Dignity as an Expressive Norm. *Criminal Law and Philosophy*. Núm. 6. Pp. 327–340.
- Vásquez Leidy (2008) La abducción como alternativa del método científico en la educación superior. *Revista Uni- Pluri/ Versidad*. Vol. 8. Núm. 2.  
<https://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/unip/article/view/947>
- Vázquez, Luisa y Avich Nely (2012). El aborto en adolescentes en un contexto legal. *Revista Cubana de Salud Pública*. Vol. 38. Núm. 1. Pp. 45–53.  
[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662012000100005](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662012000100005)
- Vera Juana (2016) Situación actual de los derechos humanos en la normativa del adulto mayor en américa latina y México. *Nómadas*, Revista Crítica de Ciencias Sociales y Jurídicas. Vol. 47. Núm. 1. <https://www.redalyc.org/pdf/181/18153280015.pdf>
- Vitulia Ivone. (2012). Final de la vida y notas en bioética médica. *Derecho PUCP: Revista de la Facultad de Derecho*. Vol. 69. Pp. 113-132.  
<http://revistas.pucp.edu.pe/index.php/derechopucp/article/view/4269>
- Vivanco Manuel (2015) *Crítica a la moral conservadora. Aborto, eutanasia, drogas, matrimonio igualitario*. Chile: LOM Ediciones.
- Warren Mary Anne (1995) El aborto. En: Singer Peter *Compendio de ética*. Madrid: Alianza Editorial.
- Wenke H y Sauerbruch F (1962) *El dolor: su naturaleza y su significación*. Traducción M Sacristán. Barcelona: Zeus.
- Westerson Johana (2013) Reproductive health information and abortion services: Standards developed by the European Court of Human Rights. *Journal of Gynecology & Obstetrics*. Vol. 122. Núm. 2. Pp. 173- 176.
- Wicks Elizabeth (2011) A, B, C v Ireland: Abortion Law under the European Convention on Human Rights. *Human Rights Law Review*. Vol. 11. Núm. 3. Pp. 556–566.

- Zaikoski Daniela (2015) Derechos sexuales y reproductivos en la agenda política reciente de La Pampa. *Anuario Facultad de Ciencias Humanas*. Vol. XII. Núm. 12. Pp. 1- 16. <https://cerac.unlpam.edu.ar/index.php/anuario/article/view/1270/1259>
- Zuckerberg Joaquín (2009) End-of-Life Decisions: A View from Ontario and Beyond. *European Journal of Health Law*. Vol. 16. Núm. 2. Pp. 139-164.
- Zúñiga Alejandra (2008) Derechos del paciente y eutanasia en Chile. *Revista de Derecho*. Vol. XXI. Núm. Pp.111-130. [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0718-09502008000200005&lng=es&nrm=iso](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0718-09502008000200005&lng=es&nrm=iso)

#### **Normativas y reglamentaciones:**

- Biblioteca del Congreso nacional de Chile (1999) Ley N° 19.638 Establece normas sobre la constitución jurídica de las iglesias y organizaciones religiosas. Promulgada el primero de octubre, 1999. Chile.
- \_\_\_\_\_ (2012) Ley 20.584: Regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud. Promulgada el 13 de abril del 2012. Publicada el 24 de abril del 2012. Ministerio de Salud. Subsecretaría de Salud Pública. Chile.
- \_\_\_\_\_ (2017) Ley 21.030: Regula la despenalización de la interrupción voluntaria del embarazo en tres causales. Promulgada el 14 de septiembre del 2017. Publicada el 23 de septiembre del 2017. Ministerio de Salud de Chile. Chile
- Ministerio de Salud de Chile- MINSAL- (2018) Reglamento para ejercer la objeción de conciencia según lo dispuesto en el artículo 119 del Código Sanitario. Chile.
- \_\_\_\_\_ (2018) Protocolo para la manifestación objeción de conciencia personal y para la objeción de conciencia invocada por instituciones en el marco de lo dispuesto en el artículo 119 ter del Código Sanitario. Santiago, Chile.
- \_\_\_\_\_, Subsecretaría de Salud Pública (2018) Norma Técnica Nacional (2018) de “Acompañamiento y atención integral a la mujer que se encuentra en alguna de las tres causales que regula la ley 21.030”. Chile.
- Senado de Chile (2015) Mensaje N° 1230-362. Mensaje de s.e. la presidenta de la republica con el que inicia un proyecto de ley que regula la despenalización de la

interrupción voluntaria del embarazo en tres causales. 31 de enero de 2015. Chile.  
[www.senado.cl](http://www.senado.cl)

- Tribunal Constitucional de Chile –TC- (2017). Oficio N° 2.342-2017: Envío de promulgación de ley de interrupción voluntaria del embarazo en tres causales. Recibido el día 11 de septiembre, 2017. Chile. En Senado de Chile. [www.senado.cl](http://www.senado.cl)

#### **Noticias de Prensa y páginas de organizaciones:**

- Amortanasia: [www.amortanasia.cl](http://www.amortanasia.cl)
- BBC Mundo (26 de febrero, 2015) Noticia: Chile: la niña que le pidió a Bachelet "dormirla para siempre"  
[https://www.bbc.com/mundo/noticias/2015/02/150226\\_valentina\\_maureira\\_eutanasia\\_chile\\_bachelet\\_ch](https://www.bbc.com/mundo/noticias/2015/02/150226_valentina_maureira_eutanasia_chile_bachelet_ch)
- Cámara de Diputados de Chile (8 de agosto, 2018) Noticia: Comisión de salud aprobó la idea de legislar en torno al proyecto que permite la eutanasia.  
[https://www.camara.cl/prensa/noticias\\_detalle.aspx?prmid=134806](https://www.camara.cl/prensa/noticias_detalle.aspx?prmid=134806)
- Cámara de Diputados de Chile (2018) Noticia: Aprueban en general tres proyectos de ley relativos a eutanasia.  
[https://www.camara.cl/prensa/noticias\\_detalle.aspx?prmid=134904](https://www.camara.cl/prensa/noticias_detalle.aspx?prmid=134904)
- CNN Chile (2019) Noticia: Ley de aborto: 5 instituciones se restaron de realizar el procedimiento por objeción de conciencia. [https://www.cnnchile.com/pais/ley-aborto-instituciones-objecion-conciencia\\_20190521/](https://www.cnnchile.com/pais/ley-aborto-instituciones-objecion-conciencia_20190521/)
- Senado de Chile (2015) Noticia: Eutanasia: legisladores evalúan retomar debate en el Congreso Nacional. <http://senado.cl/eutanasia-legisladores-evaluan-retomar-debate-en-el-congreso-nacional/senado/2015-03-06/092820.html>

## Anexos

### a) Operacionalización

Objetivos	Preguntas	Temas
<p>1. Develar los discursos de los/as profesionales pertenecientes a unidades de cuidados paliativos de clínicas y hospitales en torno a la eutanasia</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ¿Puede describir en que consiste su trabajo? ¿qué objetivos principales tiene?, ¿qué ha tenido que estudiar para dedicarse a ello?</li> <li>2. ¿Cuáles son los conocimientos fundamentales que les ayudan en su práctica sanitaria? ¿Qué ha tenido que aprender sobre la marcha?</li> <li>3. ¿Cómo trabaja? ¿cómo toma las decisiones? ¿cómo distribuyen el trabajo?</li> <li>4. ¿Cuál es el objetivo de la unidad hospitalaria en la que trabaja? ¿Por qué decidió dedicarse a este trabajo?</li> <li>5. ¿Qué le hace sentir su trabajo? ¿Qué momento más intenso has vivido?</li> <li>6. ¿qué es para usted la eutanasia? Aplicar morfina para disminuir el dolor del paciente implicando acelerar el proceso de muerte, ¿es eutanasia?</li> <li>7. ¿Cuál es su opinión sobre la eutanasia?</li> <li>8. ¿Le ha tocado presenciar, en el ejercicio de su profesión, peticiones de eutanasia? ¿cómo ha sido los casos?, ¿qué opinaba la familia?, ¿en qué estado estaba el paciente?, ¿cómo reaccionó? ¿qué papel tuvo?, ¿Cómo se sintió?</li> <li>9. ¿Cuál es la postura de la clínica/hospital sobre la eutanasia?</li> <li>10. ¿Qué opina sobre la objeción de conciencia en estos casos?</li> <li>11. ¿Están las condiciones en Chile para que exista la eutanasia? ¿qué falta?</li> <li>12. Por último, cuál es su opinión sobre el aborto inducido y las tres causales que se debate actualmente en el país?</li> </ol>	<p>Derechos humanos Bioética Aborto y género Eutanasia y género</p>
<p>2. Conocer los discursos de los/as profesionales de las unidades de obstetricia de clínicas y hospitales en torno al aborto.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Puede describir en que consiste su trabajo? ¿qué objetivos principales tiene? ¿qué ha tenido que estudiar para dedicarse a ello?</li> <li>2. ¿Cuáles son los conocimientos fundamentales que les ayudan en su práctica sanitaria? ¿Qué ha tenido que aprender sobre la marcha?</li> <li>3. ¿Cómo trabaja? ¿cómo toma las decisiones?,¿cómo distribuyen el trabajo?</li> <li>4. ¿Cuál es el objetivo de la unidad hospitalaria en la que trabaja? ¿Por qué decidió dedicarse a este trabajo?</li> <li>5. ¿Qué le hace sentir su trabajo? ¿Qué momento más intenso has vivido?</li> <li>6. ¿Cuál es su opinión sobre el aborto inducido? ¿y el aborto terapéutico?</li> <li>7. ¿Le ha tocado presenciar, en el ejercicio de su profesión, eventos relacionados con el aborto? ¿qué ha sucedido?, ¿cómo reaccionó?, ¿Qué papel tuvo?, ¿Cómo se sintió?</li> </ol>	

	<p>8. ¿Cuál es la postura de la clínica/hospital sobre el aborto? ¿Qué opina sobre la objeción de conciencia? En Chile se está discutiendo la posibilidad de que exista aborto bajo tres causales: posible muerte materna, inviabilidad fetal y violación, ¿qué opina sobre el proyecto de ley? 9. Finalmente, ¿cuál es su opinión sobre la eutanasia?</p>	
<p>3. Explicar los discursos de profesionales de los comités de ética en torno a la eutanasia y al aborto.</p>	<p>1. ¿Puede describir en que consiste su trabajo? ¿qué objetivos principales tiene?, ¿qué ha tenido que estudiar para dedicarse a ello? 2. ¿Cuáles son los conocimientos fundamentales que les ayudan en su práctica sanitaria? ¿Qué ha tenido que aprender sobre la marcha? 3. ¿Cómo trabaja? ¿cómo toma las decisiones?, ¿cómo distribuyen el trabajo? 4. ¿Cuál es el objetivo de la unidad hospitalaria en la que trabaja? ¿Por qué decidió dedicarse a este trabajo? 5. ¿Qué le hace sentir su trabajo? ¿Qué momento más intenso has vivido? 6. ¿Cuál es su opinión sobre el aborto? ¿y el aborto terapéutico? 7. ¿Le ha tocado presenciar, en el ejercicio de su profesión, eventos relacionados con el aborto? ¿qué ha sucedido? ¿Cómo se resolvieron los casos? ¿Puede describir uno? 8. ¿Cuál es la postura de la clínica/hospital sobre el aborto? 9. ¿Qué opina sobre la objeción de conciencia en estos casos? 10. En Chile se está discutiendo la posibilidad de que exista aborto bajo tres causales: posible muerte materna, inviabilidad fetal y violación, ¿qué opina sobre el proyecto de ley? 11. ¿Cuál es su opinión sobre la eutanasia? 12. ¿Le ha tocado presenciar, en el ejercicio de su profesión, peticiones de eutanasia? ¿cómo han sido los casos?, ¿qué opinaba la familia?, ¿en qué estado estaba el paciente? ¿Qué papel tuviste? ¿Cómo te sentiste? 13. ¿Cuál es la postura de la clínica/hospital sobre la eutanasia? 14. ¿Qué opina sobre la objeción de conciencia en estos casos? 15. ¿Están las condiciones en Chile para que exista la eutanasia?, ¿qué falta? 16. ¿Qué postura tiene el comité de ética frente a la eutanasia y al aborto?</p>	
<p>Conocer el debate sobre la vida y la muerte de los profesionales de salud en torno al aborto y a la eutanasia</p>	<p>1. ¿Qué es la muerte para usted? 2. ¿Cuáles son los límites entre la vida y la muerte? 3. ¿Quién puede intervenir en la decisión de la muerte? 4. ¿Qué implica la vida digna? ¿Cómo se resguarda la dignidad de la vida del paciente? 5. ¿Qué es la buena vida?</p>	<p>Vida y muerte</p>
<p>Comprender cómo se conciben los cuerpos de los/as pacientes en estado terminal y las mujeres que abortan desde los profesionales sanitarios</p>	<p>1. ¿Qué significa un/a paciente en estado terminal? 2. ¿Qué características tiene los pacientes ingresados en la unidad de terminales? 3. Si pensáramos de forma metafórica, ¿qué metáfora del cuerpo se le ocurre? 4. ¿Cómo debería ser un cuerpo sano?</p>	<p>Corporalidad</p>

6. Comprender el modo como se entiende y como se aborda el sufrimiento	<ol style="list-style-type: none"><li>1. ¿Cómo percibe el sufrimiento de los pacientes terminales?</li><li>2. ¿Cómo se trata el sufrimiento en el caso de los pacientes terminales?</li><li>3. ¿Percibe sufrimiento en una mujer que aborta? ¿En qué casos?, ¿por qué?</li></ol>	Sufrimiento y malestar
--	--	------------------------

## **b) Libro de códigos**

HU: Análisis aborto y euthanasia

- Code: ¿Quién decide? {10-0}
- Code: Adecuación del esfuerzo terapéutico {15-0}
- Code: Antigüedad laboral y cargo actual {45-0}
- Code: Apreciaciones generales sobre la ley {23-0}
- Code: Apreciaciones sobre los plazos {4-0}
- Code: Buen morir {10-0}
- Code: Características de Comité de Ética {18-0}
- Code: Características de la institución donde trabaja {2-0}
- Code: Casos emblemáticos en la escena nacional e internacional {10-0}
- Code: Casos en el ámbito clínico {13-0}
- Code: Casos en el ámbito íntimo o familiar {2-0}
- Code: Comprensión del autocuidado {15-0}
- Code: Comprensión del cuidado {31-0}
- Code: Concepción de muerte {4-0}
- Code: Concepto de persona {3-0}
- Code: Condiciones necesarias para la OC institucional {1-0}
- Code: Condiciones necesarias para OC individual {6-0}
- Code: Conocimientos técnicos y teóricos {18-0}
- Code: Criterio Clínico {3-0}
- Code: Cuestionamientos éticos {3-0}
- Code: Definición de aborto {2-0}

- Code: Definición de eutanasia {8-0}
- Code: Desconocimiento del concepto de eutanasia {1-0}
- Code: Desconocimiento o inexistencia de postura institucional {7-0}
- Code: Diferencias entre aborto y eutanasia {2-0}
- Code: Dolor {2-0}
- Code: Encarnizamiento terapéutico {5-0}
- Code: Eutanasia como dilema al que se ven expuestos/as médicos/as {12-0}
- Code: Eutanasia como ruptura del juramento profesional {3-0}
- Code: Eutanasia como valoración de la autonomía {7-0}
- Code: Eutanasia en función de superar elementos orgánicos y existenciales {5-0}
- Code: Eutanasia por condiciones existenciales {12-0}
- Code: Eutanasia por condiciones orgánicas {10-0}
- Code: Existen condiciones políticas y sociales para legislar sobre eutanasia {1-0}
- Code: Experiencias en el acompañamiento {12-0}
- Code: Experiencias en la ejecución {10-0}
- Code: Experiencias en la toma de decisión {3-0}
- Code: Falta cobertura médica, de CP y de tratamientos para el dolor {7-0}
- Code: Falta de voluntad política {2-0}
- Code: Falta mayor información en los equipos médicos {1-0}
- Code: Falta mayor reflexión en la sociedad {7-0}
- Code: Formación a través de la experiencia {10-0}
- Code: Formación académica {31-0}
- Code: Formación permanente {17-0}
- Code: Humanización de la medicina {15-0}



- Code: Inadecuada conceptualización de aborto terapéutico {4-0}
- Code: Inexistencia de casos en el ámbito clínico {5-0}
- Code: Inexistencia de experiencias u opiniones sobre ocultamiento de experiencias {8-0}
- Code: Interferencia religiosa en la sociedad {1-0}
- Code: Momentos asociados a disputas laborales {5-0}
- Code: Momentos asociados a relaciones satisfactorias con pacientes {2-0}
- Code: Momentos asociados al proceso de morir {29-0}
- Code: Momentos relacionados con discusiones con pacientes {1-0}
- Code: Muerte {8-0}
- Code: No existe posicionamiento del CE {3-0}
- Code: Objeción de conciencia individual {23-0}
- Code: Objeción de conciencia institucional {12-0}
- Code: Panorama sanitario {9-0}
- Code: Posiciones asociadas a alternativas anticonceptivas {1-0}
- Code: Posiciones asociadas a la intervención estatal {2-0}
- Code: Posiciones asociadas a la no maleficencia {1-0}
- Code: Posiciones asociadas al asesinato {10-0}
- Code: Posiciones asociadas al derecho y autonomía de las mujeres {4-0}
- Code: Posiciones asociadas al riesgo de vida de las mujeres {24-0}
- Code: Posición asociada a la irresponsabilidad por no prever la situación {1-0}
- Code: Posición asociada al riesgo sanitario {4-0}
- Code: Posición CE alineada a la institucional {2-0}
- Code: Posición de la vida por vida {9-0}
- Code: Posición del CE alineada a la institucional {5-0}

- Code: Posición del CE no alineada a la institucional {1-0}
- Code: Posición institucional {3-0}
- Code: Posición institucional basada en el ideario {4-0}
- Code: Posición institucional basada en la ley {15-0}
- Code: Posición sobre inviabilidad fetal con carácter letal {29-0}
- Code: Posición sobre violación {26-0}
- Code: Postura de no/si necesidad de legislar {6-0}
- Code: Riesgo de criterio económico para desocupar camas de la UCI {1-0}
- Code: Riesgo por abogar por una autonomía liberal que se rompan los lazos sociales de interdependencia {1-0}
- Code: Satisfacción y motivación por nuevos conocimientos {7-0}
- Code: Satisfacción y motivación por vocación {2-0}
- Code: Satisfacción y motivación vinculada a aplacar el dolor de los/as pacientes {8-0}
- Code: Satisfacción y motivación vinculada a la ética en la práctica clínica {4-0}
- Code: Satisfacción y motivación vinculada a la relación con los/as pacientes {20-0}
- Code: Satisfacción y motivación vinculada al sentido de pertenencia donde trabaja {6-0}
- Code: Satisfacción y motivación vinculada al sentido de vida {8-0}
- Code: Sufrimiento {5-0}
- Code: Sufrimiento asociado al aborto {5-0}
- Code: Unidad CP {41-0}
- Code: Unidad de Origen- No CE {14-0}
- Code: Unidad GO {14-0}
- Code: Vida digna {3-0}
- Code: Voluntades anticipadas {3-0}

c) Fichas de entrevistados/a

Entrevista	Institución	Unidad	Profesión	Sexo
Entrevista 1	Hospital público	Comité de Ética	Tecnólogo médico. Presidente Comité de ética	Hombre
Entrevista 2	Hospital público	Comité de Ética	Médica anestesista	Mujer
Entrevista 3	Hospital público	Comité de Ética	Médica neonatóloga	Mujer
Entrevista 4	Hospital público	Ginecología y obstetricia	Delegada de Técnicos	Mujer
Entrevista 5	Hospital público	Ginecología y obstetricia	Matrón Supervisor	Hombre
Entrevista 6	Hospital público	Ginecología y obstetricia	Matrón	Hombre
Entrevista 7	Hospital público	Cuidados Paliativos	Médica. Jefa Cuidados Paliativos	Mujer
Entrevista 8	Hospital público	Cuidados Paliativos	Químico Farmacéutico	Hombre
Entrevista 9	Hospital público	Cuidados Paliativos	Psicóloga	Mujer
Entrevista 10	Clínica privada religiosa	Comité de Ética	Abogada	Mujer
Entrevista 11	Clínica privada religiosa	Comité de Ética	Asistente Social	Mujer
Entrevista 12	Clínica privada religiosa	Comité de Ética	Médico	Hombre
Entrevista 13	Clínica privada religiosa	Ginecología y obstetricia	Médica obstetra	Mujer
Entrevista 14	Clínica privada religiosa	Cuidados Paliativos	Kinesióloga	Mujer
Entrevista 15	Clínica privada religiosa	Cuidados Paliativos	Médico Cirujano	Hombre
Entrevista 16	Clínica privada religiosa	Cuidados Paliativos	Médico Internista	Hombre
Entrevista 17	Clínica privada no religiosa	Comité de Ética	Abogado	Hombre
Entrevista 18	Clínica privada no religiosa	Comité de Ética	Enfermera	Mujer
Entrevista 19	Clínica privada no religiosa	Comité de Ética	Médica Oncóloga	Mujer
Entrevista 20	Clínica privada no religiosa	Ginecología y obstetricia	Matrona Jefa	Mujer
Entrevista 21	Clínica privada no religiosa	Ginecología y obstetricia	Médico Gineco obstetra	Hombre
Entrevista 22	Clínica privada no religiosa	Ginecología y obstetricia	Médico Gineco obstetra	Hombre
Entrevista 23	Clínica privada no religiosa	Cuidados Paliativos	Enfermera	Mujer
Entrevista 24	Clínica privada no religiosa	Cuidados Paliativos	Fisiatra	Mujer
Entrevista 25	Clínica privada no religiosa	Cuidados Paliativos	Kinesióloga	Mujer
Entrevista 26	Clínica privada no religiosa	Cuidados Paliativos	Médica Anestesióloga, Jefa CP	Mujer

## **d) Cuestionarios utilizados en la investigación**

### **d.1.) Cuestionario para profesionales de la unidad de cuidados paliativos**

1. ¿Puede describir en que consiste su trabajo?, ¿qué objetivos principales tiene?, ¿Qué ha tenido que estudiar para dedicarse a ello?
2. ¿Cuáles son los conocimientos fundamentales que les ayudan en su práctica sanitaria?, ¿Qué ha tenido que aprender sobre la marcha?
3. ¿Cómo trabaja?, ¿cómo toma las decisiones?, ¿Cómo distribuyen el trabajo?
4. ¿Cuál es el objetivo de la unidad hospitalaria en la que trabaja?, ¿Por qué decidió dedicarse a este trabajo?
5. ¿Qué le hace sentir su trabajo?, ¿Qué momento más intenso ha vivido?
6. ¿Qué es el cuidado para usted? ¿qué implica?, ¿cómo se cuida?
7. ¿Qué es para usted la eutanasia?, aplicar morfina para disminuir el dolor del paciente implicando acelerar el proceso de muerte, ¿es eutanasia?, ¿Cuál es su opinión sobre la eutanasia?
8. ¿Le ha tocado presenciar, en el ejercicio de su profesión, peticiones de eutanasia?, ¿cómo han sido los casos?, ¿qué opinaba la familia?, ¿en qué estado estaba el/la paciente?, ¿cómo reaccionó?, ¿qué papel tuvo?, ¿Cómo se sintió?
9. ¿Cuál es la postura de la clínica/hospital sobre la eutanasia?
10. ¿Qué opina sobre la objeción de conciencia en estos casos?
11. ¿Están las condiciones en Chile para que exista la eutanasia?, ¿qué falta?

12. ¿Cuál es su opinión sobre el aborto inducido y las tres causales que se debaten actualmente en el país?
13. ¿Qué es la muerte para usted?
14. ¿Cuáles son los límites entre la vida y la muerte?
15. ¿Quién puede intervenir en la decisión de la muerte?
16. ¿Qué implica la vida digna?, ¿cómo se resguarda la dignidad de la vida del paciente?
17. ¿Qué es la buena vida?
18. ¿Qué significa un paciente en estado terminal?
19. ¿Qué características tiene los pacientes ingresados en la unidad de terminales?
20. Si pensáramos de forma metafórica, ¿qué metáfora del cuerpo se le ocurre?
21. ¿Cómo debería ser un cuerpo sano?
22. ¿Cómo percibe el sufrimiento de los pacientes terminales?
23. ¿Cómo se trata el sufrimiento en el caso de los pacientes terminales?
24. ¿Percibe sufrimiento en una mujer que aborta? ¿En qué casos?, ¿por qué?

#### **d.2) Cuestionario para profesionales de la unidad gineco- obstétrica**

1. ¿Puede describir en que consiste su trabajo? ¿qué objetivos principales tiene? ¿Qué ha tenido que estudiar para dedicarse a ello?

2. ¿Cuáles son los conocimientos fundamentales que les ayudan en su práctica sanitaria?, ¿Qué ha tenido que aprender sobre la marcha?
3. ¿Cómo trabaja?, ¿cómo toma las decisiones?, ¿Cómo distribuyen el trabajo?
4. ¿Cuál es el objetivo de la unidad hospitalaria en la que trabaja?, ¿Por qué decidió dedicarse a este trabajo?
5. ¿Qué le hace sentir su trabajo?, ¿Qué momento más intenso has vivido?
6. ¿Qué es el cuidado para usted? ¿qué implica?, ¿cómo se cuida?
7. ¿Cuál es su opinión sobre el aborto inducido?, ¿y el aborto terapéutico?
8. ¿Le ha tocado presenciar, en el ejercicio de su profesión, eventos relacionados con el aborto?, ¿qué ha sucedido?, ¿cómo reaccionó?, ¿Qué papel tuvo?, ¿Cómo se sintió?
9. ¿Cuál es la postura de la clínica/hospital sobre el aborto?
10. ¿Qué opina sobre la objeción de conciencia?
11. En Chile se está discutiendo la posibilidad de que exista aborto bajo tres causales: posible muerte materna, inviabilidad fetal y violación, ¿qué opina sobre el proyecto de ley?
12. ¿Cuál es su opinión sobre la eutanasia?
13. ¿Qué es la muerte para usted?
14. ¿Cuáles son los límites entre la vida y la muerte? No hacerla
15. ¿Quién puede intervenir en la decisión de la muerte?

16. ¿Qué implica la vida digna?, ¿cómo se resguarda la dignidad de la vida del paciente?

17. ¿Qué es la buena vida?

18. ¿Qué significa un paciente en estado terminal?

19. ¿Qué características tiene los pacientes ingresados en la unidad de terminales?

20. Si pensáramos de forma metafórica, ¿qué metáfora del cuerpo se le ocurre?

21. ¿Cómo debería ser un cuerpo sano?

22. ¿Cómo percibe el sufrimiento de los pacientes terminales?

23. ¿Cómo se trata el sufrimiento en el caso de los pacientes terminales?

24. ¿Percibe sufrimiento en una mujer que aborta? ¿En qué casos?, ¿por qué?

### **d.3) Cuestionario para profesionales del comité de ética**

1. ¿Puede describir en que consiste su trabajo?, ¿qué objetivos principales tiene?, ¿Qué ha tenido que estudiar para dedicarse a ello?

2. ¿Cuáles son los conocimientos fundamentales que les ayudan en su práctica sanitaria?, ¿Qué ha tenido que aprender sobre la marcha?

3. ¿Cómo trabaja?, ¿cómo toma las decisiones?, ¿cómo distribuyen el trabajo?

4. ¿Cuál es el objetivo de la unidad hospitalaria en la que trabaja?, ¿Por qué decidió dedicarse a este trabajo?

5. ¿Qué le hace sentir su trabajo?, ¿Qué momento más intenso has vivido?

6. ¿Qué es el cuidado para usted? ¿qué implica?, ¿cómo se cuida?
7. ¿Cuál es su opinión sobre el aborto?, ¿y el aborto terapéutico?
8. ¿Le ha tocado presenciar, en el ejercicio de su profesión, eventos relacionados con el aborto?, ¿qué ha sucedido? ¿Cómo se resolvieron los casos? ¿Puede describir uno?
9. ¿Cuál es la postura de la clínica/hospital sobre el aborto?
10. ¿Qué opina sobre la objeción de conciencia en estos casos?
11. En Chile se está discutiendo la posibilidad de que exista aborto bajo tres causales: posible muerte materna, inviabilidad fetal y violación, ¿qué opina sobre el proyecto de ley?
12. ¿Cuál es su opinión sobre la eutanasia?
13. ¿Le ha tocado presenciar, en el ejercicio de su profesión, peticiones de eutanasia?, ¿cómo han sido los casos?, ¿qué opinaba la familia?, ¿en qué estado estaba el paciente? ¿Qué papel tuviste? ¿Cómo te sentiste?
14. ¿Cuál es la postura de la clínica/hospital sobre la eutanasia?
15. ¿Qué opina sobre la objeción de conciencia en estos casos?
16. ¿Están las condiciones en Chile para que exista la eutanasia?, ¿qué falta?
17. ¿Qué postura tiene el comité de ética frente a la eutanasia y al aborto?
18. ¿Qué es la muerte para usted?
19. ¿Cuáles son los límites entre la vida y la muerte?



20. ¿Quién puede intervenir en la decisión de la muerte?
21. ¿Qué implica la vida digna?, ¿cómo se resguarda la dignidad de la vida del paciente?
22. ¿Qué es la buena vida?
23. ¿Qué significa un paciente en estado terminal?
24. ¿Qué características tiene los pacientes ingresados en la unidad de terminales?
25. Si pensáramos de forma metafórica, ¿qué metáfora del cuerpo se le ocurre?
26. ¿Cómo debería ser un cuerpo sano?
27. ¿Cómo percibe el sufrimiento de los pacientes terminales?
28. ¿Cómo se trata el sufrimiento en el caso de los pacientes terminales?
29. ¿Percibe sufrimiento en una mujer que aborta? ¿En qué casos?, ¿por qué?

## e) Consentimiento informado

El presente documento, tiene como finalidad asegurar que su participación en este estudio sea totalmente voluntaria y que cuente con toda la información que requiera antes de decidir participar en él. De este modo, puede realizar todas las preguntas que desee, sin importar si decide o no participar.

El estudio al cual le hemos invitado a participar tiene como propósito comprender los discursos sanitarios que debaten la vida y la muerte en el caso de la eutanasia y del aborto. Esta investigación se enmarca en la elaboración de la tesis doctoral de la investigadora para el programa de Doctorado en Sociología de la Universidad Autónoma de Barcelona.

Su participación en este estudio consiste en compartir parte de su tiempo para realizarle una entrevista, en la cual conversaremos sobre los temas anteriormente señalados. La duración de esta entrevista es de aproximadamente una hora y media como máximo, y será registrada mediante la utilización de un dispositivo de grabación de audio, si usted no tienes problemas con eso. La grabación de la entrevista puede ser detenida en el momento que usted lo requiera.

Garantizamos la confidencialidad de su identidad, y sus datos se mantendrán en estricto anonimato. De este modo NUNCA se relacionará lo que usted diga ni con su nombre ni con su imagen, a menos que usted así lo autorice.

Asimismo, mantendremos en anonimato el nombre de la institución en la que usted trabaja y sólo serán señaladas en el estudio sus atributos (por ejemplo clínica religiosa).

Usted puede retirarse de la entrevista en el momento que lo desee.

Ante cualquier duda o consulta respecto de esta investigación puede comunicarse con la investigadora responsable, Lorena Etcheberry Rojas, a la siguiente dirección: [letcheberry@gmail.com](mailto:letcheberry@gmail.com)

---

Participante

---

Investigadora